

თენგიზ ვერულავა

ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა



საქართველოს უნივერსიტეტი
2009

თენგიზ ვერულავა

**ჯანდაცვის ეკონომიკა
და**

დაზღვევა

ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა

მეორე გამოცემა

თენგიზ ვერულავა

**საქართველოს უნივერსიტეტი
ჯანდაცვის სკოლა**

**თბილისი
2009 ♡**

თ. ვერულავა - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, საქართველოს უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლის ჯანდაცვის ეკონომიკის და დაზღვევის დეპარტამენტის უფროსი

T. Verulava - Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Health Economic and Insurance, School of Public Health. University of Georgia

სახელმძღვანელო მომზადებულია საქართველოს უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლაში

**რედაქტორი: თ. ლოგჯანიძე, საქართველოს უნივერსიტეტის პროფესორი
რეცენზენტები:**

ამირან ბაყრაძე, მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

ოთარ ბერუაშვილი, მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

ოთარ ვასაძე, მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

რამაზ ურუშაძე, საქართველოს უნივერსიტეტის ას. პროფესორი

კახაბერ ჯაყელი, ეკონომიკურ მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი.

თემურ სომერიძე, ეკონომიკურ მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი.

თამარ ცინცაბაძე, მეცნიერებათა დოქტორი

კონსტანტინე თოფურია, საქართველოს უნივერსიტეტის ას. პროფესორი

ტექნიკური რედაქტორები:

**ჯულიეტა ანდლუაძე
მიხეილ ივანიშვილი**

**წიგნი გამოცემულია საქართველოს უნივერსიტეტის ფინანსური მხარდაჭერით
The edition was published with the support of University of Georgia**

COPYRIGHT © 2007

**თეგის ვერულავა ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა
tverulava@yahoo.com**

გამომცემლობა 2008

საავტორო უფლებები დაცულია

მეორე ქართული გამოცემა 2008

ISBN:

Tengiz Verulava

**The Economics of Health Care
Health Insurance**

2/e

**University of Georgia
Public School**

**Tbilisi
2009**

წიგნში განხილულია ჯანდაცვის ეკონომიკის კონცეფციები, ჯანდაცვის ეკონომიკის ძირითადი საკითხები, ეკონომიკა და ჯანდაცვის სექტორი, ეკონომიკური ურთიერთობების თავისებურებები ჯანდაცვაში, ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება, დაფინანსების ასპექტები, ფუნქციები, სისტემები, ჯანდაცვის ხარჯები, დაფინანსების წყაროები, ჯანმრთელობის დაზღვევა, ჯანმრთელობის დაზღვევის არსი და პრინციპები, სოციალური და ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა, მართული ჯანდაცვა, რესურსების განაწილება ჯანდაცვის სექტორში, სამედიცინო მომსახურების ხარჯები, სამედიცინო ეფექტურობა, სამედიცინო მომსახურების ეკონომიკური შეფასება, პრიორიტეტების განსაზღვრა ჯანდაცვის სფეროში, სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია, ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციები, მიზნები, მართვა, ჯანდაცვის სისტემის რეგულირების მექანიზმები, სამედიცინო ორგანიზაციების ეკონომიკურ-სამართლებრივი ფორმები, სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების მეთოდები, სამედიცინო ორგანიზაციის შიდასამეურნეო ურთიერთობების საფუძვლები.

წიგნი განკუთვნილია ჯანდაცვის ადმინისტრირებისა და ეკონომიკის სპეციალისტებისათვის, ასევე ჯანდაცვის საკითხებით დაინტერესებული ფართო მკითხველისათვის.

ავტორის შესახებ



თენგიზ ვერულაძე – დაიბადა 1966 წლის 11 იანვარს მარტვილის რაიონში, დაამთავრა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის პედიატრიული ფაკულტეტი (1990 წ.), თბილისის ივანე ჯავახიშვილის სახელობის სახელმწიფო უნივერსიტეტის საერთაშორისო ბიზნესის ფაკულტეტი (2000), დიდი ბრიტანეთის იორკის უნივერსიტეტის ჯანდაცვის ეკონომიკის ცენტრი (1997 წ.), 2001 წელს მიენიჭა მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის წოდება, 2006 წლიდან მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, საქართველოს უნივერსიტეტის პროფესორი.

სამედიცინო უნივერსიტეტის დამთავრების შემდეგ წლების მანძილზე მუშაობდა ქ. სენაკის ბავშვთა საავადმყოფოში, სასწრაფო დახმარების სადგურში, რაიონული საავადმყოფოს რეანიმაციის განყოფილებაში.

1996-2007 წლებში მუშაობდა ჯერ სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის, შემდეგ კი სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის სამეგრელო-ზემო სვანეთის ფილიალის უფროსად, 2007 წ. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ჯანდაცვისა და სოციალური პროგრამების სააგენტოს მრჩეველად, 2006 წლიდან - საქართველოს უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლის ჯანდაცვის ეკონომიკისა და დაზღვევის დეპარტამენტის უფროსად.

მსახურობდა შეიარაღებული ძალების ეროვნული გვარდიის რეზერვის ბატალიონის სამედიცინო ნაწილის უფროსად (2004).

მონაწილეობა მიღებული აქვს მრავალ საერთაშორისო კონგრესებზე და სიმპოზიუმებზე (ნიდერლანდები, გერმანია, დიდი ბრიტანეთი, ესპანეთი, საფრანგეთი, ჩინეთი, ირანი, სასომხეთი, რუსეთი). 2001 წლიდან ჯანდაცვის ეკონომისტთა საერთაშორისო ასოციაციის (IHEA) წევრია. 2008 წლიდან შავი ზღვის ქვეყნების ჯანდაცვის ეკონომიკის, ინვესტიციების, სამართლის და ეთიკის ორგანიზაციის ვიცე-პრეზიდენტი, ამავე ორგანიზაციის სამეცნიერო ჟურნალის „HEMILE“ სარედაქციო საბჭოს წევრი (www.hemile.org). გამოქვეყნებული აქვს მრავალი სტატია წამყვან ჟურნალებში. როგორც კონსულტანტი და მკვლევარი თანამშრომლობს სხვადასხვა ორგანიზაციებთან ჯანდაცვის პოლიტიკის, ეკონომიკის, ჯანმრთელობის დაზღვევის საკითხებზე. მათ შორის, აღსანიშნავია, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, იუსტიციის სამინისტროს და სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის პროექტში “ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა პენიტენციურ სისტემაში” ჯანდაცვის ეკონომისტ-ექსპერტად მუშაობა (2007-2008 წ.).

ავტორია წიგნებისა: “ჯანდაცვის ეკონომიკა”, “Health Care System in Georgia”, “სოციალური დაზღვევის სისტემის თავისებურებები ნიდერლანდებში”, “ჯანდაცვის სისტემა ირანის ისლამურ რესპუბლიკაში”.

თავისუფალ დროს ეწევა ლიტერატურულ მოძიებებს. გამოცემული აქვს წიგნები: “გონების ოდისეა”, “პიკასო”, “გრანელი”.

ჰყავს მეუღლე და ქალ-ვაჟი.

**წიგნი ეძვნება ჩემს მასწავლებლებს,
რომელთაც ფასდაუდებელი ფულილი მიუძღვით
ჯანდაცვის სისტემის განვითარებაში**



საქართველოში საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, როგორც ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს ერთ-ერთი უდიდესი სექტორი, შეიქმნა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების კონცეფციების თანამედროვე გააზრების საფუძველზე. იგი ჯანდაცვის რეფორმის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მონაპოვარს წარმოადგენს და მისი მდგრადი განვითარება დღევანდელი დღის აღმასრულებელი და საგანმამათლებლო სტრუქტურების უმნიშვნელოვანეს ამოცანას შეადგენს.

საქართველოში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა

ყალიბდება ჯანდაცვის სისტემის ძირეული რეფორმირების პირობებში. მოსახლეობის ავადობის დაავადებისა და სიკვდილობის სტრუქტურა ნათლად მიუთითებს მის ეფექტურად ფუნქციონირების მწვავე საჭიროებაზე. ქვეყნის მდგრადი განვითარება მოითხოვს თანამედროვე მოთხოვნებთან ჰარმონიზებული საგანმანათლებლო სისტემისა და ადამიანური რესურსების უმოკლეს, გონივრულ ვადებში შექმნას;

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლის ძირითადი მიზანია ახალ მოთხოვნებზე დამყარებული მაღალკვალიფიციური საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და ზოგადად, ჯანდაცვის სპეციალისტების მომზადება, რომელიც მიღწეულ იქნება ქვეყანაში არსებული საუკეთესო ადამიანური რესურსების კონსოლიდირებისა და საზღვარგარეთ არსებული ანალოგიური სკოლების გამოცდილების გაზიარების გზით.

ძირითადი მიმართულებები:

1. უმაღლესი პროფესიული, საბაკალავრო, სამაგისტრო და სადოქტორო ჯანდაცვითი პროგრამების ამუშავება ადმინისტრირების, სამართლის, პოლიტიკის, ეკონომიკის, დაზღვევის და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის თვალსაზრისით;
2. ჯანდაცვაში მეცნიერული აზრის განვითარება;
3. ტრადიციული მედიცინის განვითარების ხელშეწყობა;
4. მოკლევადიანი გადამზადების, პროფესიონალთა კომპეტენციის ამაღლების მობილური პროგრამების განხორციელება;
5. კონსალტინგი

უღრმესი მადლობა მინდა გადავუხადო თითოეულ ჩემს მასწავლებელსა და ხელმძღვანელს, სკოლის პროფესორს, უნივერსიტეტის რექტორატსა და სამეურვეო საბჭოს, რომლებმაც გაერთიანებული ძალებით, ერთუზიანზმითა და პასუხისმგებლობის მაღალი გრძნობით სამუალება მისცეს ჩვენს ქვეყანას, მის მოსახლეობას ჰქონოდა **ეროვნული ძალებითა და სულით შექმნილი პირველი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა**

საქართველოს უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლის დირექტორი, პროფესორი თამარ ლოპხანიძე

წინასიტყვაობა

ყოველი ცივილიზებული ქვეყნის სურვილია საკუთარი მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა. ამოცანა მდგომარეობს ეროვნული შემოსავლის თუ რა მოცულობა შეგვიძლია დაუხარჯოთ ჯანდაცვაზე, როგორ ეფექტურად გავანაწილოთ იგი შეზღუდული რესურსების პირობებში.

ეკონომიკა “დეფიციტის” შესახებ მეცნიერებაა. დეფიციტის ფუნდამენტალური პრობლემა მოითხოვს არჩევანის გაკეთებას. ეკონომიკა კონცენტრირებულია სამ მთავარ საკითხზე: რა ვაწარმოოთ, როგორ ვაწარმოოთ და ვისთვის ვაწარმოოთ. აღნიშნული პრობლემები განსაკუთრებით აქტუალურია ჯანდაცვის სექტორისათვის, რადგან შეზღუდული რესურსების პირობებში უმნიშვნელოვანეს ამოცანას წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურებაზე ქვეყნის მოსახლეობის დაკმაყოფილება.

ჯანდაცვის ეკონომიკის, როგორც დისციპლინის მნიშვნელობა განსაკუთრებით გაიზარდა უკანასკნელ პერიოდში, რადგანაც სისტემის მმართველი წრეები მრავალი პრობლემის წინაშე დადგნენ, რომლებიც დაკავშირებულია ჯანდაცვის სექტორში რესტრუქტურისაციის საჭიროებასთან და სამედიცინო მომსახურებაზე პრიორიტეტების შერჩევასთან.

შეიძლება ითქვას, არსად მსოფლიოში ჯანდაცვის სისტემაში ასეთი სწრაფი ტემპებით არ ხდება ცვლილებები, როგორც პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში და მათ შორის საქართველოში, სადაც აგერ უკვე ათეულ წელზე მეტია მიმდინარეობს ძირეული რეფორმირების პროცესი. რეფორმების მსვლელობისას მრავალი კითხვები ისმება: რა პრიორიტეტები აქვს არჩეული ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემას? რა დადებითი და უარყოფითი მხარეები აქვს ჯანდაცვის დაფინანსების სხვადასხვა მეთოდებს? როგორ მოვახდინოთ სამედიცინო ბაზრის რეგულირება ინფორმაციის ასიმეტრიის პირობებში? სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების მხრიდან რა სტიმულები შეიძლება წარმოიშვას ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდების დანერგვისას? როგორ შევაფასოთ ჯანდაცვის სერვისების ეკონომიკური ეფექტურობა, რომ უზრუნველყოფილ იქნეს ალტერნატიული ვარიანტებიდან ყველაზე უფრო მისაღები არჩევანის გაკეთების შესაძლებლობა? აღნიშნულ საკითხებს, რომლებიც ასე მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის მუშაკებისათვის და განსაკუთრებით სისტემის მენეჯერებისათვის შეისწავლის ჯანდაცვის ეკონომიკა.

ჯანდაცვის ეკონომიკა წარმოადგენს ჯანდაცვის სექტორში მოქმედების ძირითადი მიმართულებების შემუშავების მთავარ ელემენტს როგორც სტრატეგიის (მაკროეკონომიკა), ასევე ტაქტიკის (მიკროეკონომიკა) მხრივ.

წინაშე განხილულია ჯანდაცვის ეკონომიკის კონცეფციები, ჯანდაცვის დაფინანსებისა და რესურსების განაწილებასთან დაკავშირებული საკითხები (მაკროეკონომიკა), ალტერნატიული მიდგომების შედარებით ანალიზი (მიკროეკონომიკა), ჯანდაცვის ბაზრის ნაკლოვანებები, ჯანდაცვის სისტემების მოდელები და დაფინანსების წყაროები, ჯანმრთელობის დაზღვევა, სადაზღვევო რისკი, რისკის გაერთიანება, დაზღვევის სახეები, მართული ჯანდაცვა, სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების ანაზღაურების მეთოდები, ხარჯთაღრიცხვის მეთოდები, ჯანდაცვის სერვისების შესყიდვის მექანიზმები, პრიორიტეტების შერჩევა, სამედიცინო მომსახურების ბაზისური პაკეტი.

ცხადია, ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის წინაშე დასმული ამოცანების გადაწყვეტა შეუძლებელია კარგად განსწავლული კადრების გარეშე, რომელთა საფუძვლიანი მომზადება მწვავე პრობლემას წარმოადგენს. აღნიშნულის ერთ-ერთ მიზეზს ქართულ ენაზე საჭირო სასწავლო და მეთოდური ლიტერატურის აშკარა ნაკლებობა წარმოადგენს. წარმოდგენილი სახელმძღვანელოს უმთავრესი მიზანია ამ პრობლემის გადაწყვეტის ხელშეწყობა.

პირველი, რაც მინდა აღნიშნო, ხასგასმით და ადამიანური მადლიერების გრძობით, და იმ შეგნებით, რომ ქვეყანაზე ყველაფერი ღვთის ნება და ადამიანებისადმი სიყვარულია, რომლითაც შესაძლებელია, შენდა შეუმჩნეველად შეცვალო ადამიანის ბედი, სურვილები და მისწრაფებანი, საერთოდ მომავალი, ბატონ ავთანდილ ჯორბენაძის უჩინარი ხელდასმა გახდა საფუძველი წიგნის დაბადებისათვის.

უღრმესი პატივისცემით და მოკრძალებით მინდა აღნიშნო, საქართველოს უნივერსიტეტის ხელმძღვანელობის, უშუალოდ კი პროფესორ გიული ალასანიასა და პროფესორ მანანა სანაძის ფასდაუდებელი ღვაწლი, საქართველოში პირველი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლის შექმნისათვის, რომელმაც საშუალება მისცა პროფესიონალებს თავისი ცოდნა და გამოცდილება გადაეცა ჯანდაცვის სფეროში დაკავებული და მომავალი სპეციალისტებისათვის. სკოლის თანამედროვე პროგრამები ქვეყანას საშუალებას აძლევს უმოკლეს ვადაში შეივსოს დარგში არსებული ინტელექტუალური დეფიციტი და წარმატებით განახორციელოს ჯანდაცვის ურთულესი რეფორმები.

განსაკუთრებული მადლიერება მინდა გამოვხატო და აღნიშნო, ქალბატონ თამარ ლობჯანიძისადმი, როგორც საქართველოში პირველი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლის ფუძემდებლისადმი, რომელმაც უდიდესი რისკისა და ენთუზიაზმის ფასად, პროფესიონალ გუნდთან ერთად შეძლო ჩამოეყალიბებინა სერიოზული პროფილური უმაღლესი სასწავლებელი. მის მიერ იყო ინიცირებული ქართულ ენაზე ჯანდაცვის ეკონომიკაში პირველი სასწავლო-სამეცნიერო მიმართულების სახელმძღვანელოს შექმნა და გამოცემა. მნიშვნელოვანია მისი ღვაწლი არამარტო წიგნის რედაქტირებასა და რეცენზირებაში, არამედ გარკვეული თემების ფორმირებაში.

ცალკე აღნიშვნისა და დაფასების ღირსია საქართველოს უნივერსიტეტის პროფესორების ამირან გამყრელიძის, რამაზ ურუშაძის, ოთარ ვასაძის, კახაბერ ჯაყელის, თემურ ხომერიკის, ნატა ყაზახაშვილის და უნივერსიტეტის ყველა ტექნიკური თანამშრომლის, აგრეთვე საქართველოს სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორის ოთარ გერზმავას წვლილი წიგნის რედაქტირებაში.

უდიდესი მადლობა მინდა გადაუხადო კონსტანტინე თოფურიას, საქართველოს უნივერსიტეტის ბიზნეს ადმინისტრირების სკოლის დირექტორს, რომლის უშუალო მონაწილეობით და ძალისხმევით მოხდა წიგნისათვის დასრულებული სახის მიცემა და შესაძლებელი გახდა მისი გამოცემისათვის მომზადება.

და ბოლოს, ჩემო კოლეგებო და ძვირფასო მკითხველებო, მადლიერი დაგრჩებით ნებისმიერი მოწოდებული შენიშვნისა და საკმიანი წინადადებისათვის, რომლებსაც უთუოდ გავითვალისწინებთ წიგნის შემდგომი გამოცემისას.

აკტორი

შინაარსი

პარი I. ჯანდაცვის ეკონომიკის შესავალი	23
თავი I. ჯანდაცვის ეკონომიკის შესავალი	23
1.1. პრობლემები ჯანდაცვის სფეროში	23
1.2. კოზითიური და ნორმატიული ანალიზი	
1.3. დეფიციტი ჯანდაცვის საზოგადოებაში	27
1.4. საწარმოო შესაძლებლობათა საზღვარი ჯანდაცვის სექტორში	29
1.5. ტექნიკური და ალოკაციური არჩევანი	35
1.6. ალტერნატიული ღირებულება	36
1.7. ეკონომიკა – სოციალური მეცნიერება	39
1.8. ეკონომიკური სისტემები	39
1.9. მიკროეკონომიკა და მაკროეკონომიკა	41
თავი II. ჯანდაცვის ეკონომიკის საბანი, ძირითადი საკითხები	45
2.1. რას უშისწავლის ჯანდაცვის ეკონომიკა?	45
2.2. ჯანდაცვის ეკონომიკის ძირითადი საკითხები	47
2.3. რა არის ჯანმრთელობა? როგორია მისი ფასი?	49
2.4. ჯანმრთელობის ძირითადი დეტერმინანტები	50
2.5. ჯანდაცვა როგორც ეკონომიკური კატეგორია	58
2.6. ჯანდაცვის ეკონომიკის ისტორია	59
თავი III. მოთხოვნა და მიწოდება ჯანდაცვის სექტორში	69
3.1. მოთხოვნილება, საჭიროება, მოთხოვნა	69
3.2. სამედიცინო დახმარების მოთხოვნა	72
3.3. სამედიცინო დახმარების მიწოდება	78
3.4. საბაზრო წონასწორობა	82
3.5. მოთხოვნის სიტყვები	83
3.6. მიწოდების სიტყვები	84
3.7. საბაზრო უოკი	86
თავი IV. ელასტიკურობა	91
4.1. შესავალი	91
4.2. მოთხოვნის ელასტიკურობა ფასის მიხედვით	92
4.2.1. ფასის მიხედვით ელასტიკურობის გამომთვლა	93
4.2.2. ფასის მიხედვით ელასტიკურობის სახეები	94
4.2.3. მოთხოვნის ელასტიკურობა ფასის მიხედვით და ჯანდაცვის სექტორი	99
4.3. მოთხოვნის ელასტიკურობა შემოსავლების მიხედვით	101
4.4. მოთხოვნის ელასტიკურობა ჯვარედინი ფასების მიხედვით	103

თავი V. კონკურენცია და ჯანდაცვის სექტორი	107
5.1. ეკონომიკური წრებრუნვის მოდელი	107
5.2. საბაზრო ეკონომიკა	111
5.3. კონკურენტული ბაზარი	112
5.4. კონკურენტული ორგანიზაციის შემოსავალი და მოგების მაქსიმიზაცია	113
5.5. მონოპოლია, ოლიგოპოლია	114
5.6. შეზღუდული კონკურენცია ჯანდაცვის ბაზარზე	116
5.7. ჯანდაცვის სექტორში კონკურენტული ორგანიზაციების შესაძლებლობების შეფასების მეთოდები	123
5.8. სამედიცინო-სოციალური მარკეტინგი	126
5.9. კონკურენტული სტრატეგია ჯანდაცვის ბაზარზე	133
თავი VI ინფორმაციის ასიმიტრია, გარეგანი ეფექტი	139
6.1. მომხმარებლის არასაკმარისი ინფორმირებულობა, ინფორმაციის ასიმიტრია	139
6.2. აბენტური ურთიერთობა	139
6.3. მორალური საფრთხე (Moral Hazard)	141
6.4. არახელსაყრელი არჩევანი	147
6.5. რისკები და გაურკვევლობა	148
6.7. გარეგანი ეფექტი	149
6.8. ჯანდაცვა და საზოგადოებრივი სიკეთე	152
6.9. თანაბარი ხელმისაწვდომობის პრინციპი	155
6.10. სამედიცინო ბაზრის ნაკლოვანებებზე ზემოქმედება	156
პარი II. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება	161
თავი VII ჯანდაცვის დაფინანსების ასპექტები	161
7.1. ფილოსოფიური ასპექტი	161
7.2. პოლიტიკური ასპექტი	162
7.3. მაკროეკონომიკური ასპექტი	163
7.3.1. ეკონომიკური ცვლილებები	163
7.3.2. დემოგრაფიული ცვლილებები	164
7.3.3. ეკიდემიოლოგიური ცვლილებები	168
7.3.4. სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარება	170
7.3.5. სოციალურ-პოლიტიკური, კულტურული ცვლილებები	170

თავი VIII. ჯანდაცვის სარეგისტრაციო	172
8.1. ჯანდაცვის სარეგისტრაციო თანხმობის უზრუნველყოფა	172
8.2. ქვეყნის ეკონომიკური სტატუსი შემოსავლების მიხედვით	174
8.3. მთლიანი დანახარები ჯანდაცვაზე	179
8.4. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარები	184
8.5. ჯანდაცვაზე კერძო სარეგისტრაციო	190
8.6. ჯანდაცვაზე დანახარები მსოფლიოში	193
8.7. ჯანდაცვის ბაზრის მოცულობა	202
8.8. ჯანდაცვის სარეგისტრაციო საქართველოში	205
თავი IX. დაფინანსების სისტემის უწყვეტობა	213
9.1. შემოსავლების შემოწმება (რესურსების მობილიზაცია)	214
9.2. შემოსავლების გაერთიანება (რისკის გაერთიანება)	216
9.3. რესურსების განაწილება (სერვისების შესყიდვა)	218
თავი X. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემები, დაფინანსების წყაროები	222
10.1. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემები	222
10.2. ჯანდაცვის დაფინანსების წყაროები	226
10.3. მიზნობრივი გადასახადები	234
10.4. ქველმოქმედება	235
თავი XI. სახელმწიფო საკალდებულო გადასახადებით დაფინანსება	237
11.1. სემსტრის მოდელი	237
11.2. ბიკრედიტის მოდელი	
11.3. სახელმწიფო საკალდებულო გადასახადებით დაფინანსების თანხმობის უზრუნველყოფა	259
11.3.1. მოსახლეობის მოცვა	262
11.3.2. სამედიცინო მომსახურების აკადემია	262
11.3.3. გადასახადების ფორმები	263
11.3.4. შემოსავლების შემოწმება	265
თავი XII. ზიზიდან გადასახადები	267
12.1. ზიზიდან გადასახადები	267
12.2. არალეგალური სარეგისტრაციო	271
12.3. ლეგალური სარეგისტრაციო	281

პარი III. ჯანმრთელობის დაზღვევა	293
თავი XIII. ჯანმრთელობის დაზღვევის არსი, პრინციპები	293
13.1. ჯანმრთელობის დაზღვევის ისტორია	293
13.2. დაზღვევის არსი, ძირითადი ტერმინები, პრინციპები	296
13.3. სადაზღვევო რისკი	298
13.4. სადაზღვევო რისკი და კავშირები	300
13.5. სადაზღვევო რისკის გაერთიანება	301
13.6. სამედიცინო სადაზღვევო შენატანები	309
თავი XIV. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა	312
14.1. ჯანმრთელობის დაზღვევა გერმანიაში (ბისმარკის მოდელი)	312
14.2. სოციალური დაზღვევის განვითარება სხვადასხვა ქვეყნებში	319
14.3. სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემის შეხვედრები საქართველოში	325
14.4. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ძირითადი თავისებურებები და მქანისებები.	328
14.5. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ძირითადი პრინციპები	335
14.6. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევით მოსახლეობის მოცვა	337
14.7. სამედიცინო ფონდების ორგანიზაცია	340
14.8. შენატანები – ბანაკებითი, ზღვარი, დამატებითი შენატანები	348
14.9. ფონდების არჩევის უფლება	353
14.10. სარგებლის კავშირი	354
14.11. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის რეგულირება	356
14.12. შენატანების შეზღუდვა	358
14.13. რისკების გაერთიანება (Risk Pooling) და ფონდებს შორის განაწილება	359
14.14. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დადებითი და უარყოფითი მხარეები	360
თავი XV. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა	368
15.1. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის თავისებურებები	368
15.2. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ძირითადი და სუსტი მხარეები	370
15.3. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა მსოფლიოში	372
15.4. ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის სახეები	392
15.4.1. ჩანაცვლებითი (Substitutive) ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა	393
15.4.2. უმისებითი (Complementary) ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა	395
15.4.3. დამატებითი (Supplementary) ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა	396

15.5. სარგებლის პაკეტი	397
15.6. კრემიუმის დაღმენა	397
15.7. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის რეგულირების სირთულეები	399
15.8. სამართლიანი დაფინანსება და ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა	402
15.9. მაკროეკონომიკური ეფექტურობა	403
15.10. სარჯების განაწილების ეფექტურობა	403
15.11. ტექნიკური ეფექტურობა	404
15.12. სამედიცინო დეკოზიტური ანგარიშები	405
თავი XVI. ჯანდაცვის დაფინანსების ლიბერალური მოდელი	409
16.1. ა.შ.შ-ის ჯანდაცვის სისტემის მოკლე ისტორია	409
6.2. სადაზღვევო პროგრამები	415
16.3. დაფინანსების სისტემა	428
თავი XVII. მართული ჯანდაცვა	435
17.1. მართული ჯანდაცვის ისტორია	435
17.2. მართული ჯანდაცვის ძირითადი ნიშნები	436
17.3. მართული ჯანდაცვით მოსახლეობის მოცვა	439
17.4. მართული ჯანდაცვის ძირითადი სახეები	440
17.4.1. ჯანმრთელობის ხელშეწყობი ორგანიზაცია (HMO)	442
17.4.2. ჯანდაცვის არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაცია (Preferred Provider Organization - PPO)	450
17.4.3. მქსკლუზიური პროვაიდერების ორგანიზაცია (Exclusive Provider Organizations - EPO).	453
17.4.4. მომსახურების პუნქტის გეგმა (Point-of-Service Plan - POS)	453
17.5. სამედიცინო მომსახურების ინტეგრირებული სისტემა	
17.6. მართული ჯანდაცვის ქსელი და ანაზღაურება	459
17.6.1. პროვაიდერთან კონტრაქტები	461
17.6.2. მართული ჯანდაცვა და ექიმები	463
17.6.3. მართული ჯანდაცვა და საავადმყოფოები	468
17.7. სერვისების მენეჯმენტი	471
პარი IV. რესურსების განაწილება ჯანდაცვის სექტორში	475
თავი XVIII. სამედიცინო მომსახურების სარჯები	475
18.1. შემოსავალი, სარჯები, მოგება	475
18.2. ეკონომიკური და ბუღალტრული მოგება	476
18.3. სარჯების კლასიფიკაცია	477
18.4. მუდმივი და ცვლადი სარჯები	477
18.5. საშუალო და ზღვრული (მარბინალური) დანახარჯები	482
18.6. პირდაპირი (ძირითადი) და ირიბი (ზედნაღები) სარჯები	487

18.7. კონკრეტულ სამედიცინო ღახმარებაზე მილიანი ხარჯების გამოთვლა	488
18.8. ცვლადი ხარჯების შეფასების მეთოდი	490
18.9. ხარჯების განაწილების მეთოდები	
18.10. ხარჯების ღროში განაწილება, ხარჯების მიმდინარე ენიშვნელობა	499
18.11. კაკიტალური ხარჯების გათვალისწინება, ანუიტიზაცია	504
18.12. ინფლაციის გათვალისწინება	506
18.13. მგრძობელობის ანალიზი	508
თავი XIX. სამედიცინო ეფექტურობა	512
19.1. ეფექტურობა	512
19.2. ეფექტურობის საზომები, სამედიცინო ეფექტურობა	513
19.3. სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობის შეფასება	515
19.4. სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობის შეფასების კრიტერიუმები	516
თავი XX. სამედიცინო მომსახურების ეკონომიკური შეფასება	521
20.1. ეკონომიკური შეფასების მეთოდები	521
20.2. ხარჯების მინიმიზაციის მეთოდი	525
20.3. ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი (Cost Effectiveness Analysis - CEA)	529
20.3.1. ალტერნატივა “არაფერი ვაკეთოთ”	533
20.3.2. ხარჯებისა და შედეგების დისკონტირება	539
20.4. ხარჯთ-უტილიტარული ანალიზი (Cost Utility Analysis - CUA)	540
20.4.1. ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცხრილების საშუალებით მომგებიანობის განსაზღვრის ალგორითმი	547
20.4.2. ხარჯთ-უტილიტარული ანალიზის განხორციელება	551
20.5. ხარჯთ-სარგებლიანობის ანალიზი (Cost Benefit Analysis)	554
20.5.1. ხარჯთ-სარგებლიანობის ანალიზის გამოყენება კროფილაქტიკური პროგრამებისათვის. შედეგის დამოკიდებულება თვალსაზრისზე	555
20.5.2. ფასიანი მომსახურება	563
20.5.3. ზღვრული მოცულობის შეფასება რამდენიმე მომსახურების გაფენის შემთხვევაში	566
20.5.4. არამატერიალური შედეგების ფულადი სახით შეფასება	568
თავი XXI. ჯანდაცვის სფეროში გადაწყვეტილების მიღებისას ეკონომიკური შეფასების შედეგების გამოყენება	573
21.1. ეკონომიკური შეფასების კრიტიკული ანალიზი	573
21.2. გადაწყვეტილების მიღებაზე მოქმედი არაეკონომიკური ფაქტორები	580
21.3. გადაწყვეტილების მიღების სტანდარტული ტექნოლოგია	581

თავი XXII. პრიორიტეტების განსაზღვრა ჯანდაცვის სფეროში	586
22.1. პრიორიტეტების განსაზღვრის ასპექტები	586
22.2. სასოციალურების როლი პრიორიტეტების დადგენაში	589
22.3. სარგებელის კაპიტი	591
22.4. სამედიცინო მომსახურების ძირითადი (ბაზისური) კაპიტი	593
თავი XXIII. ჯანდაცვის სერვისების შესყიდვა	600
23.1. მყიდველები და მიწოდებლები	600
23.2. მყიდველების სხვადასხვა სხეულები	601
23.3. სტრატეგიული შესყიდვის კონცეფცია	602
23.4. სახელშეკრულებო ურთიერთობები და ჯანდაცვის დაგეგმარების სისტემა	603
23.5. სახელშეკრულებო ურთიერთობების ეტაპები	604
23.6. სელექტიური სახელშეკრულებო ურთიერთობები	609
23.7. სახელშეკრულებო ურთიერთობების როლი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებაში	611
23.8. შესყიდვების ორგანიზაცია	614
23.8.1. ვერტიკალური ორგანიზაცია	614
23.8.2. ჰორიზონტალური ორგანიზაცია	618
თავი XXIV. ფასწარმოქმნა	623
24.1. შესავალი	623
24.2. ფასწარმოქმნის ეკონომიკური მოდელები	623
24.3. ფასწარმოქმნა და მოგება	625
24.4. ფასისმიერი დისკრიმინაცია	626
24.4.1. ღირებულების ცვალებადობა (Cost Shifting)	627
24.4.2. ფასთწარმოქმნა ფარმაცევტიკაში	628
24.4.3 მრავალწლიანი ფასთწარმოქმნა	629
24.5. ფასთწარმოქმნა და მართული ჯანდაცვა	629
პარი V. სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია	631
თავი XXV. ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციები, მიზნები, მართვა	631
25.1. ჯანდაცვის სისტემების კლასიფიკაცია	631
25.2. ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციები, ამოცანები, მიზნები	632
25.3. ჯანდაცვის სისტემის მართვა	634
თავი XXVI. ჯანდაცვის სისტემის რეგულირების მექანიზმები	643
26.1. სახელმწიფო ჩარევები ჯანდაცვის სექტორში	643
26.2. რეგულირებადი ბაზრის მოდელის ძირითადი ასპექტები	646
26.3. დამფინანსებადი მხარე - სამედიცინო დახმარების შემსყიდველი	648
26.4. დამფინანსებადი მხარესა და სამედიცინო დახმარების	

მიმწოდებელს შორის სახელშეკრულებო ურთიერთობება	648
26.5. სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების კონკურენცია	649
26.6. სამედიცინო ბაზრის დაგეგმარების და რეგულირების მექანიზმები	650

თავი XXVII. სამედიცინო ორგანიზაციების ეკონომიკურ-სამართლებრივი ფორმები 653

27.1. ჯანდაცვის სახელმწიფო და კერძო სექტორები	653
27.2. ჯანდაცვის კერძო სისტემის განვითარების ამოცანები და პრინციპები	655
27.3. ძირითადი ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმები	655
27.3.1. ინდივიდუალური კერძო (ერთპიროვნული) საწარმო	657
27.2. ამხანაგობა (პარტნიორობა)	659
27.3.3. უფლებდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება	660
27.3.4. დამატებითი პასუხისმგებლობის საზოგადოება	661
27.3.5. სააქციო საზოგადოება	661
27.3.6. სოლიდარული პასუხისმგებლობის საზოგადოება	664
27.3.7. კოოპერატივი	664
27.3.8. არაკომერციული ორგანიზაციები	

თავი XXVIII. სამედიცინო დახმარების დაფინანსების მეთოდები 671

28.1. სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების მეთოდების კლასიფიკაცია	672
28.2. რეტროსექტული დაფინანსების მეთოდი	673
28.3. პროსექტული დაფინანსების მეთოდი	674
28.4. დანაწევრებული და ინტეგრირებული დაფინანსება	675

თავი XXIX. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურების დაფინანსების მეთოდები 677

29.1. სულაღობრივი ანაზღაურების მეთოდი	678
29.2. სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი	683
29.3. მიზნობრივი ანაზღაურება	694
29.4. ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების მეთოდი	695
29.5. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურების დაფინანსების მეთოდები დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში	696
29.6. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურების დაფინანსების მეთოდები აღმოსავლეთ ევროპის და აოსტრიაში	702

თავი XXX. სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების მეთოდები	707
30.1. სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების მეთოდების კლასიფიკაცია	707
30.2. ანაზღაურება თითოეულ კაციენტზე ფაქტიურად გაწეული ხარჯების მიხედვით	711
30.3. ანაზღაურება სტაციონარში გატარებული საწოლ-ღღებვის მიხედვით	712
30.4. ანაზღაურება ტარიფების მიხედვით (DRG, სამედიცინო-ეკონომიკური სტანდარტები)	714
30.5. ანაზღაურება შემთხვევის საშუალო ღირებულების მიხედვით	719
30.6. გლობალური ბიუჯეტი	720
30.7. სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების მეთოდების შეფასება	733
თავი XXXI. სამედიცინო ორგანიზაციის შიდასამუშაო ურთიერთობების საფუძვლები	738
31.1. სამედიცინო ორგანიზაციის შიდასამუშაო ურთიერთობების მოდელები	738
31.1.1. შიდასამუშაო ურთიერთობების ადმინისტრაციული მოდელები	738
31.1.2. შიდასამუშაო ურთიერთობების ფინანსური მოდელები	741
31.2. შიდასამუშაო ურთიერთობების მოდელის არჩევა და ფორმირება	746
31.2.1. სამედიცინო ორგანიზაციის სტრატეგიის შემუშავება.	747
31.2.2. შიდასამუშაო ურთიერთობების მოდელის არჩევა	747
31.2.3. ბიუჯეტირება	748
31.2.4. კომპლექსური მაჩვენებლების (მულტიპლიკატორი) შეფასება	753
31.2.5. ხელმძღვანელის პირადი პასუხისმგებლობის განსაზღვრა	756
31.3. შიდასამუშაო ურთიერთობების მოდელების გამოყენება	756
31.3.1. ფინანსური შედეგებით მართვის შიდასამუშაო ურთიერთობების ფინანსური მოდელის გამოყენების პარანტები	756
31.3.2. მარბინალური შემოსავლებისა და ხარჯების მართვით შიდასამუშაო ურთიერთობების ფინანსური მოდელის პარანტები	760
ლიტერატურა:	764

თავი I

ჯანდაცვის ეკონომიკის შესავალი

1.1. პრობლემები ჯანდაცვის სფეროში

ჯანმრთელობის დაცვა ყველა ჩვენთაგანის სიცოცხლეს ეხება. ყველა მიმართავს ექიმებს, სპეციალისტებს, ზოგიერთ ჩვენგანს საავადმყოფოშიც უმკურნალია. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის არსებული მდგომარეობა და მისი მომავალი ქვეყნის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს.

10 წელზე მეტი გავიდა რაც ჯანდაცვის სექტორში რეფორმები დაიწყო, მაგრამ მათი პრაქტიკული განხორციელება გაცილებით უფრო რთული აღმოჩნდა. თუმცა ზოგ მკვლევარს მიაჩნია, რომ თუნდაც ის ფაქტი, რომ დღემდე შენარჩუნებულ იქნა ფუნქციონირებადი ჯანდაცვის სისტემა – მნიშვნელოვანი მიღწევაა. მრავალი ექიმი და ხელისუფლების წარმომადგენელი აღიარებს რეფორმის საჭიროებას, მაგრამ ყველა, თავად ჯანდაცვის სამინისტროს ოფიციალური პირებიც კი უკმაყოფილო არიან რეფორმების ტემპებით და შედეგებით.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის უდიდეს პრობლემად შემცირებული მოთხოვნის პირობებში სისტემის ჭარბი შესაძლებლობები გახდა. ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, 1998 წელს ქვეყნის საავადმყოფოების მხოლოდ 32 % იყო დატვირთული. ასევე პრობლემას წარმოადგენს სახელმწიფოს შეზღუდული რესურსები, ექიმთა შრომის დაბალი ანაზღაურება, არალეგალური, აღურიცხავი ანგარიშსწორების დიდი მოცულობა (2006 წლის მონაცემებით ჯანდაცვაზე მთლიანი ხარჯებიდან 73 % მოსახლეობის პირადი შენატანები შეადგენს), მოსახლეობის წინაშე არსებული ფინანსური პრობლემები.

ასე ჩანს, ჯანდაცვის სისტემა ყოველთვის და ყველგან პრობლემების წინაშე დგას, თითქოს პერმანენტულ კრიზისშია. თუ საქართველოს საავადმყოფოებში საწოლების და პერსონალის სიჭარბეა, დიდ ბრიტანეთში პირიქით, საწოლების დეფიციტია და პაციენტებს ზოგჯერ დერეფნებში უწევთ სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების მიღება.

ჯანდაცვის არცერთ სისტემას არ ჰქონია ისეთი კრიტიკული დამოკიდებულება როგორც ამერიკულს. ამერიკაში ჯანდაცვაზე მშპ-ის 16 % იხარჯება (OECD – 8,1 %), მაშინ როდესაც ამერიკელთა სიცოცხლის ხანგრძლივობა გაცილებით ნაკლებია განვითარებული ქვეყნების ადამიანთა სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე. ამასთან, მოსახლეობის 15 % (46 მლნ ადამიანი), საერთოდ არ აქვს ჯანმრთელობის დაზღვევა, ხოლო მოსახლეობის 15 % სამედიცინო მომსახურებისათვის განსაზღვრულია მინიმალური დოტაცია.

ჯანდაცვის სფეროში არსებული პრობლემებისგან შეიძლება გამოვყოთ:



ჩვენი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა არ ამართლებს და აუცილებელია მისი რეფორმირება

ჰილარი კლინტონის გამოსვლებიდან



“სისტემა ავადაა” – გერმანელი ექიმების გაფიცვები

რესურსების არაადეკვატური განაწილება: საზოგადოებრივი სახსრები იზარჯება სამედიცინო მომსახურების ისეთი ეკონომიკურად არაეფექტური სახეების მიწოდებაზე, როგორცაა, მაგალითად, კვირისტავის პლასტიკური ოპერაცია, მაშინ როდესაც უფრო გავრცელებული დაავადებების მკურნალობის ეფექტური მეთოდები იგნორირებულია. მოსახლეობის დაბალშემოსავლიანი ფენებში და სოფლად სამედიცინო მომსახურების მიწოდება არ არის სათანადო დონეზე უზრუნველყოფილი, მაშინ როდესაც სახელმწიფო სახსრები უფრო მეტად სამედიცინო მომსახურების მესამეულ დონეზე ნაწილდება.

არაეფექტურობა: დაუსაბუთებელ სამედიცინო მომსახურებაზე სახსრების გაუმართლებელი ხარჯვა, სამედიცინო პერსონალის და სააუდიტო საწოლების ფონდის არაეფექტური გამოყენება.

სამედიცინო მომსახურების ღირებულების ზრდა: განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში სამედიცინო მომსახურების ღირებულების ზრდის ტემპები აღემატება ეკონომიკური ზრდის ტემპებს. დაბალგანვითარებულ ქვეყნებში ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვაზე გამოყოფილი თანხები შეზღუდულია და გამოიყენება არაეფექტურად.

გარდა აღნიშნულისა, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მეურთმეტე სამოქმედო პროგრამაში (2006-2015 წწ) მოცემულია **ჯანდაცვის სფეროში არსებული გლობალური პრობლემები:**

† **სოციალური სამართლიანობის ნაკლებობა;**

† **პასუხისმგებლობის დეფიციტი;**

† **პრობლემები განხორციელებაში, დანერგვაში;**

† **ცოდნასა და ქმედებებს შორის არსებული შუალედი.**

საზოგადოება დაუსრულებლად კამათობს ჯანდაცვის სისტემაში არსებულ პრობლემებზე. ისმება კითხვა – რატომაა ჯანდაცვის სექტორი ასეთი პრობლემური და მუდამ საკამათო? რატომაა, რომ ჯანდაცვის სფეროში მოსახლეობის მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად არასდროს არ არის საკმარისი დაფინანსება? როგორ გადავწყვიტოთ ზემოაღნიშნული პრობლემები? ამ და სხვა მრავალ კითხვებს პასუხი რომ გავცეთ აუცილებელია ჯანდაცვის ეკონომიკის ძირითადი პრინციპების განხილვა.

1.2. პოზიტიური და ნორმატიული ანალიზი

სანამ პოზიტიური და ნორმატიული ანალიზის განხილვაზე გადავიდოდეთ, უპირველეს ყოვლისა, ალბათ ზედმეტი არ იქნება ვიცოდეთ, თუ რას ფიქრობს მოსახლეობა ჯანდაცვის წინაშე მდგარ პრობლემებზე.

მოსახლეობის გამოკითხვით, თუ რა პრიორიტეტები უნდა ჰქონდეს ჯანდაცვის სექტორს, სხვადასხვა პასუხს მივიღებთ. ერთი ნაწილი პრიორიტეტად ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას მიიჩნევს. ზოგი - ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვას, ან დაავადებათა პრევენციას და ა. შ. **საზოგადოების აზრით, ჯანდაცვა არის ადამიანის ძირითადი უფლება და იგი ყველასათვის უნდა იყოს უფასო.**

მოდით ვკითხოთ პოლიტიკოსებს, თუ რას ფიქრობენ ისინი ჯანდაცვის წინაშე მდგარ პრობლემებზე. პოლიტიკოსების აზრით, სამართლიან და თანასწორუფლებიან საზოგადოებაში მაღალხარისხიანი სამედიცინო დახმარება ყოველი მოქალაქისათვის უნდა იყოს თანაბრად ხელმისაწვდომი. სახელმწიფოს უმნიშვნელოვანესი როლი ეკისრება საზოგადოების თითოეული წევრის ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველსაყოფად.

ეკონომისტებს ხშირად სთხოვენ ახსნან ჯანდაცვის სისტემაში მიღებული ამა თუ იმ გადაწყვეტილებების მიზეზი. მაგალითად, რატომ იხარჯება სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამით უფრო მეტი თანხა (2007 წელს - 74 993 900 ლარი), ვიდრე პირველადი ჯანდაცვის, სასწრაფო დახმარების, ბავშვთა, სამედიცინო, ფსიქიატრიული, ფთიზიატრიული სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო პროგრამებზე ერთად აღებული (68 628 300 ლარი - 2007 წ.)? ხანდახან ეკონომისტებს სთხოვენ რეკომენდაციებს მწირი რესურსების პირობებში ჯანდაცვის სისტემის უფრო ეკონომიკურად ეფექტური ფუნქციონირებისათვის. მაგალითად, რა უნდა ქნას სახელმწიფომ იმისათვის, რომ ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა გაუმჯობესდეს.

ეკონომისტების თვალსაზრისით, სახელმწიფომ თავის თავზე უნდა აიღოს სამედიცინო დახმარების მხოლოდ იმ სახეთა დაფინანსება, რომლებიც მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების უფრო ეფექტურ შედეგებს გამოიწვევენ (პრიორიტეტების დადგენა). სახელმწიფოს ამოცანას არ წარმოადგენს სამედიცინო დახმარების თანაბარი ხელმისაწვდომობა და ჯანდაცვაზე მთლიანი მოსახლეობის თანაბარი უფლებები.

როგორც ვხედავთ პოლიტიკოსებისა და ეკონომისტების მოსაზრებები ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან. ამის მიზეზია მათი განსხვავებული მიზნები.

პოლიტიკოსი - ჯანდაცვა არის ადამიანის ძირითადი უფლება და იგი უნდა იყოს უფასო.

ეკონომისტი - ჯანდაცვაზე გამოყოფილი შეზღუდული რესურსები განაპირობებენ სამედიცინო მომსახურებაზე არათანაბარ ხელმისაწვდომობას და ჯანდაცვაზე მთლიანი მოსახლეობის არათანაბარ უფლებებს.

პოლიტიკოსი აკეთებს განაცხადს იმის შესახებ თუ როგორი უნდა იყოს ჯანდაცვა, ანუ რას ისურვებდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად. ეკონომისტი აკეთებს მეცნიერულ განაცხადს იმის შესახებ თუ როგორია რეალურად მდგომარეობა.

საზოგადოდ დებულებები ორი სახისაა: პოზიტიური და ნორმატიული. **პოზიტიური დებულებები** აღწერილი ხასიათისაა. ისინი მდგომარეობას ხატავენ ისეთს, როგორიც ის არის. **ნორმატიული დებულებები** სარეკომენდაციო ხასიათისაა და ეხება იმას, თუ როგორი უნდა იყოს ჯანდაცვის სისტემა.

მრავალი ეკონომისტი ეფექტურობისა და სამართლიანობის საკითხებს შორის მკვეთრ ზღვარს ავლავს. ეფექტურობა განიხილება როგორც **პოზიტიური ეკონომიკური თეორიის** ნაწილი, რომლის დროს საქმე გვაქვს ფაქტებთან და რეალურ დამოკიდებულებებთან. სამართლიანობა კი წარმოადგენს **ნორმატიულ ეკონომიკურ თეორიას**, ანუ მეცნიერების იმ დარგს, რომელიც სწავლობს, კარგია თუ ცუდი კონკრეტული ეკონომიკური პირობები და პოლიტიკა.

პოზიტიური ეკონომიკური თეორია ყველანაირი შეფასებების გარეშე სწავლობს პროცესებს.

იგი ანალიზებს ეკონომიკის მოქმედებას, გარკვეული ინსტიტუტების და პოლიტიკური ქმედებების გავლენას ეკონომიკურ სისტემაზე. პოზიტიური თეორია კონცენტრირებულია ფაქტებს შორის კავშირზე, მიმდინარე პროცესებში ეძებს გაზომვად კანონზომიერებებს.

ნორმატიული ეკონომიკური თეორია სწავლობს რესურსების განაწილების სამართლიანობის პრობლემას. მაგალითად, გადაწყვეტილების მიღებისას, თუ “რა ვაწარმოთ”, რამდენად სამართლიანი იქნება თამბაქოს და ალკოჰოლური სასმელების წარმოების შესახებ ნებართვის გაცემა, ხოლო მარიხუანის ან კოკაინის წარმოების აკრძალვა? გადაწყვეტილების მიღებისას, თუ “როგორ ვაწარმოთ”, შესაძლებელია თუ არა ადამიანებმა იმუშაონ სიცოცხლისათვის საშიშ და მავნე პირობებში, ან ასეთ პირობებში უნდა აიკრძალოს მუშაობა? გადაწყვეტილების მიღებისას, თუ “ვინ და რა სამუშაო უნდა ჩატარდეს”, სამართლიანია თუ არა სხვადასხვა სახის სამუშაოებზე უფლების შეზღუდვა ასაკის, სქესის, ან ეთნიკური ფაქტორის საფუძველზე?

ეკონომისტის თვალსაზრისით, შედეგების ანალიზისას მნიშვნელოვანია ფაქტებისა და მოსაზრებების ერთმანეთისაგან გამოყოფა.

განვიხილოთ ასეთი მტკიცებულება: “მწირი დაფინანსებისადმი პროტესტის აღსანიშნავად კარდიოლოგმა უარი თქვა სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილეობაზე”, ან “სიღარიბის ზღვარს ქვევით მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების პროგრამით უფრო მეტი ჯანდაცვის სერვისებია მოცული, ვიდრე მოსახლეობის სხვა ფენებისათვის განსაზღვრული ჯანდაცვითი პროგრამებით”. ეკონომისტების თვალსაზრისით, აღნიშნული განაცხადი პოზიტიურ განაცხადს წარმოადგენს, რადგან იგი მიანიშნებს მის მართებულობას ან სიმცდარეს და არ არის დამოკიდებული მკვლევარის შეფასებათა სისტემაზე.

განვიხილოთ მეორე სახის განაცხადი, - “ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემის ექიმებს არ უნდა მიეცეთ პაციენტების კერძოდ მკურნალობის უფლება”. აღნიშნული განაცხადი ნორმატიულ განაცხადს წარმოადგენს, რადგან ამ განაცხადით არ შეგვიძლია დავამტკიცოთ მისი არც მართებულება და არც სიმცდარე. აღნიშნულ განაცხადზე ჩვენი ხედვა დამოკიდებულია ჩვენს ღირებულებათა სისტემაზე.

როგორც აღვნიშნეთ, ძირითადი განსხვავება პოზიტიურსა და ნორმატიულ დებულებებს შორის იმაში მდგომარეობს, თუ როგორ ვაფასებთ მათ მართებულობას. პოზიტიური დებულებების დასაბუთება ან უარყოფა პრინციპულად შესაძლებელია დამადასტურებელი ფაქტების შესწავლის გზით. ეკონომისტს შეუძლია შეაფასოს პოზიტიური დებულებები იმ მონაცემების გაანალიზებით, რომლებიც დაკავშირებულია ჯანდაცვაზე გამოყოფილი შეზღუდული რესურსებისა და სამედიცინო მომსახურებაზე არათანაბარ ხელმისაწვდომობასთან.

ნორმატიული დებულებების შეფასებისათვის კი ფაქტები არ არის საკმარისი, არამედ საჭიროა გარკვეული ფასეულობითი ორიენტირებიც. პოლიტიკოსის დებულებებზე ვერ ვიმსჯელებთ მხოლოდ ფაქტების გამოყენებით. იმის გადაწყვეტა, რომელი პოლიტიკაა ცუდი და რომელი არა, მხოლოდ მეცნიერება არ კმარა. აქ მონაწილეობს აგრეთვე ადამიანის შეხედულებები ზნეობაზე, რელიგიაზე და ა. შ.

ჯანდაცვის საკითხების განხილვისას ძალიან რთულია პოზიტიური და ნორმატიული მხარეების ერთმანეთისაგან განცალკევება, რადგან ისინი ერთმანეთთან არიან გადახლართული. ჩვენი პოზიტიური შეხედულებები ჯანდაცვის სისტემის მოწყობაზე ჩვენსავე ნორმატიულ შეხედულებებზე მოქმედებს. თუ ეკონომისტის განაცხადი იმის შესახებ, რომ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი შეზღუდული რესურსები განაპირობებენ სამედიცინო მომსახურებაზე არათანაბარ ხელმისაწვდომობას და ჯანდაცვაზე მთლიანი მოსახლეობის არათანაბარ უფლებებს, ჭეშმარიტია, მან შესაძლოა გვიბიძგოს პოლიტიკოსის განაცხადის - ჯანდაცვა არის ადამიანის ძირითადი უფლება და იგი უნდა იყოს უფასო - უარყოფისაკენ. მაგრამ ნორმატიულ დასკვნებს ვერ გამოვიტანთ მხოლოდ პოზიტიური ანალიზიდან. ნორმატიული დასკვნებისათვის საჭიროა როგორც პოზიტიური ანალიზი, ისე ფასეულობათა აწონ-დაწონა.

მხოლოდ პოზიტიური და ნორმატიული ანალიზის განხილვით ვერ გადაიჭრება ჯანდაცვის სფეროში არსებული პრობლემები, რადგან იგი ვერ გვიხსნის ჯანდაცვის მწირი დაფინანსების მიზეზებს, ვერ გვარკვევს რატომღაც ჯანდაცვის სერვისებზე არათანაბარი ხელმისაწვდომობა და ა. შ. ამ და სხვა მრავალ კითხვებს პასუხი რომ გავცეთ აუცილებელია ეკონომიკური კონცეფციების განხილვა.

1.3. დეფიციტი – ჯანდაცვის საზომი, დეფიციტის ორი მხარე

ტერმინი “ეკონომიკა” შემოიტანა პოეტმა ჰესიოდემ ჩვენს წელთაღრიცხვამდე VI საუკუნეში. **“ეკონომიკა” წარმოადგება ორი ბერძნული სიტყვისაგან: “ოიკოს” (სახლი, შინამეურნეობა) და “ნომოს” (წესი, კანონი). ე. ი. სიტყვა ეკონომიკა გამოხატავს “შინამეურნეობის წესებს”.**

საოჯახო მეურნეობის გაძლიერება და ეკონომიკას ბევრი რამ აქვთ საერთო. პოლიტიკური ფილოსოფიის მიხედვით, ოჯახი წარმოადგენს სახელმწიფოს ორგანიზაციის მოდელს. ისევე როგორც ოჯახშია საჭირო გარკვეული წესების დაცვა თავისი შეზღუდული რესურსების ისე გასანაწილებლად, რომ გათვალისწინებული იყოს თითოეული წევრის უნარი, ძალისხმევა და სურვილი, ასევე ჯანდაცვის სისტემაც მრავალი არჩევანის წინაშე დგას: რა ჯანდაცვის სერვისები განხორციელდეს (პირველადი ჯანდაცვის მომსახურება, გადაუდებელი ქირურგიული სამედიცინო დახმარება თუ სახის პლასტიკური ოპერაცია), ვინ (კვალიფიცირებულმა, ლიცენზირებულმა სამედიცინო პერსონალმა, ერთმა თუ მრავალმა სამედიცინო დაწესებულებამ ერთ გეოგრაფიულ რეგიონში) და როგორ აწარმოოს ჯანდაცვის სერვისები და ვისზე განაწილდეს (მთელ მოსახლეობაზე თუ მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფებზე) იგი.

ჯანდაცვის რესურსების მართვას უმნიშვნელოვანესი როლი ეკისრება, ვინაიდან რესურსები შეზღუდულია. სწორედ მწირი რესურსების განაწილებას შეისწავლის ეკონომიკა.

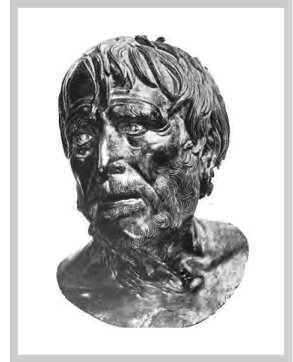
ეკონომიკის სამი ფუნდამენტური ელემენტი არსებობს:

† **რესურსების დეფიციტი** – საჭიროებები, მოთხოვნილებები და მოთხოვნები აღემატება რესურსებს;

† **ალტერნატიული ღირებულება (opportunity cost);**

† **არჩევანი** – გადაწყვეტილების მიღების შეფასება და ანალიზი.

ეკონომიკას “დეფიციტის შესახებ მეცნიერებასაც” უწოდებენ, რადგან ეკონომიკის ზემოაღნიშნული სამივე ფუნდამენტური ელემენტი “დეფიციტთან”, ანუ შეზღუდულობასთან არის დაკავშირებული. შეზღუდულობა წარმოადგენს რესურსების ლიმიტირებულობას. დეფიციტს აქვს ორი მხარე: ადამიანთა სურვილების უსასრულო ხასიათი და საქონლის ან (მომსახურების) წარმოებისათვის საჭირო რესურსების შეზღუდულობა. განვიხილოთ დეფიციტის ორივე მხარე ჯანდაცვასთან მიმართებაში.



ჰესიოდე (ძვ. წ. ა. VI ს.)

სურვილები უსასრულოა

ადამიანთა მოთხოვნილებანი მრავალფეროვანი და განუსაზღვრელია. ცხადია, ყველას აქვს სურვილი კეთილმოწყობილი სახლი ჰქონდეს, იმოგზაუროს მსოფლიოს გარშემო, დაისვენოს საინტერესო და შთაბეჭდავ ადგილზე, ეცვას საუკეთესო ტანსაცმელი... ადამიანს ყო-



ნატვრის ხე



რესურსები სასრულია

“სიცოცხლე წარმოადგენს სურვილებისა და შესაძლებლობების კონფლიქტს; სურვილები გვწვევს, შესაძლებლობები გვასმარებს”.

ონორე დე ბალზაკი

ველთვის უჩნდება ახალ-ახალი მოთხოვნები და იგი უსასრულო პროცესს წარმოადგენს.

ადამიანთა სურვილები განუსაზღვრელია ჯანმრთელობის მიმართაც. ისმის კითხვა – რატომ აქვთ ადამიანებს სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის სურვილი? პასუხი მარტივია – მათ სურთ იყვნენ ჯანმრთელები. აღნიშნული სურვილის გამო განუწყვეტლევ იზრდება სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნა. თუმცა არსებობს ჯანდაცვის სფეროში მოთხოვნის ზრდის სპეციფიური მიზეზები (განსაკუთრებით მწვევედ უკანასკნელი 40 წლის განმავლობაში განვითარებულ ქვეყნებში):

† **ცვლილებები ასაკობრივ სტრუქტურაში.** უკანასკნელ ათწლეულებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა. ცხადია მოხუცი ასაკის მოსახლეობა უფრო მეტ სამედიცინო მომსახურებას მოითხოვს ვიდრე სხვა ასაკის ჯგუფები, რაც თავის მხრივ, ჯანდაცვაზე ხარჯების ზრდას განაპირობებს;

† **რეალური შემოსავლების ზრდა.** რეალური შემოსავლების ზრდა სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის მოლოდინებს ზრდის. ბევრი პაციენტი არ არის განწყობილი, რომ ოსტეოართროზთან დაკავშირებული ტკივილები და დისკომფორტი გადაიტანონ და ისინი ცდილობენ გაიკეთონ ძვირადღირებული ოპერაცია.

† **სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარება.** სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარებამ მნიშვნელოვნად გაზარდა შესაძლო მკურნალობების დიაპაზონი. ამის კარგი მაგალითია თირკმლის დიალიზის მოწყობილობების განვითარება, რამაც შესაძლებელი გახადა ამ დაავადებით შეპყრობილი ბევრი ადამიანის სიკვდილისაგან ხსნა.

რესურსები სასრულია

დღეიციტის მეორე მხარეს წარმოადგენს რესურსების სასრული ხასიათი, მათი შეზღუდულობა. რესურსია ყველაფერი, რაც საქონლის ან მომსახურების წარმოებისათვის გამოიყენება. ეკონომისტები რესურსებს საწარმოო ფაქტორებსაც უწოდებენ. არსებობს **რესურსების ოთხი სახე:**

† **მიწა** – პლანეტის ფიზიკური რესურსები, სასარგებლო წიაღისეული;

† **სამუშაო ძალა** – ადამიანური რესურსები, დასაქმებული პირები;

† **კაპიტალი** – წარმოების მიზნით ადამიანების მიერ შექმნილი რესურსები (მაგ., მოწყობილობა-დანადგარები, ფაბრიკები, ქარხნები);

† **დაწესებულება** – საქონლისა და მომსახურების წარმოების ორგანიზაციისათვის საჭირო ადამიანური რესურსები.

სამუშაო ძალა (შრომა) წარმოების **პიროვნული ფაქტორია**, ხოლო მიწა და კაპიტალი წარმოების **ნიეთობრივ ფაქტორებს** განეკუთვნება.

ზემოაღნიშნული რესურსები გამოიყენება ჯანდაცვის სექტორშიც. ასე მაგალითად, საავადმყოფო, რომელშიც ქირურგიული ოპერაციები

ტარდება, იყენებს ექიმის მიერ დახარჯულ დროს (შრომა), თვითონ შენობას და ოპერაციისათვის საჭირო მოწყობილობას (კაპიტალი).

თუ თქვენ გადაწყვიტეთ წასვლა ექიმთან (ზოგადი პრაქტიკის ექიმი) ჯერ მიდიხართ დაწესებულებაში (მიწა და კაპიტალი), სადაც პირველად გზვდებათ მიმღები განყოფილების პერსონალი (დაწესებულება, შრომის რესურსი), შემდეგ ექიმი ატარებს სამედიცინო შემოწმებას (დაწესებულება და შრომის რესურსი), იყენებს სტეტოსკოპს (კაპიტალი) ფილტვების მოსასმენად, რომ გამოგიწეროთ ანტიბიოტიკების კურსი (მიწა, შრომის რესურსები, კაპიტალი, დაწესებულება) ფილტვების ანთების სამკურნალოდ.

წარმოების არცერთი ფაქტორი არ არის განუსაზღვრელი ოდენობის. ყველა მათგანი რაოდენობრივად მეტ-ნაკლებად შეზღუდულია, რის გამოც საქონლისა და მომსახურების წარმოებაც შეზღუდულია.

აღამიანთა მუდმივად მზარდი მოთხოვნილებების მაქსიმალურად დაკმაყოფილება შეუძლებელია. როგორც საოჯახო მეურნეობა ვერ მისცემს თავის თითოეულ წევრს ყველაფერს რასაც მოისურვებს, ასევე სახელმწიფოც ვერ უზრუნველყოფს თითოეულ ინდივიდს ცხოვრების იმ უმაღლესი დონით, რომლის მიღწევაც ამ ინდივიდებს სურთ.

ეკონომიკა არის იმის შეწველა, როგორ მართავს საზოგადოება თავის შეზღუდულ რესურსებს. შედეგად, როგორც წინა თავებში აღვნიშნეთ, ეკონომიკის მიზანია, შეისწავლოს შეზღუდული რესურსების მაქსიმალური სარგებლიანობით გამოყენება.

1.4. საწარმოო შესაძლებლობათა საზღვარი ჯანდაცვის სექტორში

როგორც ზემოთ ავღნიშნეთ, დეფიციტს აქვს ორი მხარე, აღამიანთა უსასრულო მოთხოვნილებები და საქონლისა და მომსახურების წარმოებისათვის საჭირო რესურსების შეზღუდულობა. თეორიულად ეს იდეა შესაძლებელია განვიხილოთ **საწარმოო შესაძლებლობათა საზღვარის** მცნების გამოყენებით.

დავუშვათ, მეწარმემ გააფართოვა დიაგნოსტიკური ცენტრის საქმიანობა და გადაწყვიტა სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ცენტრის შექმნა, სადაც მოსახლეობას ჩაუტარდება ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება. თავდაპირველად მან დაიქირავა 1 ექიმი, რომელიც შეძლებს დღეში 10 პაციენტის მომსახურებას. ამის შემდეგ მეწარმემ შეეცადა კიდევ ერთი ექიმის დაქირავება, და აღმოჩნდა, რომ ორ ექიმს ხელეწიფება დღეში 19 პაციენტის მიღება. შედეგებით წახალისებული მეწარმე ცდილობს მესამე ექიმიც იქირავოს, რაც დაწესებულების დღიურ წარმატებას 28 ერთეულამდე გაზრდის. ამრიგად, ყოველი დამატებითი ექიმის დაქირავებას მოჰყვება პაციენტთა დღიური მოცულობის გადიდება. თუ ერთი ექიმი ღებულობს 10 პაციენტს, ორი ექიმის შემთხვევაში მიღებულ პაციენტთა რაოდენობა მატულობს 19 ერთეულამდე და ა. შ.

ქვემოთ მოცემულ გრაფიკზე გამოსახულია დამოკიდებულება დაწესებულებაში მომუშავე ექიმებსა და მათ მიერ მიღებულ პაციენტთა რაოდენობას შორის დღეში. **დამოკიდებულებას გამოყენებულ რესურსსა** (ჩვენს შემთხვევაში - ექიმები) **და სამუშაოს მოცულობას** (ჩვენს შემთხვევაში მიღებულ პაციენტთა რაოდენობა) **შორის ეწოდება საწარმოო შესაძლებლობები, ანუ მწარმოებლური ფუნქცია.**

როდესაც ექიმის რაოდენობა მატულობს 1-დან 2-მდე, მიღებულ პაციენტთა რაოდენობა იზრდება 10-დან 19-მდე, შესაბამისად, მეორე ექიმის **ზღვრული მწარმოებლურობა** შეადგენს 9 პაციენტს; თუ მეწარმე იქირავებს კიდევ ერთ ექიმს, მიღებულ პაციენტთა რაოდენობა მატულობს 19-დან 27-მდე, ამგვარად, მესამე ექიმის **ზღვრული მწარმოებლურობა** ტოლია 8 პაციენტის.

სამუშაო მოცულობის ამგვარ ზრდას, რომელიც განპირობებულია რესურსის დამატებითი ერთეულის გამოყენებით, ეწოდება ზღვრული პროდუქტი, ანუ ზღვრული მწარმოებლურობა.

აქვე აღსანიშნავია, რომ ექიმთა რაოდენობის მატებისას კლებულობს ზღვრული მწარმოებლურობა (პროდუქტი). მეორე ექიმის ზღვრული პროდუქტი შეადგენს 9-ს, მესამე ექიმის ზღვრული პროდუქტი შეადგენს 8-ს, მეოთხე ექიმის – 7-ს და ა. შ. შემდგომში მდგომარეობა კიდევ უფრო გაუარესდება: მე-7-ე ექიმის ზღვრული მწარმოებლურობა შემცირდება 1-მდე, ხოლო მე-7 ექიმის დაქირავება გამოიწვევს ზღვრული მწარმოებლურობის ნულამდე დაყვანას. შესაბამისად კლებულობს საშუალო მწარმოებლურობაც. თუ ერთი ექიმის შემთხვევაში იგი შეადგენდა 10 პაციენტს დღეში, 8 ექიმის დაქირავების შემთხვევაში შესაბამისად შემცირდება 5,6 პაციენტამდე დღეში.

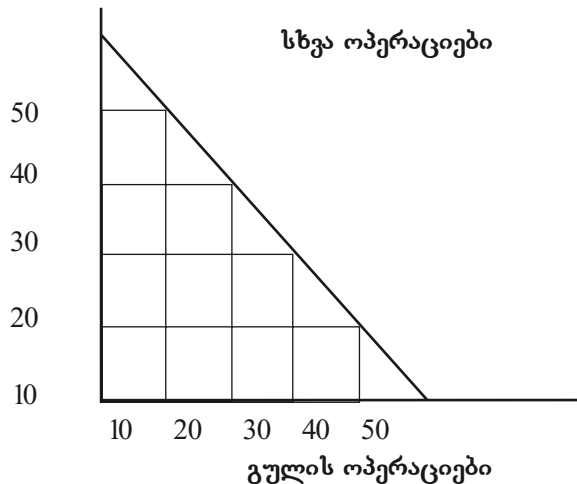
აღნიშნული აიხსნება იმ გარემოებით, რომ მე-8 ექიმის დაქირავებით დაირღვა ფაქტორთა ოპტიმალური კომბინაცია: შრომის ფაქტორი აღმოჩნდა ჭარბი, ხოლო შესაბამისი შენობა და მოწყობილობა-დანადგარები არასაკმარისი იმისათვის, რომ თითოეულ ექიმს შეძლებოდა სრული დატვირთვით ემუშავა.

გასათვალისწინებელია მოცემულ გეოგრაფიულ არეალში მცხოვრები მოსახლეობის რაოდენობაც. როდესაც დაწესებულებაში მუშაობს რამდენიმე ექიმი, ისინი ხელს არ უშლიან ერთმანეთს. ექიმთა რაოდენობის შემდგომი გაზრდისას, ექიმები იძულებული არიან შეთანხმებით გამოიყენონ შენობა და მოწყობილობა-დანადგარები, თვით სამუშაო პროცესი მოუწვეთ უფრო შემჭიდროებულ პირობებში. შესაბამისად, რაც უფრო ბევრ ახალ ექიმს დაიქირავებს მქწარმე, მით ნაკლებია თითოეული ექიმის სარგებელი დაწესებულების საქმიანობაში.

განვიხილოთ სამედიცინო მომსახურების წარმოება ერთი საავადმყოფოს შიგნით, კერძოდ გულის გადანერგვის განყოფილება, სადაც ტარდება გულის გადანერგვის ქირურგიული ოპერაციები. დავუშვათ ამ ოპერაციის შესრულება შეუძლია საავადმყოფოში მომუშავე 10 ქირურგს და ერთადერთი ფაქტორი რომელიც ზემოქმედებას ახდენს ოპერაციების რაოდენობაზე არის ამ ოპერაციისათვის გამიზნული ქირურგების რაოდენობა.

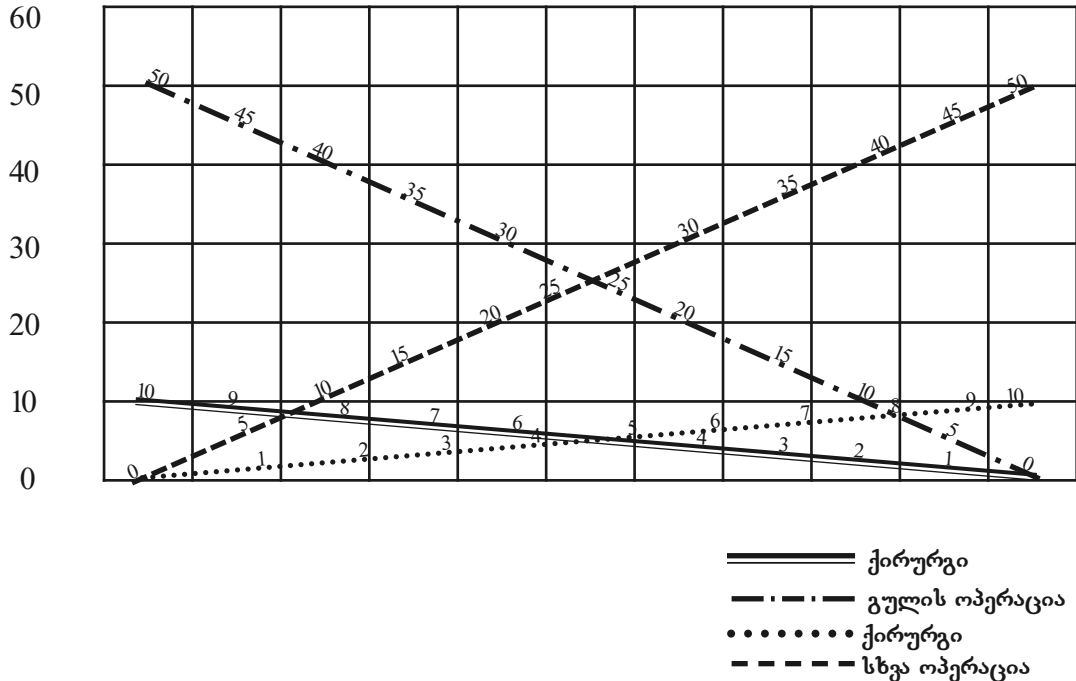
როდესაც ყველა ქირურგი ჩართულია მხოლოდ გულის გადანერგვის ოპერაციაში, განყოფილება კვირაში აწარმოებს 50 გულის გადანერგვის ოპერაციას. მეორე მხრივ, როდესაც ყველა ქირურგია ჩართული მხოლოდ სხვა სახის ოპერაციაში, განყოფილება კვირაში აწარმოებს 50 სხვა ოპერაციას. ქვემოთ მოცემულ ნახაზზე გამოსახულია ამ განყოფილების საწარმოო შესაძლებლობათა ზღვარი, ანუ ოპერაციათა კომბინაციების იმ შესაძლებლობათა მაქსიმუმი, რომლებიც საავადმყოფოს ქირურგიულ განყოფილებას შეუძლია აწარმოოს მოცემული რაოდენობის რესურსების პირობებში. საწარმოო შესაძლებლობების საზღვრის ორი უკიდურესი წერტილი ამ უკიდურეს შესაძლებლობებს ასახავს.

ნახაზი 1: საწარმოო შესაძლებლობათა საზღვარი



თუ განყოფილება თავის რესურსებს გაანაწილებს გულის გადანერგვის და სხვა ოპერაციებს შორის, ანუ ერთ ქირურგს გამოიყენებს სხვა ოპერაციის წარმოებისათვის, მაშინ მივიღებთ 5 ერთეულით მეტ სხვა ოპერაციას. მაგრამ ამავე დროს 5 ერთეულით ნაკლებ გულის ოპერაციას, ანუ ორი შესაძლებლობის ერთმანეთში გაცვლით ვლდებულობთ ერთი ერთთან შედეგს. ამას ეკონომისტები ტრანსფორმაციის მარგინალურ (ზღვრულ) დონეს უწოდებენ (marginal rate of transformation – MRT).

ნახაზი 2: ტრანსფორმაციის მარგინალური დონე (მაგალითის მიხედვით)



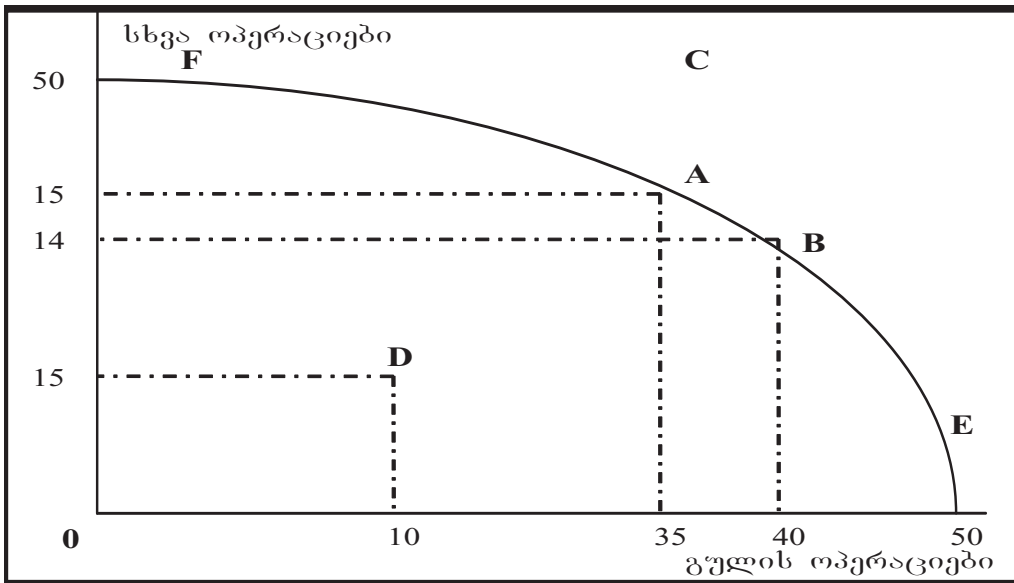
ცხრილი 1: ტრანსფორმაციის მარგინალური დონე (მაგალითის მიხედვით)

ქირურგო	გულის ოპერაცია	ქირურგო	სხვა ოპერაცია
10	50	0	0
9	45	1	5
8	40	2	10
7	35	3	15
6	30	4	20
5	25	5	25
4	20	6	30
3	15	7	35
2	10	8	40
1	5	9	45
0	0	10	50

გრაფიკზე A პუნქტი შეესაბამება გულის 35 ოპერაციის კომბინაციას 15 სხვა ოპერაციასთან. ამ შემთხვევაში A პუნქტი მდებარეობს წარმოების შესაძლებლობების ზღვარის შიგნით. ეს არის ის შესაძლო კომბინაცია, როდესაც საავადმყოფოს საკმარისი რესურსები გააჩნია მის მისაღწევად.

B წერტილი არ არის მიღწევადი, რადგანაც ამ განყოფილებას არ გააჩნია საკმარისი რესურსები წარმოების ამ დონის უზრუნველსაყოფად. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, განყოფილებას შეუძლია აწარმოოს საწარმოო შესაძლებლობათა საზღვარზე ან მის შიგნით, მაგრამ ვერ აწარმოებს საზღვრის გარეთ მდებარე წერტილებში.

ნახაზი 3: საწარმოო შესაძლებლობათა საზღვარი



საწარმოო შესაძლებლობათა საზღვარი გვიჩვენებს პროდუქციის – ამ შემთხვევაში გულის გადანერგვის და სხვა ოპერაციების – კომბინაციებს, რომელთა წარმოებაც შეუძლია განყოფილებას. განყოფილებას შეუძლია საზღვარზე ან მის შიგნით არსებულ ნებისმიერ წერტილში, საზღვრის გარეთ არსებული წერტილები მიუღწეველია განყოფილებაში არსებული რესურსების პირობებში.

შედეგი ეფექტიანია, თუ ეკონომიკა სრულად იყენებს მის ხელთ არსებულ შეზღუდულ რესურსებს. წერტილები საწარმოო შესაძლებლობათა საზღვარზე (და არა მის შიგნით) ასახავს წარმოების ეფექტიან დონეებს. როდესაც გულის გადანერგვის განყოფილება ერთ-ერთ ასეთ წერტილში, ვთქვათ A წერტილში, აწარმოებს, შეუძლებელია ერთი საქონლის წარმოების გაზრდა მეორის წარმოების შემცირების გარეშე. D წერტილი ასახავს წარმოების არაეფექტიან დონეს. გარკვეული მიზეზების, შესაძლოა სპეციალისტების სინაკლების გამო განყოფილება იმაზე ნაკლებს აწარმოებს, ვიდრე მას შეუძლია მის ხელთ არსებული რესურსების პირობებში: განყოფილება მხოლოდ 10 გულის გადანერგვის ოპერაციას და 15 სხვა ოპერაციას აწარმოებს. თუ არაეფექტიანობის მიზეზი აღმოიფხვრება, განყოფილება შეძლებს D წერტილიდან A წერტილში გადასვლას.

ფაქტიურად, დაუჯერებელია, რომ ტრანსფორმაციის მარგინალური დონე მუდმივ სიდიდეს წარმოადგენდეს. ქირურგები გულის ოპერაციების ჩასატარებლად საჭიროებენ განსაზღვრული რაოდენობის საოპერაციო მოწყობილობებს, გულის მონიტორებს, ასევე სხვა რესურსებს. ასე

რომ, რაც უფრო მეტი ქირურგი გააკეთებს გულის ოპერაციას, მით ნაკლები გულის ოპერაციისათვის საჭირო მოწყობილობების რაოდენობა ექნება თითოეულ მათგანს. შესაბამისად შემცირდება თითოეულ ქირურგზე გათვლილი შედეგი.

ამგვარად, გულის დამატებითი ოპერაციების რაოდენობა, რომელსაც ატარებს დამატებითი ქირურგი, განსხვავებულ დამოკიდებულებაშია იმაზე, თუ რამდენი ქირურგი უკვე ატარებს გულის ოპერაციას. თუ უკვე არსებობენ ბევრი ქირურგები, რომლებიც ატარებენ გულის ოპერაციას, დამატებით ერთი ქირურგის გამოყენება მხოლოდ მცირედ გაზრდის გულის ოპერაციების რაოდენობას. აღნიშნული განაპირობებს გრაფიკის ხაზის ქვევით გადახრას და შესაბამისად მის გამრუდებას. ეს ზრდა უფრო მცირეა, ვიდრე იმ შემთხვევაში, როდესაც გვეყოლებოდა ქირურგთა განსაზღვრული რაოდენობა (ქირურგთა ყოველი დამატების გარეშე), რომლებიც უკვე ატარებენ ამ ოპერაციებს.

აღნიშნულ მოვლენას კლებადი სარგებლიანობის ანუ კლებადი ზღვრული მწარმოებლურობის კანონი ეწოდება. თუ წარმოების პროცესში გამოყენებული რესურსების ნაწილი უცვლელი რჩება და მას ემატება მეორე მზარდი რესურსი, მაშინ თავდაპირველად გამოშვების მოცულობა შეიძლება გაიზარდოს, მაგრამ შემდეგ აუცილებლად დადგება მომენტი, როდესაც წარმოებაში ჩართული დამატებითი რესურსები სულ უფრო და უფრო ნაკლებ სარგებელს მოგვცემენ.

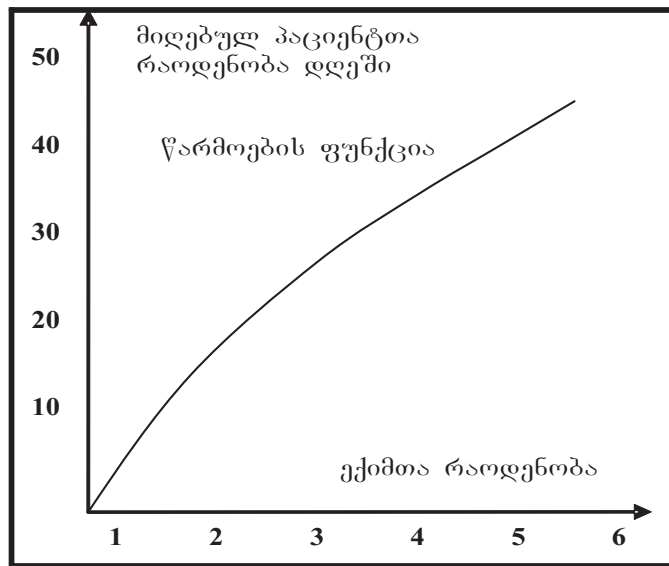
კლებადი სარგებლიანობის კანონზე მოქმედებენ ისეთი ფაქტორები, როგორებიცაა: შენობის ფართის გაფართოება, მოწყობილობა-დანადგარების განახლება და ა. შ. მაგრამ მიუხედავად ამ ფაქტორებისა, გარკვეულ ეტაპზე წარმოების ზრდა შეეცირებას დაიწყებს. ეს მოხდება მაშინ, როდესაც შენობის ფართი თუ მოწყობილობა დანადგარების რიცხვი გადააჭარბებს იმ რაოდენობას, რომლის მომსახურება და გამოყენებაც უცვლელი რაოდენობის პერსონალს შეუძლია. ამ შემთხვევაში საუბრობენ მოწყობილობის კლებად ზღვრულ მწარმოებლურობაზე.

კლებადი სარგებლიანობის კანონი შეიძლება ასე ჩამოვაყალიბოთ: **წარმოების ფაქტორთა მხოლოდ გარკვეული კომბინაციის დროს შეიძლება იყოს მთელი სისტემის მწარმოებლურობა მაქსიმალური. თუ ამ ოპტიმალურ სისტემას ემატება რომელიმე ერთი ფაქტორი ისე, რომ დანარჩენი ფაქტორების რაოდენობა უცვლელი რჩება, მაშინ ამ დამატებითი ფაქტორის და მასთან ერთად მთელი სისტემის მწარმოებლურობა იწყებს შემცირებას.**

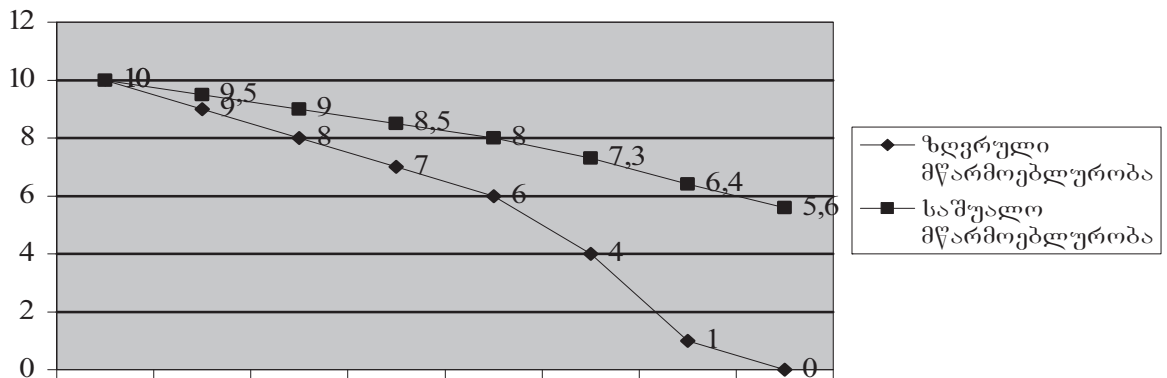
ცხრილი 2: მწარმოებლური ფუნქცია და დანახარჯები (ერთი დღის მიხედვით)

ექიმთა რაოდენობა	დღეში მიღებულ პაციენტთა რაოდენობა	ზღვრული მწარმოებლურობა	საშუალო მწარმოებლურობა	დანახარჯები შენობაზე, მოწყობილობა დანადგარებზე	ექიმთა ხელფასზე ხარჯები	საერთო დანახარჯები
0	0	0	0	10	0	10
1	10	10	10	10	10	20
2	19	9	9,5	10	20	30
3	27	8	9	10	30	40
4	34	7	8,5	10	40	50
5	40	6	8	10	50	60
6	44	4	7,3	10	60	70
7	45	1	6,4	10	70	80
8	45	0	5,6	10	80	90

ნახაზი 4: მწარმოებლური ფუნქცია და დანახარჯები



ნახაზი 5: საშუალო და ზღვრული მწარმოებლურობის მრუდები



1.5. ტექნიკური და ალოკაციური არჩევანი

ზემოთ განხილულ შემთხვევაში გულის გადანერგვის განყოფილება ალტერნატივის წინაშე დგას. საწარმოო შესაძლებლობათა საზღვარი გვიჩვენებს ერთ-ერთ ალტერნატივას, რომელიც დგას განყოფილების წინაშე. მას შემდეგ, რაც მივალწვეთ საზღვარზე მდებარე ეფექტიან წერტილს, ერთი საქონლის რაოდენობის გაზრდის ერთადერთი საშუალებაა მეორე საქონლის წარმოების მოცულობის შემცირება. მაგალითად, როდესაც გულის გადანერგვის განყოფილება A წერტილიდან C წერტილში გადადის, იგი აწარმოებს უფრო მეტ სხვა ოპერაციებს, მაგრამ გულის გადანერგვის ოპერაციების შემცირების ხარჯზე.

მოთხოვნილებებისა (სურვილები) და რესურსების (შესაძლებლობების) კონფლიქტი ადამიანს აიძულებს არჩევანის გაკეთების აუცილებლობისაკენ. იგი შეზღუდული რესურსების პირობებში ცდილობს მრავალ მოთხოვნილებათა შორის ამოირჩიოს ყველაზე მნიშვნელოვანი.

არჩევანის გაკეთებისას განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია 4 საკითხი:

† რა საქონელი ვაწარმოოთ?

† როგორ ვაწარმოოთ საქონელი?

† ვინ და რა სამუშაო უნდა შესრულდეს?

† ვისთვისაა ამ სამუშაოს შედეგები განკუთვნილი?

თითოეული ამ არჩევანის გაკეთების აუცილებლობა დაკავშირებულია რესურსების შეზღუდულობასთან. **არჩევანი შეიძლება იყოს ორი სახის:**

† ტექნიკური;

† ალოკაციური.

როდესაც მისაღებია გადაწყვეტილება რაღაც X მოთხოვნილების დაკმაყოფილების შესახებ და ვაფასებთ (ვარჩევთ) მის მისაღწევად საჭირო ყველაზე ეფექტურ გზას, ასეთი ხასიათის არჩევანს ეფექტურობის ტექნიკურ შეფასებას უწოდებენ. მაგალითად, გრიპის ეპიდემიის თავიდან ასაცილებლად ყველაზე უფრო ეფექტური საშუალების არჩევა.

როდესაც მისაღებია გადაწყვეტილება, თუ არსებული მრავალი მოთხოვნილებიდან რომლის დაკმაყოფილებაა აუცილებელი და ერთმანეთს ვადარებთ თითოეული ალტერნატივის ღირებულებას და სარგებელს, ასეთი სახის არჩევანს ეფექტურობის ალოკაციურ შეფასებას უწოდებენ. მაგალითად, სად გავენაწილოთ უფრო მეტი რესურსები, ტუბერკულოზის პროფილაქტიკაში, თუ გულის იშემიური დაავადების მკურნალობაში.

ასეთი გადაწყვეტილებების მიღება ძალიან იშვიათად ხდება მხოლოდ ეკონომიკური პრინციპების გათვალისწინებით და ასევე იშვიათია “ყველაფრის ან არაფრის“ პრინციპით ხელმძღვანელობა. როგორც წესი, საუბარია არსებული სამედიცინო მომსახურების სახეების შესაძლებელ გაფართოებაზე ან შემცირებაზე. რესურსების რაოდენობის ყოველი ცვლილება უნდა შეფასდეს არსებული დონიდან გამომდინარე. ასეთ პირობებში აუცილებელია, რომ მხედველობაში იქნეს მიღებული არა რესურსებისა (შენატანები) და შედეგების აბსოლუტური მაჩვენებლები არამედ მათი ცვლილებები. ასე რომ, რამდენიმე ვარიანტის შედარებისას ერთმანეთს უნდა შევადაროთ რესურსებისა და შედეგების მაჩვენებელთა ცვლილებები, ანუ ეკონომიკური თვალსაზრისით ეფექტურობა მიიღწევა მაშინ, როდესაც მცირე რესურსებით მაქსიმალურ სარგებელს (შედეგს) ვღებულობთ.

1.6. ალტერნატიული ღირებულება (Opportunity Cost);

რესურსების დეფიციტის პირობებში ნებისმიერი გადაწყვეტილების მიღება ნიშნავს “მსხვერპლის გაღებას”, რადგან გარკვეული მიზნით ერთხელ გამოყენებული რესურსების ხელმეორედ გამოყენება შეუძლებელია.

იმის მისაღებად, რაც მოგვწონს, უნდა დაეთმოთ სხვა რამ, რაც აგრეთვე მოგვწონს. გადაწყვეტილების მიღება ერთი მიზნის მეორესთან დაპირისპირებას მოითხოვს.

მაგალითად, ავილოთ რაიონში მცხოვრები პაციენტი, რომელმაც უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება, სად ჩაიტაროს ექოსკოპია. მას შეუძლია თბილისში მაღალკვალიფიციურ რადიოლოგთან ჩაიტაროს ექოსკოპია, ან შეუძლია დაზოგოს თავისი შემოსავალი და რაიონში ჩაიტაროს ექოსკოპია, ხოლო დაზოგილი თანხით დამატებით სხვა სამედიცინო მომსახურება ჩაიტაროს ან საერთოდ სხვა საქონელი იყიდოს.

აღამიანები ალტერნატიუების წინაშე დგანან, გადაწყვეტილების მიღება კი მოითხოვს ხარჯებისა და სარგებლობების შედარებას. განვიხილოთ ზემოთ მოცემული მაგალითი. თბილისში რადიოლოგთან გამოკვლევის სარგებლობა აისახება მაღალკვალიფიციური პერსონალისგან მომსახურებაში, შესაბამისად ჯანმრთელობის მდგომარეობის უკეთ დიაგნოსტიკაში. მაგრამ იგი დაკავშირებულია გარკვეულ ხარჯებთან: თბილისში გამგზავრება, სამუშაოდან მოცდენა, დიაგნოსტიკური პროცედურის შედარებით მაღალი ფასი რაიონთან შედარებით და ა. შ. იმ შემთხვევაში, როდესაც რაიონში ჩატარდება ექოსკოპიური გამოკვლევა, თბილისში გამგზავრების და სამუშაოდან მოცდენის ხარჯები, აგრეთვე, პროცედურების ფასებს შორის სხვაობა წარმოადგენს დაზოგილ თანხას, რომელიც თავის მხრივ, არის თბილისში რადიოლოგთან ჩატარებული გამოკვლევის ალტერნატიული ღირებულება.

სარგებელი არის ის, რაც მივიღებთ არჩეული მოთხოვნილების დაკმაყოფილების შედეგად, რაიმეს ღირებულება - არის ის სარგებელი, რასაც მივიღებდით იგივე რესურსები სხვაგვარად რომ გამოგვეყენებინა.

ალტერნატიული ღირებულების ცნება გულისხმობს არჩეულ და არარჩეულ (უარყოფილ) ვარიანტთა შედარებას – არჩეული ვარიანტის შეფასებას იმ ვარიანტის მიხედვით, რომელზეც უარი ითქვა. ალტერნატიული ღირებულება გამოისახება გაზომვის საერთო ერთეულით – ფულით. პროდუქტის ალტერნატიული ღირებულება გამოისახება სხვა პროდუქტის რაოდენობით, რომელზეც (რომლის წარმოებაზეც) უარი ვთქვით.

ეკონომიკური შეფასების დროს იმ ღირებულებას, რის გაზომვასაც ჩვენ ვცდილობთ ეწოდება “ალტერნატიული ღირებულება”, იმის შესახებნებად, რომ ჩვენი მოქმედების ღირებულება არის არგამოყენებული რესურსის (შესაძლებლობის) სარგებელი.

როდესაც ეკონომისტები ლაპარაკობენ ორგანიზაციის წარმოების ხარჯებზე, მათ აქ შეაქვთ ყველა ალტერნატიული ხარჯები, რომელიც საჭიროა საქონლისა და მომსახურების წარმოებისათვის.

საკმაოდ ხშირად ორგანიზაციის არგამოყენებული შესაძლებლობების ხარჯები ამკარაა. როდესაც მეწარმე 10000 ლარს გასცემს ექოსკოპიის აპარატის შესაძენად, ეს 10000 ლარი წარმოადგენს ალტერნატიულ ხარჯს, რადგანაც მას უკვე არ შეუძლია ამ 10000 ლარის სხვა რამეზე დახარჯვა. ანალოგიურად, როდესაც მეწარმე ქირაობს პერსონალს, ხელფასი, რომელსაც იგი მათ უხდის, შედის ორგანიზაციის ხარჯებში. ასეთი სახის ხარჯებს **თვალნათლივ ხარჯებს** უწოდებენ. მეორე მხრივ ორგანიზაციის ზოგი დანახარჯები არ არის თვალნათლივი. წარმოვიდგინოთ, რომ მეწარმე ამავე დროს პროფესიით ექიმია და შეეძლო ექიმად მუშაობისას დღეში გამოეშუშავებინა 100 ლარი. ყოველი დღე, რომელსაც მეწარმე ატარებს ორგანიზაციაში, მას უღირს 100 ლარი არგამოყენებულ (დაკარგულ) შემოსავლად, რომელიც ასევე შედის მის ხარჯებში, მაგრამ როგორც **არათვალნათლივი ხარჯები**.

ნათელ და არათვალნათლივ ხარჯებს შორის სხვაობა კარგად წარმოგვიდგენს ბიზნესის მიმართ ეკონომისტებისა და ბუღალტერების დამოკიდებულებებს შორის მთავარ განსხვავებას. ეკონომისტებს აინტერესებთ როგორც ნათელი, ასევე არათვალნათლივი ხარჯები, ამიტომ ხარჯების გათვლისას ისინი ითვალისწინებენ ყველა ალტერნატიულ ხარჯებს. მათგან განსხვავებით ბუღალტრებს აინტერესებთ მხოლოდ ორგანიზაციაში შემაჯავლი და გამაჯავლი ფულადი ნაკადები. ანუ ბუღალტრები ითვალისწინებენ მხოლოდ ნათელ ხარჯებს.

დავუშვათ, რომ გულის გადანერგვის ოპერაცია ღირს 10000 ლარი და ოპერაციის შედეგად ადამიანის სიცოცხლე 5 წლით გახანგრძლივდა. გულის ოპერაციის ალტერნატიულ ღირებულებას შეიძლება წარმოადგენდეს: 5 კატარაქტას ოპერაცია; 1 კოხლეარული იმპლანტანტი, 7 კომპიუტერი და ა. შ.

შეზღუდული ბიუჯეტის პირობებში, ყველაზე ეფექტურია ისეთი სერვისის დაფინანსება, რომელიც განაპირობებს ბევრ სარგებელს. ეკონომიკის ამოცანაა ისეთი ქმედებების განხორციელება, რომლის სარგებელი გადასწონის ალტერნატიულ ღირებულებას.

დაუბრუნდეთ ჩვენს მაგალითს გულის გადანერგვის განყოფილებაზე. საწარმოო შესაძლებლობათა საზღვარი გვიჩვენებს ერთი საქონლის ალტერნატიულ ღირებულებას მეორე საქონლის ერთეულებში. როდესაც გულის გადანერგვის განყოფილებას საწარმოო ფაქტორების გარკვეული მოცულობა გადააქვს სხვა ოპერაციებიდან გულის გადანერგვის ოპერაციებზე, რის შედეგად განყოფილება გადადის A წერტილიდან B წერტილში, იგი თმობს 8 (27 - 15) სხვა სახის ოპერაციას დამატებით 10 გულის გადანერგვის ოპერაციის ჩასატარებლად. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, როდესაც გულის გადანერგვის განყოფილება A წერტილში იმყოფება 8 სხვა ოპერაციის ალტერნატიული დანახარჯი უდრის 10 გულის გადანერგვის ოპერაციას.

გულის გადანერგვის ოპერაციის ალტერნატიული ღირებულება, გამოხატული სხვა ოპერაციების ერთეულებში არ არის მუდმივი და დამოკიდებულია განყოფილებაში თითოეული სამედიცინო მომსახურების წარმოების მოცულობაზე. ეს აისახება საწარმოო შესაძლებლობათა საზღვრის ფორმაზე. იმის გამო, რომ ნახაზზე გამოსახული საწარმოო შესაძლებლობათა საზღვარი ამოხსნილია, გულის გადანერგვის წარმოების ალტერნატიული ღირებულება მაქსიმალურია, როდესაც განყოფილება აწარმოებს ბევრ გულის გადანერგვის ოპერაციას და ცოტა სხვა ოპერაციას, როგორც E წერტილშია, ანუ მაშინ, როდესაც საწარმოო შესაძლებლობათა საზღვარი საკმაოდ დახრილია. და პირიქით, როდესაც ქირურგიული განყოფილება თავისი რესურსების უდიდეს ნაწილს სხვა ოპერაციების წარმოებაში იყენებს, როგორც F წერტილშია, საწარმოო შესაძლებლობათა საზღვრის ფორმა პორიზონტალურს უახლოვდება და სხვა ოპერაციების წარმოების ალტერნატიული ღირებულებაც ნაკლებია.

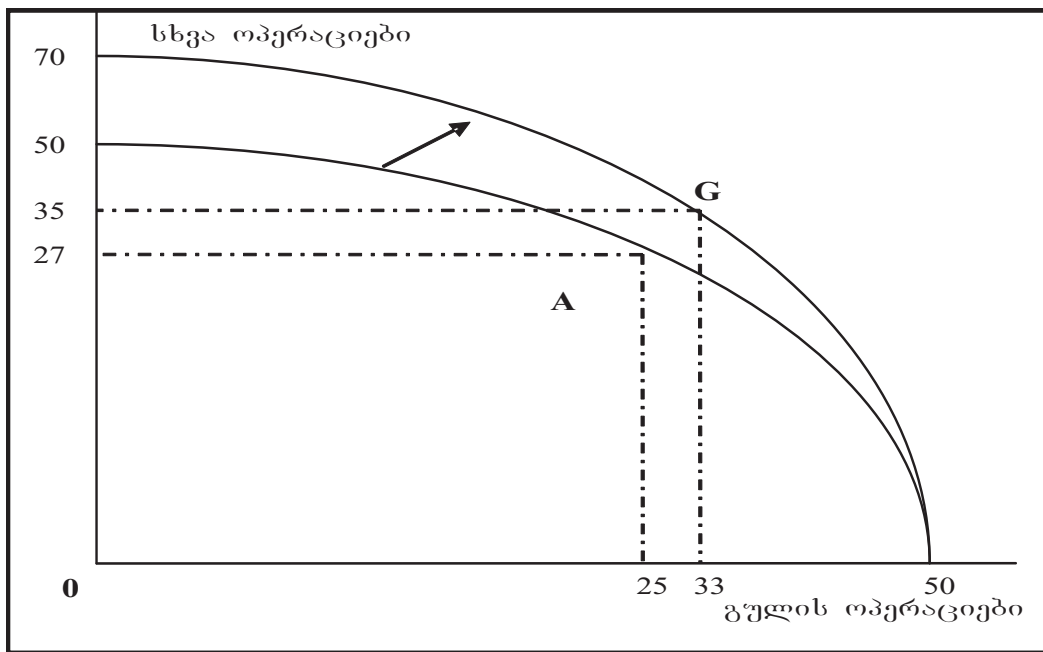
ეკონომისტები ფიქრობენ, რომ საწარმოო შესაძლებლობათა ზღვარი ხშირად ამოხსნილია. როდესაც ქირურგიული განყოფილება თავისი რესურსების უმეტეს ნაწილს სხვა ოპერაციების საწარმოებლად იყენებს, როგორც F წერტილშია, რესურსები, რომლებიც ყველაზე მეტად გულის გადანერგვის ოპერაციების წარმოებისათვის გამოდგება, მაგალითად, კვალიფიციური პერსონალი სხვა ოპერაციებისათვის გამოიყენება. როდესაც ქირურგები არ არიან სხვა ოპერაციებში სპეციალიზებული, გულის გადანერგვის ერთი ერთეულით გაზრდისათვის საჭირო არ იქნება სხვა ოპერაციების წარმოების მოცულობის შემცირება. გულის გადანერგვის ოპერაციების წარმოების ალტერნატიული ღირებულება, გამოხატული სხვა ოპერაციებში, არც ისე დიდია და საზღვარიც შედარებით ნაკლებად დახრილია. პირიქით, როდესაც ქირურგიული განყოფილება მთელ რესურსებს ახმარს გულის გადანერგვის ოპერაციების წარმოებას, როგორც E წერტილშია, ის რესურსები, რომლებიც უკეთ შეესაბამება სხვა ოპერაციების წარმოებას, გულის გადანერგვის ოპერაციებისთვისაა გამოყენებული. დამატებითი გულის გადანერგვის ოპერაციების წარმოება ნიშნავს სხვა ოპერაციების წარმოებიდან სხვა ოპერაციების საუკეთესო სპეციალისტების

გადინებას და გულის გადანერგვის წარმოებაში მათ გამოყენებას. შედეგად, დამატებითი გულის გადანერგვის ოპერაციის წარმოება უდიდეს დანაკლისს მოუტონს სხვა ოპერაციების წარმოებას. გულის გადანერგვის ოპერაციების წარმოების ალტერნატიული ღირებულება მაღალია და საზღვარიც მეტისმეტად დახრილია.

საწარმოო შესაძლებლობათა საზღვარი გვიჩვენებს ალტერნატივებს სხვადასხვა სახის საქონლის წარმოებას შორის დროის მოცემულ მომენტში, მაგრამ ეს ალტერნატივები შეიძლება თანდათან შეიცვალოს. მაგალითად, თუ სხვა ოპერაციების შემთხვევაში ტექნოლოგიების განვითარება ერთი სპეციალისტის მიერ ერთ კვირაში წარმოებული სხვა ოპერაციების რაოდენობის ზრდას იწვევს, მაშინ ქირურგიულ განყოფილებას შეუძლია აწარმოოს სხვა ოპერაციების მეტი რაოდენობა გულის გადანერგვის ნებისმიერი მოცემული რაოდენობის სანაცვლოდ. თუ ქირურგიული განყოფილება საერთოდ არ აწარმოებს სხვა ოპერაციებს, მას მაინც შეუძლია 50 გულის გადანერგვის ოპერაციის წარმოება, ანუ საზღვრის ერთი ბოლო წერტილი არ იცვლება.

ქვემოთ მოცემული ნახაზი გვიჩვენებს ეკონომიკურ ზრდას. ჩვენს მაგალითში ქირურგიულ განყოფილებას შეუძლია, ოპერაციების წარმოება გადაიყვანოს ძველი საზღვრის ერთი წერტილიდან ახალი საზღვრის მეორე წერტილში. ის, თუ რომელ წერტილს აირჩევს განყოფილება, დამოკიდებულია იმ უპირატესობაზე, რომელსაც ის ამა თუ იმ საქონელს ან მომსახურებას ანიჭებს. ამ მაგალითში ქირურგიული განყოფილება A წერტილიდან G წერტილში გადაინაცვლებს, და აწარმოებს უფრო მეტ სხვა ოპერაციებს (35-ს 27-ის ნაცვლად) და მეტ გულის გადანერგვის ოპერაციებს (33-ს 25-ის ნაცვლად).

ნახაზი 6: საწარმოო შესაძლებლობათა საზღვარი



ეკონომიკა - სოციალური მდგომარეობა

ეკონომიკა სოციალური მეცნიერებაა ადამიანთა არჩევანის შესახებ. იგი არკვევს იმ ობიექტურ პირობებს, რომლებიც წარმართავენ ადამიანთა ქცევას შეზღუდული არჩევანის პირობებში მათთვის მისაღები საუკეთესო ვარიანტის არჩევისაკენ.

რესურსების შეზღუდულობა და ადამიანთა მოქმედება შეუზღუდავი მოთხოვნის პირობებში წარმოადგენს ეკონომიკის, როგორც მეცნიერების ცენტრალურ თემას, რომელიც შეიძლება განისაზღვროს როგორც სოციალური მეცნიერება, რომელიც შეისწავლის შეზღუდული რესურსების პირობებში ადამიანთა მიერ საკუთარი მოთხოვნილებების და სურვილების დაკმაყოფილებისათვის მიღებულ გადაწყვეტილებებს. როგორც განსაზღვრებიდან გამომდინარეობს ეკონომიკური თეორიის საგანს წარმოადგენს არა ფული ან სიმდიდრე, არამედ ადამიანები.

მეორე მიზეზი, რის გამოც ეკონომიკა შეიძლება ჩავთვალოთ სოციალურ მეცნიერებად, ანუ მეცნიერებად ადამიანების შესახებ, მდგომარეობს იმაში, რომ ადამიანთა გადაწყვეტილებებს (რომელსაც შეისწავლის ეკონომიკა) აქვთ მნიშვნელოვანი სოციალური კონტექსტი.

ეკონომიკა შეისწავლის როგორც საქონლისა და მომსახურების წარმოებას, განაწილებას, გაცვლასა და მოხმარებას, ასევე დასახული მიზნის მისაღწევად საჭირო ეკონომიკური ეფექტურობის გზებს. ადამიანი როდესაც საკვებს ან რაიმე ნივთს ყიდულობს, ან როდესაც მუშაობს ახორციელებს ეკონომიკურ არჩევანს. ეკონომიკურ არჩევანს ახორციელებენ ყველგან: საწარმოში, რომელიც ამზადებს კომპიუტერებს, სამთავრობო დაწესებულებებში, სადაც დებულობენ პოლიტიკურ გადაწყვეტილებებს, აგრეთვე მრავალ სხვა ადგილებში და სიტუაციებში.

ეკონომიკა ზოგადად მოიაზრება, როგორც:

- † საზოგადოების ეკონომიკური ბაზისი, საწარმოო ურთიერთობათა ერთობლიობა;
- † მოცემული ქვეყნის ან მისი ნაწილის მეურნეობა, წარმოების დარგებისა და სახეობების მიხედვით;
- † მეცნიერების დარგი, რომელიც შეისწავლის საწარმოო ურთიერთობებს და მათ სპეციფიურ მხარეებს საზოგადოებრივი წარმოებისა და გაცვლის განსაზღვრულ სფეროში.

1.8. ეკონომიკური სისტემები

ეკონომიკურმა სისტემამ უნდა უზრუნველყოს რესურსების განაწილებისა და მოთხოვნილების დაკმაყოფილების გზები. საზოგადოების სხვადასხვა ფორმაცია განსხვავებულად წყვეტს ისეთ მთავარ საკითხებს, როგორიცაა:

- † რა სახეობის და როგორი მოცულობის საქონელი და მომსახურება აწარმოოს;
 - † როგორ აწარმოოს საქონელი, რა რესურსების მოზიდვითა და შრომის ორგანიზაციის როგორი ფორმების გამოყენებით;
 - † ვის რა წილი ერგება მიღებული შემოსავლიდან.
- ამ საკითხების გადაწყვეტის ხერხის მიხედვით ეკონომიკური სისტემები შეიძლება ოთხ

ჯგუფად დაიყოს:

- † ტრადიციული, მარტოვი;
- † გეგმიური;
- † თავისუფალი საბაზრო სისტემა;
- † შერეული სისტემა.

ტრადიციული ეკონომიკური სისტემა

ტრადიციული (მარტივი) ეკონომიკური სისტემა ისტორიის საწყის ეტაპებზე იყო გავრცელებული. ასეთ შემთხვევაში საქონლის წარმოება, მისი რაოდენობა და ხასიათი ძირითადად ტრადიციებზე დაყრდნობით განისაზღვრება. მისთვის დამახასიათებელია წარმოების კულტურისა და შრომის წარმოების დაბალი დონე.

ბაზარზე მილიონობით ადამიანი ეწევა სხვადასხვა სახის საქმიანობას: ყიდვა, გაყიდვა, მუშაობა, დაქირავება, წარმოება და ა. შ. მომსახურების გაწევა, ან საქონლის წარმოება დამოკიდებულია მომხმარებლის მოთხოვნაზე. მომხმარებელს სურვილი უნდა ჰქონდეს იყიდოს გარკვეული სახის საქონელი ან მომსახურება, თავის მხრივ, მიმწოდებელი დაინტერესებულია გაყიდოს საქონელი და მომსახურება. ასეთი სახის გაცვლითი პროცესი დაფუძნებულია მიმწოდებელსა და მომხმარებელს შორის არსებულ ნებაყოფლობით შეთანხმებაზე, სადაც ორივე მხარე ცდილობს კმაყოფილი დარჩეს ვაჭრობის შედეგად მიღებული შედეგით. ეკონომიკის ამ მთავარ პრინციპს **გაცვლის ფუნდამენტური თეორემა** ეწოდება¹.

ეკონომიკის მარტივი ფორმის დროს მხოლოდ ორი მხარე მონაწილეობს: მომხმარებელი (მყიდველი) და მიმწოდებელი (საწარმო), ანუ ორ მხარეს შორის მიმდინარეობს საქმის წარმოება და გარიგება და ადამიანები აწარმოებენ და მოიხმარენ მას რაც მათ სჭირდებათ.

გვემიური ეკონომიკური სისტემა

გვემიური (მბრძანებლური) ეკონომიკური სისტემა დროს საქონლის წარმოებას, მის მოცულობას და განაწილებას წყვეტს სახელმწიფო, რომელიც დირექტივების მეშვეობით მკაცრად აკონტროლებს დასახული გეგმების შესრულებას.

გვემიური ეკონომიკური სისტემისათვის დამახასიათებელია შემდეგი ნიშნები:

† წარმოების საშუალებები ეკუთვნის საზოგადოებას და ისინი სახელმწიფო, კოლექტიური საკუთრების ფორმას იღებენ;

† ხორციელდება ცენტრალიზებული დაგეგმვა და კონტროლი;

† სახელმწიფო დირექტიულად აწესებს ფიქსირებულ ფასებს საქონელზე. ფასებს არ გააჩნიათ თავისუფალი ცვლილების საშუალება;

† საწარმოები თავიანთ გეგმებს ზემდგომ ორგანოებში წარადგენენ, რომელთაც ამტკიცებს ცენტრალური ორგანოები. ცენტრი წყვეტს რესურსების რეგიონების მიხედვით განაწილების საკითხებს. რეგიონები თავის მხრივ, ამ რესურსების საწარმოებზე განაწილებაში მონაწილეობენ.

გვემიურ ეკონომიკურ სისტემას რიგ უპირატესობებთან ერთად გააჩნია ნაკლოვანებებიც:

† ცენტრალიზებული დაგეგმვა და კონტროლი მოგებისაკენ სწრაფვას ახშობს;

† ინდივიდუალურ საქმიანობას არ გააჩნია სტიმული;

† ფასებზე კონტროლის დადგენისას ვითარდება არაოფიციალური ”შავი ბაზარი”, რომელიც კორუფციასა და მექრთამეობას განაპირობებს.

თავისუფალი საბაზრო ეკონომიკური სისტემა

თავისუფალი ბაზარი დაფუძნებულია ეკონომიკურ სტიმულებზე და სანქციებზე, რომლებსაც ადგენს თვითონ მწარმოებელი და მომხმარებელი ბაზრის კანონების შესაბამისად. მეწარმე თვითონ განსაზღვრავს რა, როგორ და ვისთვის იქნეს საქონელი წარმოებული. მომხმარებლებისა და მწარმოებლების ინტერესები მუდმივ კონფლიქტშია. მომხმარებლებს სურთ, რომ საქონელზე დაბალი ფასები იყოს დაწესებული. იგი ყიდულობს იმ საქონელს, რომელიც მის სურვილსა და შესაძლებლობებს შეესაბამება. ამავე დროს, მიმწოდებლები ცდილობენ საქონელზე მაღალი ფასი დააწესონ და მოგების მიზნით იმ საქონლის წარმოებას მიანიჭონ უპირატესობა, რომელიც მომხმარებელს სჭირდება.

საბაზრო ეკონომიკისათვის ძირითადად შემდეგი სამი ნიშანია დამახასიათებელი:
 † თავისუფალი ფასწარმოქმნა;
 † თავისუფალი სამომხმარებლო არჩევანი;
 † სრულყოფილი კონკურენცია.

შერეული ეკონომიკური სისტემა

რეალურად არ არსებობს მხოლოდ თავისუფალ ბაზარზე დაფუძნებული, ან მხოლოდ წმინდა, გეგმიური ეკონომიკა. განვითარებულ ქვეყნებში ძირითადად შერეული ეკონომიკური სისტემაა გავრცელებული, რომელიც შეიცავს ორივე სისტემის ელემენტებს. სახელმწიფო არეგულირებს მომხმარებლებისა და მეწარმეთა მოღვაწეობას (აწესებს საქონლის წარმოებისა და სხვადასხვა სახის მომსახურების სტანდარტებს, განსაზღვრავს საქონლის კრედიტში ყიდვის წესებს და სხვა). სახელმწიფომ შეიძლება არამართო საქონელი აწარმოოს, ან ხელი შეუწყოს მის წარმოებას, არამედ მეწარმეები და მომხმარებლები უზრუნველყოს ისეთი მომსახურებით, როგორცაა გზათა მშენებლობა, განათლების მიღება, ჯანდაცვა და სხვა.

სხვადასხვა ქვეყნების ეკონომიკაში სახელმწიფოსა და ბაზრის როლები განსხვავებული ხარისხითაა წარმოდგენილი. ა.შ.შ-ში ბევრი საქონლისა და სერვისების განაწილებაში მონაწილეობს როგორც სახელმწიფო, ასევე თავისუფალი ბაზარი.

1.9. მიკროეკონომიკა და მაკროეკონომიკა

ტრადიციულად ეკონომიკური მეცნიერება გაყოფილია ორ დიდ ნაწილად. *მიკროეკონომიკა* შეისწავლის მცირე ეკონომიკური ერთეულების (მაგალითად შინამეურნეობები, ინდივიდუალური საწარმოები, პირველადი საქარმოო რესურსების მესაკუთრეების და ა. შ.) მიერ გაკეთებულ არჩევანს, მათ ეკონომიკურ ქცევას. იგი შეისწავლის წარმოების ფასებსა და მოცულობას, კონკრეტული სარგებლების მოხმარებას, ცალკეული ბაზრების მოხმარებას, ალტერნატიულ მიზნებს შორის რესურსების განაწილებას.

მიკროეკონომიკაში მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სერვისების ეფექტურობის ანალიზი. ამ თვალსაზრისით, ხორციელდება დაავადების მკურნალობისას გამოყენებული ამა თუ იმ ტექნოლოგიის შედეგიანობის შესწავლა მასზე დახარჯული რესურსების მიხედვით. ერთიდაიგივე დაავადების სხვადასხვა გზით მკურნალობით ანალოგიური შედეგების მიღწევისას, შეიძლება ხარჯები მის განხორციელებას შევადაროთ (მინიმალური ხარჯები). ანალოგიური შედეგების სხვადასხვა ხარისხით მიღწევისას, ხარჯებს ადარებენ შედეგის ერთეულს, მაგალითად, ყოველ თავიდან აცილებულ სიკვდილს ან შენარჩუნებული სიცოცხლის ერთ წელს (ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი). ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი (cost-effectiveness analysis) მიმართულია სარგებლიანობის ფულადი სახით შესაფასებლად. შეფასებულ სარგებლიანობას შემდეგ ადარებენ ხარჯვას, რომლითაც ღებულობენ როგორც შეფარდებით, ასევე აბსოლუტურ რიცხობრივ მაჩვენებელს (ამით ვგებულობთ არამართო X-ის გაკეთება ჯობია თუ Y-ის, არამედ საერთოდ თუ რატომ ჯობია X-ის გაკეთება).

ჯანმრთელობის ფასის ფულადი გამოხატვის სირთულის გამო, უპირატესობას ანიჭებენ ხარჯთ-უტილიტარული ანალიზს (cost-utility analysis). იგი ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზის ანალოგიურია, მაგრამ შედეგების უფრო ფართო სპექტრს გამოხატავს (მაგ., ცხოვრების ხარისხი). ხარჯთ-უტილიტარული ანალიზით შესაძლებელია მკურნალობის სხვადასხვა ტექნოლოგიების შედარება. მეცნიერების მიერ აღიარებულ მაჩვენებელს წარმოადგენს QALY-ის სისტემა, რომელიც წარმოადგენს ცხოვრების წლებს ხარისხის გათვალისწინებით. მიუხედავად “სიცოცხლის ხარისხის” შეფასების სირთულისა, ხარჯთ-უტილიტარული ანალიზს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება რესურსების ეფექტური განაწილების პროცესში.

ავად ყოფნის გლობალური ტვირთის (global burden of disease) რაოდენობრივ მაჩვენებელს წარმოადგენს DALY, რომელიც ავადმყოფობით გამოწვეული ჯანმრთელი სიცოცხლის დანაკარგებს განსაზღვრავს. არაქმედიოუნარიანი სიცოცხლის ერთი წელი არის ერთეული, რომელიც ავად ყოფნის გლობალური ტვირთისა და სამედიცინო ჩარევების ეფექტურობის საზომია. DALY-ის საშუალებით განისაზღვრება ფუნქციური დარღვევებისა და შრომისუნარობის გარეშე მიმდინარე და მოძავალი წლების სავარაუდო რაოდენობა, რომელიც შეიძლება დაიკარგოს ნაადრევი სიკვდილის (YLL) ან შრომის უნარის (YLD) დაკარგვის გამო: $DALY = YLL + YLD$. DALY მსოფლიოში შეადგენს 1,49 მილიარდს (2002)

მაკროეკონომიკა (ბერძნულად *Macros* - დიდი) შეისწავლის ქვეყნის მთლიანი (ან მისი ნაწილის, დარგის) ეკონომიკის ფუნქციონირებას (გლობალური ეკონომიკა, ნაციონალური ეკონომიკა, ნაციონალური ეკონომიკის სექტორები), ისეთ საერთო, ფართომასშტაბიან ეკონომიკურ მოვლენებს და პროცესებს, როგორცაა: ეროვნული შემოსავალი და მთლიანი ეროვნული პროდუქტი, მთლიანი შიდა პროდუქტი და ეკონომიკური კეთილდღეობა, ფისკალური პოლიტიკა, ფულად-საკრედიტო პოლიტიკის ინსტრუმენტები, საერთაშორისო ვაჭრობა, ფულის ბაზარი, ფასების საერთო დონე და ინფლაცია, შრომისუნარიანი მოსახლეობის დასაქმება, აგრეგირებული მოთხოვნა და აგრეგირებული მიწოდება, მომხმარებელთა აგრეგირებული ქცევის ანალიზი, საბიუჯეტო დეფიციტი, დაგროვებისა და მოხმარების ფონდებზე ეროვნული შემოსავლების დაყოფა, ეკონომიკური ზრდა, სახელმწიფო რეგულირება, ჯანმრთელობის მდგომარეობა ეკონომიკურ ცვლილებებთან მიმართებაში, ჯანდაცვის დაფინანსების სტრუქტურა (სახელმწიფო, კერძო) და სხვა.

ტიპიური მაკროეკონომიკური პრობლემებია – როგორ შევქმნათ ისეთი პირობები, რომ ადამიანებმა შეძლონ სამუშაოს პოვნა, როგორ დაეცვათ ეკონომიკა მავნე გავლენებისგან (ინფლაცია), როგორ მოახდინოთ ცხოვრების პირობების გაუმჯობესება. მაკროეკონომიკის ძირითადი თემა – გადასახადებთან, ხარჯებთან, საბიუჯეტო დეფიციტთან, ფინანსურ სისტემასთან დაკავშირებული სამთავრობო პოლიტიკა. ამასთან, ისევე როგორც ინფლაციის მაკროეკონომიკური მოვლენა წარმოადგენს მილიონობით ინდივიდუალური არჩევანის ჯამს, რომელიც დაკავშირებულია კონკრეტული საქონლის და მომსახურების ფასებთან, ასევე მაკროეკონომიკა მთლიანადაა დაკავშირებულია მიკროეკონომიკაზე. არსებობს ასეთი ხატოვანი გამოთქმა: “თუ მაკროეკონომიკა სწავლობს ტყვეს საერთოდ, მიკროეკონომიკა სწავლობს ტყვეში ცალკეულ ხეებს”. ანუ, მაკროეკონომიკა შეისწავლის ფაქტორებს, რომლებიც განსაზღვრავენ “საზოგადოებრივი ნამცხვრის” ზომებს., მაშინ როდესაც მიკროეკონომიკა დაინტერესებულია მისი შედგენილობით და განაწილებით. ეკონომიკური თეორიის ორივე დარგი ერთნაირად მნიშვნელოვანია ეკონომიკური განათლებისათვის.

მაკროეკონომიკა ახორციელებს ჯანდაცვის სისტემის საერთო ანალიზს. იგი განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების დროს სტრუქტურული ცვლილებების განხორციელებისას. სისტემის საერთო ანალიზი გულისხმობს შემდეგი საკითხების განხილვას:

† ჯანდაცვის არსებულ სისტემაში რამდენად ეფექტურადაა განაწილებული სამედიცინო დახმარების ყველაზე უფრო აუცილებელი სახეები (**განაწილების ეფექტურობა**)?

† როგორაა უზრუნველყოფილი სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის (**თანასწორობის**) პრინციპი მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებში?

† რამდენად ადვილია სამედიცინო დახმარების ხარჯებზე კონტროლი (**ხარჯების შეკავება**)?

აღნიშნული კრიტერიუმებით ჯანდაცვის სხვადასხვა სისტემების შეფასებისას, შესაძლებელია დაფინანსების სხვადასხვა სახეების, სამედიცინო დახმარების მიწოდებისა და მოთხოვნის უარყოფითი და დადებითი მხარეების გამოვლენა.

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებისას სხვა ქვეყნის მოდელის გადმოღება განსაკუთრებით სიფრთხილეს მოითხოვს, რადგან ისტორიულად ჩამოყალიბებული ფაქტორები დიდ გავლენას ახდენენ საზოგადოებრივ აზრზე. რეორიენტაციის პროცესი აუცილებლად საჭიროებს ქვეყნის სოციალური, კულტურული, ფინანსური და ორგანიზაციული მოწყობის ფაქტორების გათვალისწინებას.

საკონტროლო კითხვები და ამოცანები

1. ჯანდაცვის სფეროს რა პრობლემებს გამოყოფდით?
2. რას გულისხმობს რესურსების არაადეკვატური განაწილება?
3. რას გულისხმობს არაეფექტურობა?
4. რაში მდგომარეობს სამედიცინო მომსახურების ღირებულების ზრდა?
5. ჩამოთვალეთ ჯანდაცვის სფეროში არსებული გლობალური პრობლემები ჯანმოს XI სამოქმედო პროგრამის მიხედვით.
6. რითი განსხვავდება პოლიტიკოსებისა და ეკონომისტების მოსაზრებები ერთმანეთისაგან?
7. რას შეისწავლის პოზიტიური ეკონომიკური თეორია?
8. რას შეისწავლის ნორმატიული ეკონომიკური თეორია?
9. რას ნიშნავს ტერმინი ეკონომიკა და ვინ შემოიღო იგი?
10. ჩამოთვალეთ ეკონომიკის სამი ფუნდამენტური ელემენტი.
11. რატომ უწოდებენ ეკონომიკას “დეფიციტის შესახებ მეცნიერებას”?
12. რატომ იზრდება მოთხოვნა ჯანდაცვის სფეროში?
13. რესურსების რამდენი სახე არსებობს, ჩამოთვალეთ ისინი.
14. რას ეწოდება საწარმოო შესაძლებლობები, ანუ მწარმოებლური ფუნქცია?
15. რას ეწოდება ზღვრული პროდუქტი, ანუ ზღვრული მწარმოებლურობა?
16. რაში მდგომარეობს კლებადი სარგებლიანობის კანონი?
17. არჩევანის რა სახეები არსებობს?
18. რას გულისხმობს ეფექტურობის ალოკაციური შეფასება?
19. რას გულისხმობს ეფექტურობის ტექნიკური შეფასება?
20. რა არის სარგებელი?
21. რა არის ალტერნატიული ღირებულება?
22. რა არის ეკონომიკა?
23. რატომ არის ეკონომიკა სოციალური მეცნიერება?
24. რა სახის ეკონომიკური სისტემები არსებობს?
25. რაში მდგომარეობს ტრადიციული ეკონომიკური სისტემის არსი?
26. რას გულისხმობს გაცვლის ფუნდამენტური თეორემა?
27. რაში მდგომარეობს გეგმიური ეკონომიკური სისტემის არსი?
28. ჩამოთვალეთ გეგმიური ეკონომიკური სისტემისათვის დამახასიათებელი ნიშნები.
29. რაში მდგომარეობს გეგმიური ეკონომიკური სისტემის ნაკლოვანებები?
30. რაში მდგომარეობს თავისუფალი საბაზრო ეკონომიკური სისტემის არსი?
31. ჩამოთვალეთ საბაზრო ეკონომიკური სისტემისათვის დამახასიათებელი ნიშნები.
32. რაში მდგომარეობს შერეული ეკონომიკური სისტემის არსი?
33. რას შეისწავლის მიკროეკონომიკა?
34. რას შეისწავლის მაკროეკონომიკა?

საყარჯიშო

თვის ბოლოს კუთვნილი ხელფასი 1000 ლარი აიღეთ. შეგიძლიათ ეს თანხა მაშინვე დახარჯოთ, ან შეიტანოთ თქვენს საბანკო ანგარიშზე, სადაც სარგებელი 12 %-ია. როგორია 1000 ლარის მაშინვე დახარჯვის ალტერნატიული ღირებულება?

ლიტერატურა:

1. WHO, Engaging for Health, Eleventh General Programme of Work, 2006-2015, A Global Health Agenda.
2. ლ. ჩიქავა, ეკონომიკური თეორიის მოკლე კურსი, თბილისი, 1997 წ.
3. World Development Report, 1993, World Health Organization (1994).
4. თ. ჯინჯოლავა. საქართველოს ჯანდაცვის რეორგანიზაციის კონცეფციის ეკონომიკური საფუძვლები. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო. 1994 წ.
5. გ. მენჭიუ, ეკონომიკის პრინციპები, ჰარვარდის უნივერსიტეტი, 2008.
6. Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.
7. თ. გერხმაია, თ. ვასაძე, დ. ვესტი. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი, თბილისი 2003 წ.
8. კახაბერ ჯაყელი, გ. ხაჭაპურიძე, ჯანმრთელობის დაცვის ეკონომიკის განვითარების მნიშვნელოვანი მიმართულებები მსოფლიოს გამოცდილების გათვალისწინებით, თბილისი, 2003.
9. თ. კალანდაძე, ი. ბრეგვაძე, რ. თაყაიშვილი. სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემის მშენებლობა საქართველოში, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, თბილისი, 1999 წ.
10. ა. გამყრელიძე, თ. ვასაძე. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვა საუკუნეთა მიჯნაზე. მოკლე ისტორიული მიმოხილვა. თბილისი, 2003 წ.
11. ი. ბრეგვაძე. სამედიცინო დახმარების სტანდარტიზაცია და ფასწარმოქმნის მეთოდოლოგიური ასპექტი. საქართველოს რესპუბლიკის ჯანდაცვის სამინისტრო, 1994 წ.
12. თ. კალანდაძე, ი. ბრეგვაძე, თ. ცინცაბაძე, თ. გოთუა, რ. თაყაიშვილი. მოსაზრებები სამედიცინო დაზღვევის საყოველთაო სავალდებულო სისტემაში დაზღვეულთა, მათთვის გაწეული მომსახურების სახეებისა და შესაბამისი ხარჯების აღრიცხვის გაუმჯობესების ღონისძიებათა შესახებ. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის ნაციონალური ცენტრი, სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტ. I. თბილისი 1998 წ.
13. ა. ჯორბენაძე, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეორიენტაციის ზოგიერთი შედეგის შესახებ. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის ნაციონალური ცენტრი, სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტ. I. თბილისი 1998 წ.
14. რ. ურუშაძე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა. ქართული მედიცინის განვითარების მიმართულებები. თბილისი, 2002 წ.

თავი II

ჯანდაცვის ეკონომიკის საბანი, ძირითადი საკითხები

2.1. რას უმისჯავლის ჯანდაცვის ეკონომიკა?

ეკონომიკური მეცნიერება, ეკონომიკური რეალობის მრავალფეროვნებიდან გამომდინარე, რთული სტრუქტურული ფენომენია. პირობითად იგი შეიძლება შევადაროთ დიდი მუხის ხეს, რომლის “კორპუსია” ზოგადი ეკონომიკური თეორია, ხოლო “ტოტები” კერძო ეკონომიკური მეცნიერებები, რომლებიც იკვლევენ ეკონომიკური სისტემის ცალკეულ მხარეებს, უწინარეს ყოვლისა, მის დარგობრივ, ფუნქციურ, რეგიონულ, ისტორიულ ასპექტებს¹.

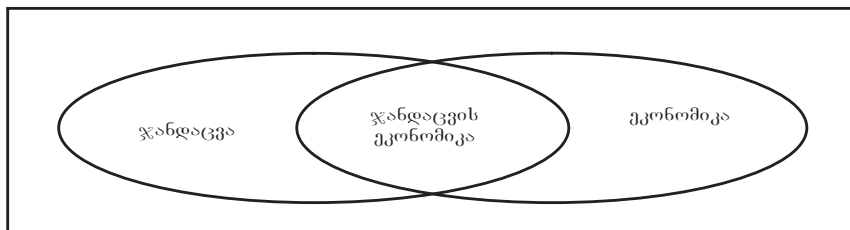
დარგობრივ ეკონომიკურ მეცნიერებებს განეკუთვნება: მრეწველობის ეკონომიკა, სოფლის მეურნეობის ეკონომიკა, მშენებლობის ეკონომიკა, ვაჭრობის ეკონომიკა, ტრანსპორტის ეკონომიკა და ა. შ. მათი მიზანია მეურნეობის ცალკეულ და მომიჯნავე დარგებში მიმდინარე ეკონომიკური მოვლენებისა და პროცესების სპეციფიკურ კანონზომიერებათა სიღრმისეული შესწავლა¹.

აღამიანის მოთხოვნილებებსა და რესურსებს შორის ურთიერთდამოკიდებულება და თანაფარდობა, რომელიც არჩევანს განაპირობებს, განსაკუთრებით აქტუალურია ჯანდაცვის სფეროში. მთელ მსოფლიოში მიმდინარეობს ისეთი ოპტიმალური გზების ძიება, რომლითაც შესაძლებელი იქნება შეზღუდული რესურსების პირობებში სამედიცინო დახმარებაზე მოთხოვნილების დაკმაყოფილება. ჯანდაცვის ეკონომიკა დარგობრივ ეკონომიკურ მეცნიერებას განეკუთვნება.

ჯანდაცვის ეკონომიკა შეისწავლის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად შეზღუდული რესურსების ოპტიმალური გამოყენებით მაქსიმალური შედეგების მიღწევას. იგი არის მკაცრად ჩამოყალიბებული ლოგიკური სისტემა, რომლის მიზანია ჯანდაცვის მუშაკებს, ხელმძღვანელ პირებს და საერთოდ საზოგადოებას დაეხმაროს არსებული რესურსების ოპტიმალურად გამოყენებაში.

ჯანდაცვის ეკონომიკა არის დისციპლინა რომელიც აანალიზებს ჯანდაცვის ინდუსტრიის ეკონომიკურ ასპექტებს, ეკონომიკის (მიკროეკონომიკური თეორია, რეგულირების პოლიტიკა, ეკონომიკური პოლიტიკის თეორია) და ჯანდაცვის (ეპიდემიოლოგია და სპეციალიზებული დისციპლინები) მეთოდების და თეორიების გამოყენებით.

ნახაზი 1: ეკონომიკა, ჯანდაცვა და ჯანდაცვის ეკონომიკა



მიუხედავად იმისა, რომ უკანასკნელ პერიოდში მთელ მსოფლიოში მნიშვნელოვნად გაიზარდა ჯანდაცვაზე გამოყოფილი რესურსები, იგი მაინც არ არის საკმარისი. ჯანდაცვის არცერთ სისტემას არ მიუღწევია ხარჯების ისეთ დონემდე, რომ დააკმაყოფილოს სამედიცინო მომსახურებაზე ყველა მოთხოვნები.

რესურსების სიმცირე განსაკუთრებით საგრძნობია დაბალგანვითარებულ ქვეყნებში. განვითარებულ ქვეყნებს გაცილებით მეტი რესურსები გააჩნიათ, მაღალია ახალი, ძვირადღირებული ტექნოლოგიების მიწოდება, მაგრამ მათი გამოყენება დიდ ხარჯებთანაა დაკავშირებული. ჯანდაცვის ეკონომისტები სულ უფრო ხშირად სვამენ კითხვას, თუ რომელ ტექნოლოგიას უნდა მიენიჭოს პრივილეგია, რომელს არა და რა დონემდე უნდა მოხდეს სამედიცინო მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება.

ისევე როგორც ნებისმიერი ეკონომიკური სისტემა, ჯანდაცვის სექტორიც მოითხოვს გარკვეული არჩევანის გაკეთებას:

† რა სამედიცინო საქონელი და მომსახურება ვაწარმოოთ?

† როგორ ვაწარმოოთ სამედიცინო მომსახურება?

† რა რაოდენობის სამედიცინო მომსახურება ვაწარმოოთ?

† როგორ გავანაწილოთ?

ანუ, იგივე კითხვები შეიძლება ასე წარმოვადგინოთ:

† რა არასამედიცინო და სამედიცინო საქონელი და მომსახურება უნდა ვაწარმოოთ მაკროეკონომიკაში?

† რა სპეციფიკური სამედიცინო საქონელი და მომსახურება უნდა ვაწარმოოთ ჯანდაცვის ეკონომიკაში?

† ჯანდაცვის რა სპეციფიკური რესურსები უნდა გამოვიყენოთ არჩეული სამედიცინო საქონლის და მომსახურების საწარმოებლად?

† ვინ უნდა მიიღოს წარმოებულ სამედიცინო საქონელი და მომსახურება?

პირველი ორი კითხვა დაკავშირებულია ალოკაციურ ეფექტურობასთან – რა არის რესურსების განაწილების ყველაზე საუკეთესო გზა მოხმარების სხვადასხვა გამოყენებიდან?

მესამე კითხვა დაკავშირებულია წარმოების ეფექტურობასთან – არსებული შეზღუდული რესურსების პირობებში როგორ შეიძლება საზოგადოებამ მაქსიმალური შედეგი მიიღოს?

მეოთხე კითხვა დაკავშირებულია სამართლიან განაწილებასა და თანასწორობასთან – სერვისების განაწილებით ყველა მოცულია თუ არა?

რესურსების შეზღუდულობის გამო ჯანდაცვაზე დანახარჯები განისაზღვრება საზოგადოებრივი პრიორიტეტების მეშვეობით. დაფინანსების თვალსაზრისით, მას კონკურენციას უწევს ისეთი დარგები, როგორიცაა; განათლება, თავდაცვა, სოფლის მეურნეობა და სხვა. ამგვარად, რესურსების შეზღუდულობა განაპირობებს არჩევანის გაკეთების აუცილებლობას და დაფუძნებულია შესაძლებელი ალტერნატიული ვარიანტების ღირებულების და ეფექტურობის ანალიზზე.

ჯანდაცვის ეკონომიკა არის დისციპლინა, რომელიც საშუალებას იძლევა არსებული რესურსების პირობებში მივიღოთ მისი განაწილების ოპტიმალური გადაწყვეტილება, რომელმაც თავის მხრივ, უნდა მოგვცემს მაქსიმალური სოციალური სარგებელი, რადგან ჯანდაცვის ეკონომიკის საბოლოო მიზანი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაა.

ჯანდაცვის სისტემაში არსებული ეკონომიკური კანონზომიერებები გარკვეული თავისებურებებით ხასიათდებიან. ექიმს ავადმყოფის მკურნალობის საუკეთესო მეთოდის შერჩევის

შეუზღუდავი უფლება აქვს. ამასთან, ექიმის გადაწყვეტილებებზე გავლენას ახდენს რესურსების სიმცირე (მაგ., ავადმყოფთა დაცდის დრო გეგმიური ჰოსპიტალიზაციის საჭიროებისას).

უკანასკნელ წლებში საქართველოში დაწყებული რეფორმების შედეგად არსებითად შეიცვალა ჯანდაცვის სისტემა. საბჭოთა პერიოდში არსებული მკაცრად ცენტრალიზებული მოდელი საბაზრო პრინციპებზე დაფუძნებული სისტემით შეიცვალა. ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმებმა წინა პლანზე წამოსწია ისეთი საკითხები, რომელთა გადაწყვეტა შეუძლებელია ჯანდაცვის ეკონომიკის ღრმა მეცნიერული შესწავლის გარეშე. ამ საკითხებს შორის აღსანიშნავია: რესურსების ეფექტური განაწილება, სამედიცინო დახმარების ხარისხი და ხელმისაწვდომობა, ჯანდაცვის სისტემაში პრიორიტეტების შერჩევა, ჯანდაცვის სისტემაში არსებულ დაფინანსების მეთოდების დადებითი და უარყოფითი მხარეები, სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა სახეების შეფასება, ბაზრის რეგულირებისა და მართვის ისეთი მექანიზმების ძებნა, რათა შემცირდეს ისეთი არასასურველი მოვლენები, როგორცაა ინფორმაციის ასიმეტრია და პაციენტის გაურკვევლობა...

2.2. ჯანდაცვის ეკონომიკის ძირითადი საკითხები

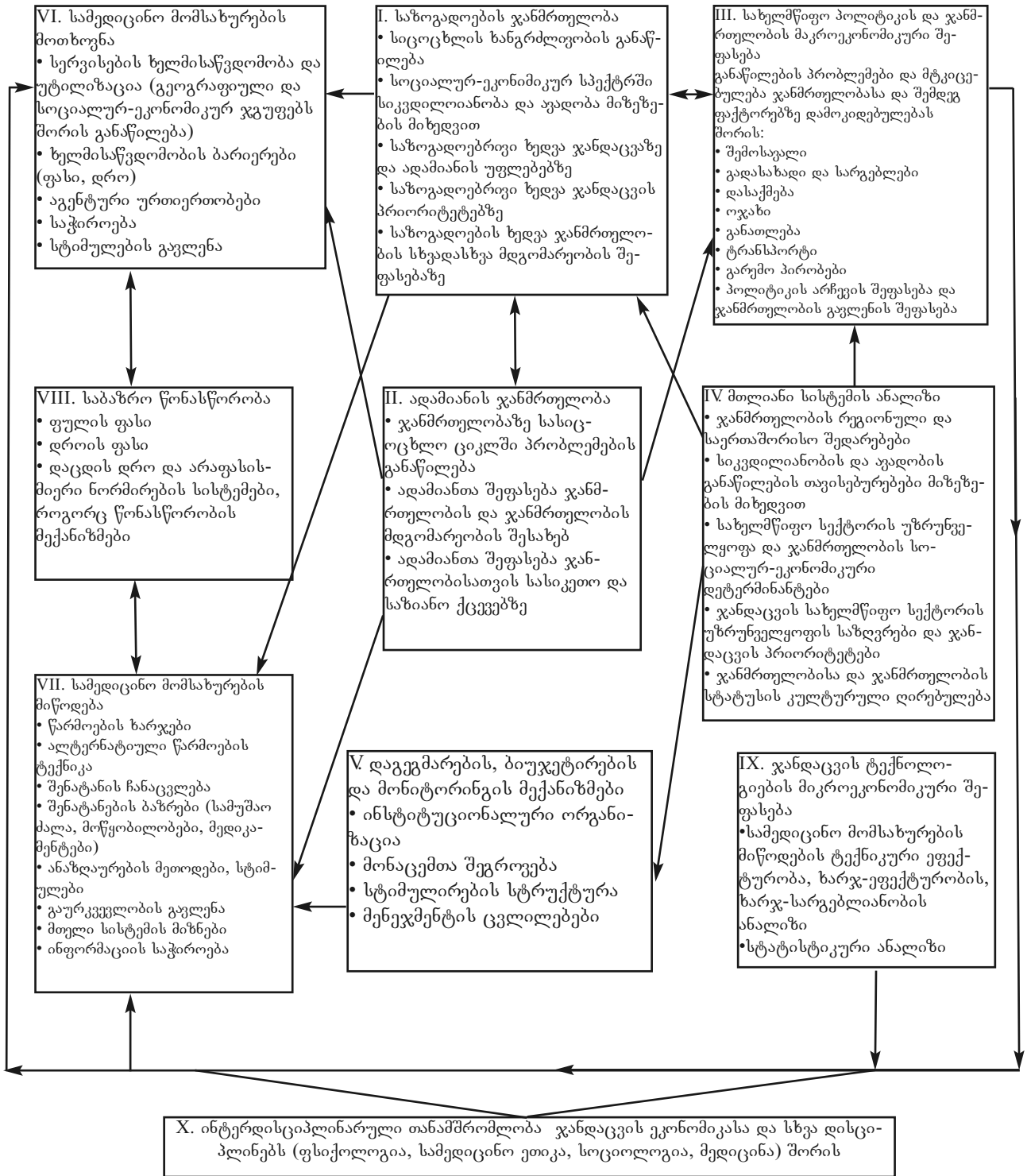
კანადელმა მეცნიერმა, ალბერტას უნივერსიტეტის პროფესორმა ფ. ჯაკობსმა ჯანდაცვის ეკონომიკის მთავარი ამოცანები შემდეგი სახით ჩამოაყალიბა:

- დესკრიპტიული ეკონომიკა – იდენტიფიკაცია, დეფინიცია და გაზომვა;
- განმარტებითი ეკონომიკა – ახსნა, განმარტება, პროგნოზირება;
- შეფასებითი ეკონომიკა – ალტერნატივების შეფასება სტანდარტების მიხედვით.

ჯანდაცვის ეკონომიკასთან დაკავშირებული საკითხები რამდენიმე ჯგუფად შეიძლება დავეყოთ:

- ჯანმრთელობაზე მოქმედი ფაქტორები, კავშირი ჯანმრთელობასა და მის სოციალურ და ეკონომიკურ მახასიათებლებთან (ჯანმრთელობის სტატუსისა და შემოსავლების ურთიერთდამოკიდებულების ანალიზი);
- რა არის ჯანმრთელობა, როგორია მისი ფასი?
- სამედიცინო დახმარების მოთხოვნა და მიწოდება (სამედიცინო ბაზრის შესწავლა);
- მიკროეკონომიკური შეფასება (ჯანდაცვის მომსახურების ალტერნატიული გზებისათვის საჭირო რესურსების ურთიერთშედარება, მაგ., ისეთი ახალი ტექნოლოგიების ეფექტურობის შესწავლა, როგორცაა მაგნიტური რეზონანსი);
- საბაზრო წონასწორობა;
- ჯანდაცვის სისტემის დონის შეფასება;
- ჯანდაცვის სისტემების დაფინანსების ეფექტური გზები (სახელმწიფო თუ კერძო), დაგეგმარების, დაფინანსების და კონტროლის მექანიზმები.

სქემა 1: ჯანდაცვის ეკონომიკის ძირითადი საკითხები



წყარო: A. Williams, Health and Economics, 1987.

2.3. რა არის ჯანმრთელობა?

საზოგადოებაში საქმიანობის სხვადასხვა სფეროებს შორის რესურსების ეფექტურად განაწილებისათვის აუცილებელია არამარტო ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად საჭირო გზების ცოდნა, არამედ თუ რა არის თავად ჯანმრთელობა და როგორია მისი ფასი; რას ანიჭებს ადამიანი უპირატესობას საკუთარ ჯანმრთელობასთან მიმართებაში და როგორია მისი შეფასების მეთოდები; რას ნიშნავს ჯანმრთელად ყოფნა; როგორ შევაფასოთ თავად სიცოცხლე, ან სხვადასხვა დაავადებების დროს არსებული შრომისუუნარობა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კონსტიტუციის (1948 წ.) მიხედვით, **ჯანმრთელობა განისაზღვრება როგორც ადამიანის სრული ფიზიკური, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობა და არა მხოლოდ დაავადებათა არარსებობა.**

ფიზიკური კეთილდღეობა ხასიათდება მოსახლეობის დაავადებათა არარსებობით, საკმარისი ფიზიკური განვითარებით, არსებული პოპულაციისათვის სტანდარტული შობადობის უნარით.

სოციალური კეთილდღეობა გულისხმობს საყოფაცხოვრებო პირობებს, კვებას, სამედიცინო დახმარების ხარისხს, გარემოს, ცხოვრების წესს, შრომის პირობებს, დასვენებას, დემოგრაფიულ მაჩვენებლებს (მოსახლეობის ზრდა, მოსახლეობის დაბერება, მიგრაციული პროცესები).

ფსიქიკური კეთილდღეობა ხასიათდება ფსიქიკური დაავადებების ნაკლები გავრცელებით, ფსიქოლოგიური კეთილდღეობით (პიროვნებათა შორის ნორმალური ურთიერთობებით) და ა. შ.

ეკონომისტების მიხედვით ჯანმრთელობა წარმოადგენს საქონელს, რომელიც ფასეულია. სამედიცინო დახმარებაზე მოთხოვნა ეკონომისტების მიერ განიხილება როგორც “წარმოებული მოთხოვნა”. სამედიცინო დახმარება განიხილება როგორც არა თავისთავადი, არამედ ჯანმრთელობის მისაღწევი საშუალება, ან დაავადებაზე რეაქცია, რომლის წინასწარ განჭვრეტა შეუძლებელია.

ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაფასებლად გამოიყენება შემდეგი ძირითადი კრიტერიუმები:

- † დემოგრაფიული მაჩვენებლები;
- † ავადობა;
- † დაინვალიდება (მყარი შრომისუუნარობა);
- † ფიზიკური განვითარება.

აღნიშნული მონაცემების კომპლექსური გამოყენება საშუალებას იძლევა შეფასდეს ჯანმრთელობა, დადგინდეს მოსახლეობის ფიზიკური, სოციალური და ფსიქიკური კეთილდღეობის დონე.

ცხრილი 1:**ძირითადი დემოგრაფიული და ეკონომიკური მაჩვენებლები მსოფლიოში (2004)**

მოსახლეობა:	6,394,491,485 (8 მლრდ. – 2025)
მატების ტემპი:	1.14% (0,85% - 2025)
შობადობა:	20.24 დაბადება/1,000 მოსახლეზე (17,2 - 2025)
მოკვდაობა:	8.86 გარდაცვალება/1,000 მოსახლეზე (8.8 – 2025)
სქესობრივი თანაფარდობა	1.06 მამაკაცი/ქალი (1,05 – 2025)
0-1 ასაკის ბავშვთა მოკვდაობა:	50.31 1,000 ცოცხლად შობილზე (29 – 2025)
სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა დაბადებისას: მთლიანი მოსახლეობა: მამაკაცი: ქალი:	64.05 წელი (72,3 – 2025) 62.48 წელი 65.7 წელი
ფერტილობის მაჩვენებელი:	2.62 დაბადებული ბავშვი/ქალი (2,31 – 2025)
მსოფლიოს მთლიანი პროდუქტი	აშშ \$41 ტრილიონი
GWP ერთ სულ მოსახლეზე	აშშ \$6418

წყარო: <http://esa.un.org/unpp/p2kodata.asp>

2.4. ჯანმრთელობის ძირითადი დეტარმინანტები

ჯანმრთელობის ცნება არ არის ერთმნიშვნელოვანი, იგი კრებითი ხასიათისაა და მრავალ მიმან-თვისებათა ერთობლიობით გამოიხატება. ადამიანის ჯანმრთელობა მჭიდროდაა დამოკიდებული შემდეგ ფაქტორებზე:

† **სოციალურ-ეკონომიკური და პოლიტიკური** (საცხოვრებელი, შრომის პირობები, შემოსავალი და სხვ.);

† **ბიოლოგიური და ფსიქოლოგიური** (მემკვიდრეობა, სხეულის აგებულების ტიპი, ტემპერამენტი, ასაკი, სქესი, სხეულის წონა, გენეტიკური თავისებურებები);

† **ფიზიკური გარემო** (ადგილმდებარეობა, ფლორა, ფაუნა, კლიმატი, ჰაერი, წყალი, ნიადაგი და სხვ.);

† **ცხოვრების წესი;**

† **ჯანდაცვის სისტემა.**

მნიშვნელოვანია, თუ რა კავშირი არსებობს ისეთ ფაქტორებს შორის, როგორცაა: შემოსავლის დონე, განათლება, სოციალური მდგომარეობა, გარემო პირობები, კულტურა, ცხოვრების წესი, ჯანმრთელობა.

ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე ან დაავადებაზე მოქმედ უმთავრეს ეფექტურ ფაქტორებს წარმოადგენენ არა სამედიცინო დახმარება ან შესაბამისად ჯანდაცვის სისტემის ზემოქმედება არამედ ცხოვრების წესისა და სოციალურ-ეკონომიკური პირობების გავლენა ადამიანის ჯანმ-

რთელობაზე (50-55 %), გარემოს გავლენა (20-25 %), ბიოლოგიური და ფსიქოლოგიური ფაქტორები (5-20 %), ხოლო ჯანდაცვის სისტემის წილი მხოლოდ 8-10 %-ს შეადგენს⁴.

ცხრილი 2: ჯანმრთელობის განმსაზღვრელი ძირითადი დეტერმინანტები

ძირითადი ფაქტორები	ცალკეული დაავადებები	ხვედრითი წილი			
		ცხოვრების წესი	გარემო	ბიოლოგიურ-ფსიქოლოგიური	ჯანდაცვის სისტემა
ცხოვრების წესი 50-55 %	გულის იშემიური დაავადებები	60	12	18	10
	ცერებროვასკულარული დაავადებები	65	13	17	5
გარემო 20-25 %	გულსისხლძარღვთა სისტემის სხვა დაავადებები	40	17	35	8
	სიმსივნეები	45	19	26	10
ბიოლოგიურ-ფსიქოლოგიური 5-20 %	დიაბეტი	35	2	35	10
	პნევმონია	19	43	18	20
ჯანდაცვის სისტემა 8-10 %	ფილტვების ემფიზემა, ბრონქიალური ასთმა	35	40	15	10
	ღვიძლის ციროზი	70	9	18	3
	ტრაუმები	65	27	3	5
	სხვა უბედური შემთხვევები	55	30	5	10
	თვითმკვლელობები	55	15	25	5

წყარო: ჯანდაცვის ეკონომიკა და მართვა. ი. პ. ლისიციანის რედაქციით. მოსკოვი. 1993 წ.

ჯანმრთელობის კაპიტალის ცნება გამომდინარეობს გ. ბეკერის (G. S. Becker) ადამიანური კაპიტალის კონცეფციიდან, რომელიც წარმოგვიდგენს ხარისხობრივ ასპექტებს შრომის ეკონომიკურ კონცეფციაში⁵. ადამიანური კაპიტალი დამოკიდებულია როგორც პროფესიულ ჩვევებზე, ასევე ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ადამიანური კაპიტალის იდეა განვითარებულ იქნა მ. გროსმანის (M. Grossman) მიერ 1970-იან წლებში⁶, და იგი წარმოდგენილ იქნა როგორც ინდივიდუალური, ასევე კოლექტიური ინვესტიციის სახით, რადგანაც **ჯანმრთელობას შედეგის და მოვების სარგებელი აქვს როგორც ადამიანისათვის, ასევე საზოგადოებისათვის და უფრო დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ვიდრე თანამედროვე დროს მოხმარებულ სხვა საქონელს და სერვისებს**. ადამიანებში და საზოგადოებაში განხორციელებული ინვესტიცია წარმოადგენს შენატანს ჯანმრთელობის კაპიტალისათვის, ხოლო მისი შედეგია მოხმარება.

განსხვავებული შემოსაულები, აგრეთვე განათლებისა და დასაქმების ხელმისაწვდომობა მჭიდროდ არის დაკავშირებული სხვადასხვა ქვეყნებში და სოციალურ-ეკონომიკურ ჯგუფებში

ჯანმრთელობისა და ცხოვრების ხარისხის სხვადასხვაობასთან. მხოლოდ სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა არ წარმოადგენს ჯანმრთელობის დეტერმინანტს. ადამიანის ჯანმრთელობის სტატუსი დამოკიდებულია ჯანდაცვის დეტერმინანტებს, ცხოვრების შემთხვევებსა და ინდივიდუალურ არჩევნებს შორის ურთიერქმედებაზე. ღარიბი არსებობა ნიშნავს რომ როდესაც დადგება არჩევანის გაკეთების ან სტრესული შემთხვევები ადამიანები არახელსაყრელ მდგომარეობაში ვარდებიან.

ჯანმრთელობა ძლიერ სენსიტიურია სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობაზე. მთავარ დეტერმინანტულ ფაქტორებს განეკუთვნება შემოსავალი, განათლება, დასაქმება. ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის საჭიროა ყველა სექტორის ხელშეწყობა, ანუ მულტისექტორალური ქმედებები.



განათლება. ჯანმრთელობის ერთ-ერთ მთავარ დეტერმინანტს წარმოადგენს განათლება. განათლებას პოზიტიური გავლენა აქვს ჯანმრთელობაზე, რადგანაც იგი **აუმჯობესებს ჯანმრთელობის გამოსავალს, ადამიანებს საშუალებას აძლევს გაიგონ, შეაფასონ და გამოიყენონ ფაქტები.**

ეკონომიკის დარგში ნობელის პრემიის ლაურეატის (1998 წ.) ამერტუა სენის მიხედვით, ინდივიდუალური უნარების შეზღუდვას შესაძლოა ახლო კავშირი ჰქონდეს დაბალ შემოსავლებთან:† დაბალი შემოსავლები შესაძლოა იყოს დაბალი განათლების და ავადობის მთავარი მიზეზი;

† კარგი განათლება და ჯანმრთელობა ხელს უწყობს მაღალი შემოსავლების გამომუშავებას.

კვლევები ადასტურებენ, რომ 65 წელზე მეტი ასაკის ადამიანებს, რომელთაც გააჩნიათ 12 წლიანი განათება, სიცოცხლის ხანგრძლივობა დაახლოებით სამჯერ მეტია, ვიდრე ადამიანებს, რომელთაც 12 წელზე ნაკლები განათლება აქვთ (Guralnik et al. 1993). სწავლების ერთი დამატებითი წელი 10 წლის პერიოდის შიგნით სიკვდილობის შესაძლებლობას 3,6 %-ით ამცირებს (Lieras-Muney, 2001).

მშობლების განათლების დაბალი დონე უარყოფითად მოქმედებს ბავშვთა ჯანმრთელობაზე. კერძოდ, დედის განათლების დაბალი დონის დროს იზრდება ახალშობილთა სიკვდილობის მაჩვენებელი (Corman and Grossman, 1985). მამის განათლებაც პოზიტიურად მოქმედებს ბავშვების ჯანმრთელობაზე (Case, Lubotsky, and Paxson, 2002).

კვლევები ადასტურებენ, რომ დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ჯანმრთელობის მდგომარეობის უმთავრეს დეტერმინანტს წარმოადგენს ქალთა სტატუსი, მათი განათლების დონე, რადგან ქალს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ოჯახის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაში. იმ ქვეყნებში, სადაც ქალთა მეტი ნაწილი წერა-კითხვის უცოდინარია და არანაირი განათლება არ მიუღია სკოლაში, მათთვის ძნელია იმის გაგება, თუ რა მნიშვნელობა აქვს წყლის სტერილიზაციას, სრულფასოვან კვებას, ან ბავშვთა ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლის პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს⁸. ნიგერიაში 2-დან 6 წლამდე ასაკის ბავშვთა 43 %-ის წონა ნორმაზე ნაკლებია, კენიაში – 32%; ინდოეთში 65% (შედარებისათვის მექსიკაში 22%; იაპონიაში – 4%; ა.შ.შ.-ში – 2%)⁸.

დედის განათლების ყოველი დამატებითი წელი განვითარებად სამყაროში ამცირებს 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილობას 5-10%-ით. დედათა განათლებით აიხსნება ინდოეთის 5 შტატში ბავშვთა სიკვდილოანობის 80%-ით შემცირება 1983-1999 წლებში. აფრიკაში 5 წლიანი დაწყებითი განათლების მქონე დედების ბავშვებიდან სავარაუდოდ 40%-ით მეტი ცოცხლობს 5 წლამდე. ქალებს, რომლებმაც ისწავლეს სკოლაში, უფრო ნაკლები ალბათობა აქვთ, რომ დაიღუპონ მშობიარობის დროს. გლობალურად, განათლებული დედების ბავშვები 50%-ით მეტია აცრილი ვიდრე განათლების არმქონე დედების ბავშვები. საშუალო განათლების მქონე ქალების პროპორციის გაორმაგებამ შეამცირა საშუალო ფერტილობის მაშვენებელი 5,3 დან 3,9-მდე.

სამედიცინო მომსახურების მოხმარება. მოზრდილი ასაკის ადამიანების ჯანმრთელობაზე სამედიცინო მომსახურების მოხმარების გავლენა პოზიტიურია, მაგრამ შედარებით მცირეს წარმოადგენს. ერთ სულზე დანახარჯების 10 %-ით გაზრდა სიკვდილობის მაჩვენებლის 1,5 %-ით შემცირებას განაპირობებს (Hadley (1982).

ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით, ნეონატალური ინტენსიური სამედიცინო მომსახურების არსებობა 1000 ცოცხალშობილზე 0,631-ით ამცირებს ნეონატალური სიკვდილობის მაჩვენებელს (Corman and Grossman (1985). ბავშვთა სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო პროგრამის არსებობა ამცირებს ბავშვთა სიკვდილობის მაჩვენებელს.

ცხოვრების წესთან მიმართებაში რისკიანი ქცევა ნეგატიურ გავლენას ახდენს ჯანმრთელობაზე. ასეთ რისკიან ქცევებს განეკუთვნებიან:

- † თამბაქოს მოხმარება;
- † ალკოჰოლის ხშირი მოხმარება;
- † ნაკლები ფიზიკური აქტივობა;
- † ღარიბი დიეტა.

აღნიშნულ რისკიან ქცევებსა და სამედიცინო მომსახურების მოხმარებას შორის პოზიტიური კორელაცია არსებობს (Strum, 2002). ცხოვრების ჯანსაღი წესი ზრდის როგორც პიროვნების ჯანმრთელობის მდგომარეობას, ასევე სამედიცინო მომსახურების მარგინალურ პროდუქტიულობას.

ოჯახური მდგომარეობა ზეგავლენას ახდენს მოზრდილთა ჯანმრთელობაზე. კერძოდ, დაოჯახებულ მოზრდილებს ჯანმრთელობის შედარებით უკეთესი მდგომარეობა აქვთ, ვიდრე მართლებს. მეუღლე დადებით გავლენას ახდენს ჯანმრთელობაზე. ქორწინებამ შესაძლოა გააძლიეროს რისკიან ქცევებზე უარყოფითი განწყობა.

გარემო ფაქტორების თვალსაზრისით, მისი გავლენის 1 %-ით შემცირებისას ბავშვთა სიკვდილობა 0,35 %-ით მცირდება (Chay and Greenstone (2003). 1990-იან წლებში კალიფორნიაში კარბონის მონოქსიდის შემცირებამ დაახლოებით 1000 ახალშობილთა გადარჩენა განაპირობა.

მშობელთა ჯანმრთელობის თვალსაზრისით, რაც უფრო ჯანმრთელია მშობელი მით უფრო იზრდება ბავშვის ჯანმრთელობის სტატუსი (Case et al. (2002).

შემოსავლებს პოზიტიური გავლენა აქვს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. შემოსავლების ზრდა აუმჯობესებს როგორც ფიზიკურ, ასევე ფსიქიკურ ჯანმრთელობას (Ettner, 1996). მაღალი შემოსავალი ბევრი სამედიცინო მომსახურების მოხმარების შესაძლებლობას იძლევა. მაღალშემოსავლიანი ადამიანი უფრო განათლებულია, უფრო მეტად მისდევს ცხოვრების ჯანსაღ წესს, ცხოვრობს უფრო დაცულ გარემოში.

ოჯახის შემოსავლების მაღალი დონე პოზიტიურ გავლენას ახდენს ბავშვთა ჯანმრთელობაზე. სიღარიბე ზრდის ნეონატალური სიკვდილობის მაჩვენებელს (Corman and Grossman, 1985). ოჯახის შემოსავლების გაორმაგებით 3 წლამდე ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობა 4 %-ით უმჯობესდება (Case et al. 2002).

ცხრილი 3: საქართველოს მოსახლეობის სიკვდილიანობის სტრუქტურა დაავადებათა ძირითადი კლასების მიხედვით (100000 სულ მოსახლეზე)

დაავადებები	სიკვდილობის მაჩვენებელი
1 სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	707.9
2 სიმსივნეები	128.3
3 სასუნთქი ორგანოების დაავადებები	92.8
4 სიმპტომები, ნიშნები და ნორმიდან გადახრები	53.9
5 ტრავმები, მოწამვლები	44.5
6 საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაავადებები	39.7
7 პერინატალურ პერიოდში წარმომშობილი ცალკეული მდგომარეობები	20.0
8 ენდოკრინული სისტემის, კვების მოშლილობის და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის დაავადებები	19.8
9 შარდსასქესო სისტემის დაავადებები	9,5
10 ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები	9.3
11 ნერვული სისტემის დაავადებები	4.0
12 თანდაყოლილი ანომალიები, დეფორმაციები და ქრომოსომული დარ.	1.5
13 ფსიქიური და ქცევითი აშლილობები	11
14 სისხლისა და სისხლმზად ორგანოთა დაავადებები, იმუნური მექანიზმის ჩათრევით მიმდინარე ცალკეული დარღ.	0.7
15 ორსულობა, მშობიარობა და ლოგინობის ხანის გართ.	0.5
16 მვალკუნთოვანი სისტემისა და შემაერთებელ ქსოვ. დაავ.	0.4
17 კანისა და კანქვეშა უჯრედის დაავადებები	0.1

წყარო: ჯანმრთელობის დაცვა, საქართველო, 2004, სტატისტიკური ცნობარი

2.5. სიღარიბე, კაჟშირები ჯანმრთელობასა და სიღარიბეს შორის

სიღარიბე წარმოადგენს ინდივიდის ან სოციალური ჯგუფის ეკონომიკურ მახასიათებელს, რომლის დროსაც მათ არ შეუძლიათ აუცილებელი მინიმუმით საკუთარი თავის უზრუნველყოფა. სიღარიბე წარმოადგენს ფარდობით ცნებას და დამოკიდებულია მოცემულ საზოგადოებაში ცხოვრების დონის საერთო სტანდარტზე.

მსოფლიო პრაქტიკაში **სიღარიბის განსაზღვრის სამი მთავარი კონცეფცია** არსებობს:

† **სიღარიბის აბსოლუტური კონცეფცია;**

† **სიღარიბის ფარდობითი კონცეფცია;**

† **სიღარიბის სუბიექტური კონცეფცია.**

სიღარიბის აბსოლუტური კონცეფცია ეფუძნება ძირითადი მოთხოვნილებების მინიმალურ ჩამონათვალს (საარსებო მინიმუმი) და მათი დაკმაყოფილებისათვის საჭირო რესურსების მოცულობის დადგენას. სიღარიბის აბსოლუტური კონცეფცია XIX ს-ის ბოლოს და XX ს-ის დასაწყისში წარმოიშვა. სიღარიბის აბსოლუტური კონცეფციის შესასწავლად საჭიროა ორი ამოცანის გადაწყვეტა:

† ისეთი მაჩვენებლის შემუშავება, რომელიც შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს სიღარიბის საზღვრად;

† სიღარიბის ზღვართან შესადარებელი მაჩვენებლების სისტემის დადგენა;

სიღარიბის ფარდობითი კონცეფცია ეფუძნება კეთილდღეობის მაჩვენებლების შეფარდებას მატერიალური უზრუნველყოფის დონესთან კონკრეტულ ქვეყანაში. სიღარიბის ფარდობითი კონცეფციის ფუძემდებლად ითვლება პ. თაუნსენდი, რომელიც სიღარიბეს განიხილავდა როგორც მდგომარეობას, რომლის დროსაც ეკონომიკური რესურსების ნაკლებობის გამო მოცემული საზოგადოების უმეტესი წევრებისათვის ჩვეული ცხოვრების წესის განხორციელება შეუძლებელს წარმოადგენს. სიღარიბის მისეული ანალიზი ეფუძნებოდა მრავალგანზომილებიან დეპრივაციას, რომელსაც იგი განიხილავდა როგორც ინდივიდის, ოჯახის ან ჯგუფის არახელსაყრელ მდგომარეობას საზოგადოების ან საერთოდ ქვეყნის ფონზე. მრავალგანზომილებიანი დეპრივაციის არსი მდგომარეობს იმაში, რომ მატერიალურ დეპრივაციასთან ერთად, რომელიც მოიცავს ისეთ მაჩვენებლებს, როგორიცაა კვება, ტანსაცმელი, საცხოვრებელი პირობები, ხანგრძლივი მოხმარების საგნები, საცხოვრებელი გარემოს ადგილმდებარეობა და მდგომარეობა, შრომის პირობები და ხასიათი, იყენებდა სოციალური დეპრივაციის მაჩვენებლებს, რომელიც მოიცავს დასაქმების ხასიათს, განათლებას, დასვენების პირობებს და ა. შ. თანამედროვე დროს ამ თვალსაზრისით სიღარიბის დადგენის ორი მიმართულება არსებობს:

პირველ შემთხვევაში ძირითადი ყურადღება ექცევა არსებობის საშუალებებს, ძირითადი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებისათვის აუცილებელი საქონლის მყიდველუნარიანობას. ამ შემთხვევაში სიღარიბის ფარდობითი ზღვარის კონსტრუირებისათვის გამოიყენება მედიანური, საკუთარი შემოსავლის მაჩვენებელი. ა.შ.შ-ში სიღარიბის ფარდობითი ზღვარი შეესაბამება მედიანური შემოსავლის 40 %-ს, ევროპის ბევრ ქვეყნებში – 50 %-ს, სკანდინავიაში – 60 %-ს.

მეორე მიმართულების დროს, რომელსაც სიღარიბის სამოქალაქო-სამართლებრივ თეორიას უწოდებენ, სიღარიბის გაზომვა ხორციელდება აღკვეთის მეშვეობით, ამ სიტყვის ფართო მნიშვნელობით. ამ დროს განიხილავენ, არსებული საშუალებები შესაძლებლობას იძლევა თუ არა საზოგადოების ცხოვრებაში სრულყოფილი მონაწილეობის.

ფარდობითი სიღარიბის მასშტაბები არ ემთხვევა აბსოლუტური სიღარიბის მასშტაბებს. აბსოლუტური სიღარიბე შესაძლებელია ლიკვიდირებულ იქნეს, მაგრამ ფარდობითი სიღარიბეებე ყოველთვის იქნება შენარჩუნებული, იმის გამო რომ უთანასწორობა წარმოადგენს სტრატეგიციზირებული საზოგადოებების აუცილებელ ატრიბუტს. ფარდობითი სიღარიბე შეიძლება გაიზარდოს, როდესაც ყველა სოციალური ჯგუფის ცხოვრების სტანდარტები იზრდება.

სოციალური სახელმწიფოების წარმოქმნის შემდეგ დასავლეთ ქვეყნების მოსახლეობის ღარიბი ქვეყნები გასული საუკუნის ღარიბებთან შედარებით უკეთ ცხოვრობენ. ღარიბი ფენების სოციალური შემადგენლობა დროთა განმავლობაში იცვლებოდა, მაგალითად დიდ ბრიტანეთში 1970-იან 1980-იან წლებში მათ განეკუთვნებოდნენ პენსიონერები და მარტოხელა მშობლები, ხოლო 1990-იან წლებში – მრავალშვილიანი ოჯახები. სიღარიბის დასადგენად მხოლოდ ერთი პარამეტრის (შემოსავლის) გამოყენება ხშირად პარადოქსულ მდგომარეობებს განაპირობებს. მაგალითად, პენსიონერები, რომლებიც ფლობენ უძრავ ქონებას (მაგ., სახლს, მიწის ნაკვეთს) შესაძლებელია მოხვდნენ ღარიბთა კატეგორიაში. დღეს სამრეწველო პროდუქციის ღირებულება ძალიან დაბალია, რის გამოც ღარიბებს შეუძლიათ შეიძინონ ისეთი საქონელი, როგორცაა ტელევიზორი, კომპიუტერი ან მობილური ტელეფონი, მაშინ როდესაც მომსახურების ღირებულება და საცხოვრებელზე იჯარის გადასახადები ძალიან მაღალია.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სოციოლოგები სიღარიბის მთელ რიგ ალტერნატიულ განსაზღვრებებს განიხილავენ, რომელთა შორის ყველაზე გავრცელებულს წარმოადგენს: შექმნის უუნარობა ან მომსახურების ბაზისურ კალათაზე ხელმიუწვდომლობა. ბაზისურ კალათაში შემავალი მომსახურებების ჩამონათვალი სხვადასხვაა, მაგალითად, ა.შ.შ-თვის იგი მოიცავს სამედიცინო დაზღვევას, ხოლო დიდ ბრიტანეთში, სადაც სამედიცინო მომსახურებას უზრუნველყოფს სახელმწიფო - საბანკო ანგარიშის ქონას.

სიღარიბის სუბიექტური კონცეფცია ეფუძნება თვით გამოკითხულთა მიერ ჩატარებულ მატერიალური მდგომარეობის და ცხოვრების დონის შეფასებებს.

სიღარიბის ძირითადი მაჩვენებლები გამოითვლება ფორმულით, რომელიც შემუშავებულ იქნა ჯეიმს ფოსტერის (James Foster), ჯოელ გრიერის (Joel Greer) და ერიკ ტორბეკის (Erik Thorbecke) მიერ¹³:

$$P_a = \frac{1}{H} \sum_{h=1}^q \left(\frac{Z_h - Y_h}{Z_h} \right)^a$$

სადაც P – სიღარიბის საერთო მაჩვენებელი; a - პარამეტრი, რომელიც გვიჩვენებს, თუ სიღარიბის რომელ მაჩვენებელზეა ლაპარაკი; Z_h - ცალკეული შინამეურნეობის სიღარიბის ზღვარი, რომელიც დამოკიდებულია მის შემადგენლობაზე; Y_h - ცალკეული შინამეურნეობის სიღარიბის დონე; q - ღარიბი შინამეურნეობების რაოდენობა.

ფოსტერ-გრიერ-ტორბეკის ფორმულის მიხედვით განისაზღვრება სიღარიბის ძირითადი მაჩვენებლები:

- † სიღარიბის კოეფიციენტი;
- † სიღარიბის დონე;
- † სიღარიბის სიღრმის ინდექსი;
- † სიღარიბის სიმწვაის ინდექსი.

სიღარიბის კოეფიციენტი (ღარიბი შინამეურნეობების წილი შინამეურნეობათა საერთო რაოდენობაში):

$$P_0 = \frac{1}{H} \sum_{h=1}^q \left(\frac{Z_h - Y_h}{Z_h} \right)^0$$

სიღარიბის დონე (ღარიბი შინამეურნეობების პროცენტი შინამეურნეობათა საერთო რაოდენობაში):

$$P_0 = \frac{1}{H} \sum_{h=1}^q \left(\frac{Z_h - Y_h}{Z_h} \right)^0 \times 100\%$$

სიღარიბის სიღრმის ინდექსი:

$$P_1 = \frac{1}{H} \sum_{h=1}^q \left(\frac{Z_h - Y_h}{Z_h} \right)^1$$

სიღარიბის სიმწვავის ინდექსი:

$$P_2 = \frac{1}{H} \sum_{h=1}^q \left(\frac{Z_h - Y_h}{Z_h} \right)^2$$

დიდი ხნის წინ აღიარებულ იქნა კავშირი ადამიანის ჯანმრთელობასა და მის სოციალურ-ეკონომიკურ სტატუსს შორის. მდიდარ ქვეყნებთან შედარებით მცირე-შემოსავლიანი ქვეყნებისთვის დამახასიათებელია ჯანმრთელობის დაბალი მაჩვენებლები. მისი მიზეზები კომპლექსურია (ჯანდაცვის მართვისა და ორგანიზაციის დაბალი დონე, არასრულფასოვანი კვება, პოლიტიკური არასტაბილურობა, განათლების დაბალი დონე, ჯანმრთელობის სისტემების მისაწვდომობა...). მიზეზობრივი ურთიერთობა არის ორივე მიმართულებაში: სიღარიბე წარმოშობს ავადმყოფობას, და ავადმყოფობა აღარბეებს ხალხს.

განვითარებად მსოფლიოში ღარიბ ბავშვებში უფრო მაღალია სიკვდილიანობა, ვიდრე მდიდარ ბავშვებში. ამავე დროს, მიხედვად იმისა, რომ საშუალო შემოსავალი ვიეტნამში ბევრად უფრო დაბალია, ვიდრე პერუსა და თურქეთში, ვიეტნამს 5 კოეფიციენტით დაბალი სიკვდილიანობა აქვს.

სხვადასხვა ქვეყნებში სიღარიბის აღმოფხვრის პროგრამების უმთავრეს შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს ჯანმრთელობის გაუმჯობესება. ჯანმრთელი მოსახლეობა ეკონომიკურად უფრო პროდუქტიულია, ვიდრე არაჯანმრთელი. სიღარიბესა და ავადმყოფობას შორის ორმხრივად გაძლიერებული კავშირების გამო, ინვესტიციები მოსახლეობის ღარიბი სემენტების ჯანმრთელობის გამჯობესებაში შესაძლოა მომგებიანი და ეფექტური აღმოჩნდეს, ვიდრე სხვა სექტორებში.

სიღარიბის აღმოფხვრის გლობალური ინიციატივები შეიძლება დაიყოს ორ ჯგუფად:

ინიციატივები, რომლებიც დაკავშირებულია სიღარიბესთან დაკავშირებული დაავადებების კონტროლის პროგრამების გაზრდასთან - მალარიის (RBM), იმუნისაციისა და ვაქცინაციის საერთაშორისო ალიანსის (GAVI), TB შეჩერების (STB) პროგრამები, შიდსის, ტუბერკულოზის და მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლის მსოფლიო ფონდი (GFATM) და ა. შ. აღნიშნული პროგრამები მიმართულია ისეთ დაავადებებზე, რომლებიც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ მცირე-შემოსავლიან ქვეყნების ღარიბ მოსახლეობაზე.

ინიციატივები, რომლებიც მიმართულია საერთო ეროვნულ განვითარებასა და სიღარიბის აღმოფხვრაზე, ჯანმრთელობის მნიშვნელოვან კომპონენტებთან ერთად. ამ ინიციატივების მიხედვით,

ჯანდაცვის სექტორში ფოკუსირება ხდება სიღარიბესთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის შედეგებზე, ხოლო სხვა სექტორები მიმართულნი არიან სიღარიბის სხვა ასპექტებისკენ.

ჯანმრთელობის მდგომარეობა და ავადმყოფობის რისკი სიღარიბის ძირითადი საზომებია. ღარიბი მოსახლეობის შემოსავლების გაზრდა მათი ჯანმრთელობის გაუმჯობესების გარეშე შესაძლოა საკმარისი არ აღმოჩნდეს სიღარიბის აღმოფხვრისთვის. ჯანმრთელობა საჭიროა სკოლაში სწავლის მისაღებად, დაწესებულებაში მუშაობისათვის. ღარიბთათვის მას განსაკუთრებით გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება. ოჯახში ავადმყოფობას ან სიკვდილს ან ზედმეტად მაღალ ნაყოფიერებას შესაძლოა არსებითი გავლენა ჰქონდეს ოჯახის შემოსავალზე და შესაძლოა განსხვავება მოახდინოს ადამიანისა და სიღარიბის კავშირს შორის. შემოსავლის დანაკარგის გარდა, ცუდი ჯანმრთელობის გამო ოჯახები ასევე დგანან სამედიცინო მკურნალობის ხშირი ფინანსური ხარჯების წინაშე, რომელიც საჭიროა ჯანმრთელობის აღდგენისთვის.

2.6. ჯანდაცვა როგორც ეკონომიკური კატეგორია

ჯანდაცვა არამართო სოციალურ-ჰუმანური კატეგორიაა, არამედ უპირველეს ყოვლისა ეკონომიკურ კატეგორიას წარმოადგენს და აქედან გამომდინარე, ის საზოგადოებრივი სიმდიდრის შედეგი კი არაა, არამედ თავადაა საზოგადოებრივი დოვლათის ზრდის წყარო².

მოსახლეობის ჯანმრთელობას დიდი წვლილი შეაქვს ქვეყნის ეკონომიკურ ზრდაში, ჯანმრთელობა წარმოადგენს ეკონომიკური აღმავლობის ძირითად რესურსს, რის გამოც ჯანმრთელობის გაუმჯობესება ეკონომიკური განვითარების ერთ-ერთი ფუნდამენტური მიზანია. **ჯანმრთელობაზე გაწეული დანახარჯები წარმოადგენს გაცილებით უფრო შედეგიან ინვესტიციას, ვიდრე ზოგადად მოხმარებაზე გაწეული ხარჯები.**

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით (1977 წ.) ჯანმრთელობა სოციალურად და ეკონომიკურად პროდუქტიული ცხოვრების საშუალებას იძლევა. განვითარების მსოფლიო ბანკის მიხედვით³, ჯანდაცვაზე ასიგნებების ეკონომიკურ საფუძვლიანობას წარმოადგენს შემდეგი გარემოებები:

- † ჯანმრთელობა წარმოადგენს კეთილდღეობის უმთავრეს ელემენტს;
- † ჯანდაცვაზე ხარჯები შეიძლება გამართლებულ იქნეს წმინდა ეკონომიკური მოსაზრებებით;
- † მოსახლეობის ჯანმრთელობა განაპირობებს ეკონომიკურ ზრდას:
 - † მცირდება ადამიანთა ავადმყოფობის გამო დროის პროდუქტიულობის დანაკარგები;
 - † შესაძლებელი ხდება ბუნებრივი რესურსების გამოყენება, რომლებიც ადრე პრაქტიკულად მიუწვდომელი იყო ავადმყოფობის შედეგად;
 - † იზრდება ბავშვთა დასწრება სკოლებში და შესაბამისად ბავშვთა განათლების დონე;
 - † შესაძლებელი ხდება რესურსების გამონათვისუფლება, რომლებიც ადრე იხარჯებოდა მკურნალობაზე.
- † ჯანდაცვის სწორი პოლიტიკა ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას განაპირობებს.

ჯანმრთელობის დაცვა უშუალო საწარმოო ფაქტორია, რომელიც მონაწილეობს ეკონომიკური ურთიერთობების ყველა და მათ შორის უპირველეს – საწარმოო სტადიაში. აქვე აღსანიშნავია, რომ საქართველოში ჯერ კიდევ ცოცხლობს საბჭოთა პერიოდში არსებული მარქსისტული დოგმატიზმის გადმონაშთი, საწარმოო და არასაწარმოო დარგებზე². საბჭოთა პერიოდში ადვილად არ იყო დასანახი ჯანდაცვის დარგის ფუნქციონირების

მაკროეკონომიკური შედეგი, რის გამოც მას უბრალოდ არასაწარმოო სფერო დაარქვეს და აღიარეს რომ ის არ ქმნის ღირებულებას². აქედან წარმოიშვა ის მანკიერი ფორმები, რომელთა დანგრევაც ჯანდაცვის სისტემის რეფორმებმა დააჩქარა².

2.7. ჯანდაცვის ეკონომიკის ისტორია

თანამედროვე ეკონომიკურ მეცნიერებას საფუძველი ჩაეყარა მე-18 საუკუნის ბოლოს შოტლანდიელი პოლიტიკური ეკონომისტის და ფილოსოფოსის **ადამ სმიტის (1723-1790 წწ.)** მიერ, რომელმაც შექმნა **კლასიკური ეკონომიკური სკოლა**. თავის ცნობილ ნაშრომში “ერთა სიმდიდრე”, რომელიც 1776 წელს გამოვიდა, ადამ სმიტმა მოახდინა ეკონომიკური კონცეფციების ანალიზი, რითაც დაიმკვიდრა “ეკონომიკის მამამთავრის” სახელი. სმიტის მეცნიერული თეორიის საფუძველს წარმოადგენდა ადამიანის ქცევაზე სამი მხრიდან შეხედვა:

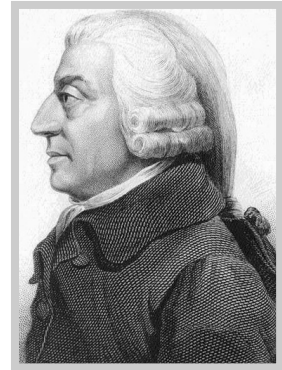
- † მორალის და ზნეობრიობის პოზიციებიდან;
- † სამოქალაქო და სახელმწიფო პოზიციებიდან;
- † ეკონომიკური პოზიციებიდან.

მისი მოძღვრების მთავარი ლაიტმოტივი იყო ლიბერალიზმის, ეკონომიკაში სახელმწიფოს მხოლოდ მინიმალური ჩარევის, მიწოდებამოთხოვნის კანონის შესაბამისად ჩამოყალიბებული თავისუფალი ფასების საფუძველზე საბაზრო თვითრეგულირების იდეა. ამ ეკონომიკურ რეგულატორებს იგი “უჩინარ ხელს” უწოდებდა. საბაზრო ეკონომიკის პირობებში ადამიანების ქცევას ადამ სმიტი ასე ხსნიდა:

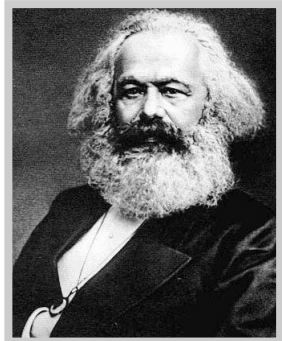
“ადამიანს მუდმივად სჭირდება თანამომქმეთა დახმარება, მაგრამ მოლოდინი, რომ ისინი მხოლოდ დიდსულოვნების გამო დაეხმარებიან, უსაფუძვლოა. ადამიანი დახმარებას მაშინ უფრო მიიღებს, როდესაც შეძლებს სხვების დარწმუნებას იმაში, რომ ეს დახმარება მათთვისაც მნიშვნელოვანია. ჩვენი სადილი ყასბის, მეფუნთუშისა და სირაჯის დიდსულოვნების კი არა, იმის შედეგია, რომ ისინი საკუთარ ინტერესებს სცემენ პატივს. ცალკეული პირი ნაკლებად ფიქრობს საზოგადოებრივ ინტერესებზე და იმაზე, თუ თავად რა წილი მიუძღვის მათ დაცვაში. ის მხოლოდ საკუთარ ინტერესს ემსახურება, მაგრამ “უხილავი ხელი” მის მოქმედებას ისე წარმართავს, რომ საბოლოო ჯამში მისი ქმედება საზოგადოებისთვისაც სასარგებლოა, თუმცა ეს სულაც არ შედიოდა თავად ამ პირის მიზნებში. ხშირად ასე გაუცნობიერებლად მოტანილი სარგებლობა უფრო დიდია, ვიდრე ის, რომელსაც ეს პირი საზოგადოებას მოუტანდა”⁷.

ადამ სმიტის აზრით, ეკონომიკის მონაწილეები მოტივირებულნი არიან პირადი ინტერესებით, მაგრამ ბაზარზე მოქმედი “უხილავი ხელი” მათ მოქმედებებს საზოგადოებისათვის სასარგებლოდ წარმართავს.

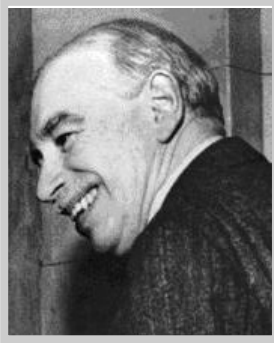
მე-19 საუკუნეში **კარლ მარქსმა (1818-1883 წწ.)** მოახდინა ეკონომიკური აზროვნების სხვადასხვა სკოლების, შრომების (მათ შორის ადამ სმიტის) სინთეზი. მარქსმა ჰეგელის სისტემურ მიდგომაზე



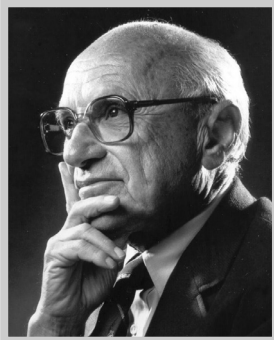
ადამ სმიტი



კარლ მარქსი



ჯონ მეინარდ კეინსი



მილტონ ფრიდმანი

დაყრდნობით შექმნა ნაშრომი “კაპიტალი” და მოძღვრება **მარქსიზმი**. მე-19-20 საუკუნეებში ეს ნაშრომი სოციალისტური ეკონომიკის იდეოლოგიურ საფუძველს წარმოადგენდა. მარქსისტულმა მოძღვრებამ კრაზი განიცადა, რადგან როგორც მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში არსებული მდგომარეობა მოწმობს, საკუთრების მრავალგორმიანობაზე დამყარებული რეგულირებადი საბაზრო ეკონომიკა გაცილებით სიცოცხლისუნარიანი და მოქნილი სისტემა გამოდგა¹. ვერც მარქსის ცენტრალურ-დირექტიულ დაგეგმვაზე დაფუძნებულმა, მეურნეობის სოციალისტურმა სისტემამ გაამართლა.

XIX ს-ის დასასრულს და XX ს-ის დასაწყისში ჩამოყალიბდა **ნეოკლასიკური სკოლა**. მისი წარმომადგენლები იყვნენ კ. მენგერი, ფ. ვიზერი, ე. ბემ-ბავერკი (ავსტრიული სკოლა), უ. ჯევონსი და ლ. ვალრასი (მათემატიკური სკოლა), ჯ. ბ. კლარკი (ამერიკული სკოლა), ა. მარშალი და ა. პიგუ (კემბრიჯის სკოლა). ნეოკლასიკური სკოლა კრიტიკულად უდგებოდა კ. მარქსის ეკონომიკურ თეორიას და ქადაგებდა თავისუფალი კონკურენციის პროგრესულობას. მათ შეიმუშავეს ზღვრული სარგებლობის თეორია, ზღვრული წარმოების თეორია. საერთო ეკონომიკური წონასწორობის თეორიის მიხედვით თავისუფალი კონკურენციის და საბაზრო ფასწარმოქმნის მექანიზმები უზრუნველყოფს შემოსავლების სამართლიან განაწილებას და ეკონომიკური რესურსების სრულ გამოყენებას. კეთილდღეობის ეკონომიკური თეორიის პრინციპები დაედო საფუძვლად თანამედროვე სახელმწიფო ფინანსების თეორიას. ნეოკლასიკური სკოლის იდეები დომინირებდა XX საუკუნის 30-იან წლებამდე.

30-იანი წლებიდან ეკონომიკური თეორიის განვითარებაში სრულიად ახალი ეტაპი დაკავშირებულია ბრიტანელი ეკონომისტის **ჯონ მეინარდ კეინსის** (John Maynard Keynes - 1883-1946 წწ.) სახელთან. მან შეიმუშავა ეკონომიკის სახელმწიფო რეგულირების თეორია, რომლის საფუძველზე იგი აღიარეს “კაპიტალიზმის მხსნელად”, “თანამედროვე მაკროეკონომიკის მამამთავრად”, ხოლო მისი თეორია “პოლიტიკურ ეკონომიაში კეინსიანურ რევოლუციად”¹. ჯონ კეინსი ქადაგებდა ინტერვენციულ სამთავრობო პოლიტიკას, რომლითაც მთავრობას ფისკალური და მონეტარული ზომების გამოყენებით ეკონომიკური ვარდნის, დეპრესიებისა და ბუმის უარყოფითი ეფექტების შემსუბუქება შეეძლო. საზოგადოების ნორმალური განვითარებისათვის კეინსი მიზანშეწონილად თვლიდა სახელმწიფოს აქტიურ ჩარევას, ანუ ეკონომიკის სახელმწიფო რეგულირებას. იგი მიიჩნევდა, რომ სახელმწიფოს გაზრდილი ინვესტიციები ხელს შეუწყობდა წარმოების გაფართოებას, უმუშევართა ჩაბმას შრომით საქმიანობაში, მათი შემოსავლების გადიდებას და მოთხოვნის გაზრდას, რაც უზრუნველყოფს სრულ დასაქმებას და მიწოდების გადიდებას.

70-იანი წლების მეორე ნახევრიდან, როდესაც ეკონომიკაში სახელმწიფოს გადაჭარბებული ჩარევის შედეგად შესამჩნევი გახდა საზოგადოებრივი წარმოების განვითარების შეფერხება, კვლავ აქტუალური გახდა ნეოკლასიკური სკოლის იდეები.

ნეოკონსერვატიული ეკონომიკური აზროვნების ერთ-ერთ მთავარ მიმართულებას წარმოადგენს **მონეტარიზმი**, რომლის ფუძემდებელია ამერიკელი ეკონომისტი **მილტონ ფრიდმანი** (Milton Friedman - 1912-2006 წწ.). რომლის მთავარ პრინციპებს წარმოადგენენ:

† ეკონომიკაში სახელმწიფოს მარეგულირებელი როლი მინიმუმამდე უნდა იყოს შემცირებული. გამოირიცხება ან მცირდება საგადასახადო, ბიუჯეტური რეგულირების როლი. სახელმწიფოს როლი შემოფარგლული უნდა იყოს ფულად-საკრედიტო მიმოქცევის სისტემის კონტროლით;

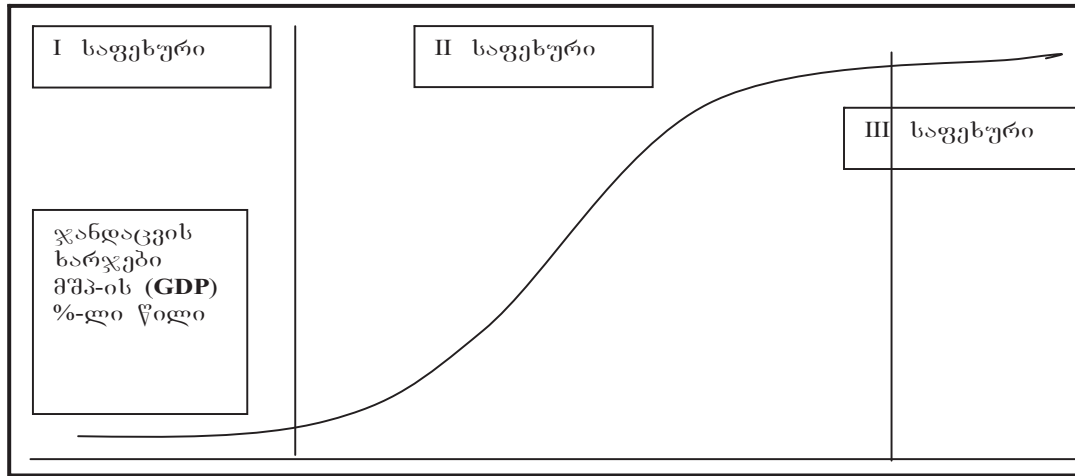
† საბაზრო ეკონომიკა წარმოადგენს თვითრეგულირებად სისტემას. საბაზრო მეურნეობა შიდა ტენდენციების ძალით ისწრაფვის სტაბილურობისკენ. დისპროპორციები და სხვა უარყოფითი გამოვლინებები დაკავშირებულია ეკონომიკაში სახელმწიფოს ჭარბ მონაწილეობასთან. აღნიშნული პრინციპი მიმართული იყო კეინსის იდეის წინაარმდეგ;

† მთავარ რეგულატორს წარმოადგენს “ფულადი იმპულსები” – რეგულარული ფულადი ემისია. ფული წარმოადგენს წარმოების განვითარების და ზრდის მთავარ ფაქტორს. იგი გავლენას ახდენს მომხმარებელთა, საწარმოთა ხარჯების სიდიდეზე. ფულის მასის გაზრდა წარმოების ზრდას განაპირობებს, ხოლო სიმძლავრეების სრული დატვირთვის შემთხვევაში – ფასის და ინფლაციის ზრდას. მონეტარისტების აზრით, თვითრეგულირებადი საბაზრო ეკონომიკის ჰარმონიის დარღვევის მიზეზს წარმოადგენს პროდუქციის წარმოებასა და მიმოქცევაში მყოფი ფულის მასის ზრდის ტემპებს შორის დისპროპორცია. ფულზე მოთხოვნას აქვს მუდმივი ზრდის ტენდენცია და ფულზე მოთხოვნასა და მის მოწოდებას შორის წონასწორობის უზრუნველსაყოფად საჭიროა მიმოქცევაში ფულის მუდმივი ზრდის კურსის გატარება. მონეტარისტების მიხედვით, ფულის უკმარისობა წარმოადგენს დეპრესიის მთავარ მიზეზს. აქედან გამომდინარე, სახელმწიფომ უნდა უზრუნველყოს ფულის მასის მუდმივი ემისია, რომლის ზომა უნდა შეესაბამებოდეს საზოგადოებრივი პროდუქტის ზრდის ტემპს;

† ინფლაცია აღმოფხვრილ უნდა იქნეს ნებისმიერი საშუალებით, მათ შორის სოციალური პროგრამების შემცირებით. სახელმწიფო ხარჯები მინიმუმამდე უნდა იყოს დაყვანილი, რამდენადაც სწორედ ამ ხარჯების ზრდა განაპირობებს ჭარბი ფულის წარმოქმნას და საბოლოო ჯამში ინფლაციას.

ჯანდაცვის ეკონომიკა წარმოადგენს ეკონომიკური მეცნიერების შედარებით ახალ დარგს, თუმცა ზოგადი ისტორიის, ეკონომიკის ისტორიის და ჯანდაცვის ეკონომიკური ისტორიის ძირითადი ეტაპები თანხვდება.

სამედიცინო დახმარების დაფინანსების საკითხებს უძველესი ისტორია აქვს. ჯერ კიდევ ხამურაბის კანონებში იყო მოხსენიებული ექიმის პროფესიის და მის მიერ გაწეული სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების შესახებ. 1900 წლამდე ექიმების ანაზღაურება უმთავრესად ჯიბიდან გადახდის წესით ხორციელდებოდა. ამავე პერიოდში ექიმების რაოდენობა და ჯანდაცვის დანახარჯები შედარებით სტაბილურს წარმოადგენდა. 1900 წლის შემდეგ ჯანდაცვის დანახარჯებმა პროგრესულად იწყო ზრდა. ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების მიხედვით შესაძლებელია სამი ისტორიული პერიოდის გამოყოფა⁶.



წყარო: Thomas E. Getzen, Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds, 1997. p. 324.

ცხრილი 4: ისტორიის განვითარების პერიოდები და ჯანდაცვა

	I საფეხური	II საფეხური	III საფეხური
დემოგრაფია	ახალგაზრდა ასაკი	საშუალო ასაკი	მწიფე ასაკი
მომსახურება	მსუბუქი დაავადებები	მწვავე დაავადებები	ქრონიკული დაავადებები
პაციენტები	ელიტარული	მუშები	ავადმყოფები
კონტრაქტი	მფარველობითი	შესატანები, შერეულ	დაზღვევა
გადამხდელი	თვითონ ქველმოქმედება	თვითონ, ამხანაგობები	სოციალური
ტექნოლოგია	ლაპარაკი, ხელებით	ქირურგია, აბები	საინფორმაციო ქსელი

წყარო: Thomas E. Getzen, The Medical Share of GDP: 1450-1999. Temple University

პირველი საფეხური ისტორიის საკმაოდ დიდ პერიოდს მოიცავს. იგი იწყება ხამურაბის დროინდელი ეპოქიდან და გრძელდება მეცხრამეტე საუკუნის ბოლოს დაწყებული სამეცნიერო რევოლუციამდე. აღნიშნულ პერიოდში პაციენტსა და ექიმს შორის არსებობდა ურთიერთობის პირდაპირი, მარტოვი ფორმა. ჯანდაცვის ხარჯები შეადგენდა შემოსავლების 1-3 %-ს და ძირითადად კონცენტრირებული იყო მაღალშემოსავლიან ოჯახებში⁸. მოსახლეობის დაბალი ფენებისათვის სამედიცინო დახმარება ძირითადად ქველმოქმედებით ხორციელდებოდა.

მეორე საფეხურზე სამედიცინო მეცნიერების დარგში ტექნოლოგიური რევოლუცია განხორციელდა. სამედიცინო ბაზრის ფართოდ განვითარებამ შესაძლებელი გახადა მოსახლეობის დაბალი ფენების მოცვა. ჩამოყალიბდა სადაზღვევო ფონდები. ახალ საფეხურზე ავიდა სამედიცინო დახმარების ორგანიზაცია. შეიქმნა საავადმყოფოების ქსელი, სადაც სხვადასხვა სპეციალობის ექიმებმა ერთად დაიწყეს მუშაობა. პაციენტსა და ექიმს შორის არსებული მარტოვი ურთიერთობა შეიცვალა სამედიცინო დახმარების პირველი და მეორე დონით, საავადმყოფოებით, სადაზღვევო კომპანიებთან⁸.

მესამე საფეხური ხასიათდება ჯანდაცვაზე ჯანდაცვაზე ხარჯების შემცირებით. XX ს. 90-იან წლებში ჯანდაცვაზე დანახარჯების შემცირება თითქმის ყველა განვითარებულ ქვეყანაში აღინიშნა. ამავე დროს, დაბალ და მაღალგანვითარებულ ქვეყნებს შორის ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის დანახარჯების მიხედვით მკვეთრი უთანასწორობა შეინიშნება⁸.

1800 წლამდე სამედიცინო დახმარება არადიფერენცირებულს წარმოადგენდა, თითქმის ერთნაირი იყო ჯანდაცვის ხარჯები და სამედიცინო პერსონალის შემოსავლები. ასეთი მარტივი ფორმულირება, რასაკვირველია, არ მოიცავდა მედიკამენტების, მოწყობილობა-დანადგარებისა და სამედიცინო დაწესებულებების სხვა ხარჯებს. უფრო პრობლემატურს წარმოადგენდა სამედიცინო ბაზარზე დასაქმებული ოფიციალურად განსაზღვრული სამედიცინო პერსონალისა და არაფორმალურ სექტორში მომუშავეთა (ექიმბაშები) რაოდენობის დადგენა, რომლებიც მოსახლეობის უმრავლესობისათვის (დაბალი ფენები) სამედიცინო დახმარების მთავარ მიმწოდებლებს წარმოადგენდნენ⁹.

XIX საუკუნეში კონკურენცია ძირითადად სამედიცინო სკოლებს შორის აღინიშნებოდა, ვიდრე სამედიცინო პერსონალს შორის. ექიმი სამედიცინო საქმიანობას ძირითადად დამოუკიდებლად ეწეოდა. მონათესავე პროფესიის წარმომადგენლები (ქიმიკოსები) მედიცინის მუშაკებად არ განიხილებოდნენ. XX ს-ის დასაწყისიდან განხორციელდა მათი უმრავლესობის (ფარმაცევტები) სამედიცინო პერსონალად ჩამოყალიბება. 1900 წ. ა.შ.შ.-ში ექიმების რაოდენობა ჭარბობდა დამხმარე პერსონალის რაოდენობას⁹. 30-იან წლებში მედლების რაოდენობა ექიმების რაოდენობას აღემატებოდა და დამხმარე პერსონალთან ერთად მათი ექიმებთან შეფარდება შეადგინა 3,2:1⁸. შემდგომ პერიოდში აღინიშნებოდა დამხმარე პერსონალის რაოდენობის ზრდა და 1960 წელს შეფარდება 7 : 1-ს მიაღწია, ხოლო 2000 წ. 12 : 1-ს⁸.

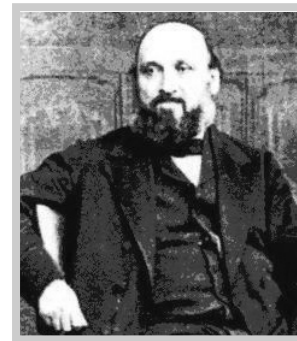
ჯანდაცვასთან დაკავშირებული ეკონომიკური საკითხების შესწავლა ჯერ კიდევ შუა საუკუნეების პერიოდში ხორციელდებოდა. მე-17 საუკუნეში ინგლისელმა ეკონომისტმა და ფილოსოფოსმა **უილიამ პეტიმ** (William Petty; 1623-1687 წწ.) ადამიანის სიცოცხლე შეაფასა 60-90 ფუნტ სტერლინგად.

ვიქტორიანულ პერიოდში სანიტარიის ერთ-ერთმა პიონერმა **უილიამ ფარმა** (William Farr, 1807-1883) საზოგადოების ყურადღება მიაქცია მუშათა ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ეკონომიკურ ზრდას შორის არსებულ კავშირზე. მან ჩამოაყალიბა ადამიანური კაპიტალის (Human Capital) ცნების ადრეული ვერსია. უილიამ ფარი ადამიანური კაპიტალის რიცხოვნობა მონაცემის მისაღებად მთელი სიცოცხლის მანძილზე მუშის მიერ სავარაუდო გამომუშავებული პროდუქციის ღირებულებას აკლავდა მისი “ცვეთის” საკომპენსაციო თანხას. შემდეგში ამ მონაცემებს უილიამ ფარი იყენებდა ეპიდემიების დროს გასატარებელი ღონისძიებების გასამართლებლად. იგი ცდილობდა ეჩვენებინა, რომ ჯანდაცვაზე დახარჯულ სახსრებს საბოლოო ჯამში საზოგადოებისათვის სარგებელი მოჰქონდა წარმოებაში პროდუქტიულობის შენარჩუნების ხარჯზე.

მე-19 საუკუნის მეორე ნახევარსა და მე-20 საუკუნის პირველ ნახევარში ეკონომისტები მცირე ყურადღებას უთმობდნენ ჯანდაცვის სისტემაში ეკონომიკური კანონზომიერებების გამოყენებას. ჯანდაცვის



უილიამ პეტი



უილიამ ფარი



ალან ენდჰოვენი



კენეტ ჯ. ეროუმ



ჯოზეფ ნიუჰაუსი



უ. რეინჰარდტი

ეკონომიკამ თავისი თანამედროვე სახის მიღება დაიწყო მხოლოდ მე-20 საუკუნის 50-60-იან წლებში. ამ მხრივ ჯანდაცვის ეკონომიკის განვითარებაში ყველაზე მნიშვნელოვან მოვლენად შეიძლება ჩაითვალოს 1951 წელს გამართული ამერიკის ეკონომიკური ასოციაციის კონფერენცია თემაზე “სამედიცინო დახმარების ეკონომიკა”. მის შედეგს წარმოადგენს ჯანდაცვის ეკონომიკის სასწავლო და სამეცნიერო-საგამომცემლო ცენტრების შექმნა.

50-იან წლებში საქვეყნოდ ცნობილმა ამერიკელმა ეკონომისტებმა (Kenneth Arrow, Milton Friedman) დაიწვეს კლასიკური ეკონომიკური თეორიების მორგება ჯანდაცვის სისტემისათვის. დღის წესრიგში დადგა ამ თეორიების საშუალებით რესურსების რაციონალური განაწილების შესაძლებლობის ანალიზი და ასევე მათი მეშვეობით სოციალური რეფორმების გატარების დაჩქარება. ნობელის პრემიის ლაურეატმა (1972 წ.) კენეტ ჯ. ეროუმ (Kenneth J. Arrow) 1963 წელს გამოაქვეყნა შრომა “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”. 1968 წელს მარკ პაულიმ (Mark V. Pauly) გამოაქვეყნა ფუნდამენტური შრომა “Efficiency in Public Provision of Medical Care”. ჯანდაცვის ეკონომიკის დარგში მოღვაწეობდნენ ამერიკული სკოლის ისეთი ცნობილი მეცნიერები, როგორებიცაა: ა. ენდჰოვენი (Alain Enthoven - Stanford University), ჯ. ნიუჰაუსი (Joseph P. Newhouse - Harvard University), ჩ. ფელპსი (Charles E. Phelps - University of Rochester), ფ. სლოანი (Frank A. Sloan - Duke University), უ. რეინჰარდტი (Uwe E. Reinhardt - Princeton University), ვ. ფუქსი (Victor R. Fuchs Stanford University), მ. გროსმანი (Michael Grossman - City University of New York), პ. ფელდშტეინი (Paul J. Feldstein - University of California), რ. ევანსი (Robert. G. Evans - University of British Columbia).

1970-იან წლებში გამოქვეყნდა შრომები ისეთ საკითხებში, როგორიცაა: სოციალური პოლიტიკა (Herder-Dorneich, Schricke), სახელმწიფო დაფინანსება (Wille, Henke), ბაზარი და რეგულირება (Oberender, Casse, Metze), მიკროეკონომიკა (Gäfgen, Breyer), რისკი და დაზღვევა (Zweifel, Schulenburg), ჯანდაცვის მენეჯმენტი (Thiemann, Eichhorn, Sieben)

1960-იან წლებში სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარებამ, მოსახლეობის დაბერების სწრაფმა ტემპებმა, აგრეთვე ჯანდაცვის ხარჯების განუხრელმა ზრდამ მეცნიერების წინაშე მწვავედ დააყენა მწირი რესურსების ოპტიმალურად განაწილების საკითხი. ჯანდაცვის ეკონომიკის ამერიკული სკოლის პიონერების (Klarman, Fein, Rice) მიერ გამოქვეყნებულ იქნა ე.წ. “დაავადებათა ღირებულების” (Cost of illness) შესახებ სამეცნიერო-კვლევითი ხასიათის შრომები.

ჯანდაცვის ეკონომიკის როგორც მეცნიერების ჩამოყალიბებაში მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა 1962 წელს ჟენევაში ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მორიგმა კონფერენციამ, რომლის ძირითად თემას წარმოადგენდა “პროფილაქტიკა მედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურის ორგანიზაციის ეკონომიკური მნიშვნელობა”.

1970-იან წლებში ეკონომისტებმა ჯანდაცვის სფეროსათვის კლასიკური ეკონომიკური შეფასების მეთოდების მისადაგება დაიწყეს. გამოყენებულ მეთოდთაგან ერთ-ერთ პირველს წარმოადგენდა ხარჯებისა

და შედეგების ანალიზი (Cost-Benefit Analysis, CBA). ხარჯებისა და შედეგების ანალიზის სტრუქტურაში განხორციელდა “დააუადებათა ღირებულების” მეთოდოლოგიის ჩართვა.

ჯანდაცვის ეკონომიკის შემდეგი განვითარება უკავშირდება ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზს. 70-იან წლების ბოლოს სიცოცხლის რიცხობრივი და ხარისხობრივი მაჩვენებლების გაერთიანებამ ერთ მაჩვენებელში (QALY=Quality-Adjusted-Life-Year) ბიძგი მისცა ხარჯთ-უტილიტარული (Cost-Utility Analysis) ანალიზის განვითარებას. 80-იანი წლებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა ჯანდაცვის ეკონომიკაზე გამოქვეყნებული შრომების რაოდენობა^{9;10;11;12}.

საბჭოთა კავშირში ჯანდაცვის ეკონომიკის შესახებ პირველი კონფერენცია ჩატარდა 1966 წელს. 60-იანი წლების შუა პერიოდიდან შემუშავებულ იქნა ჯანდაცვის ეკონომიკის კვლევის შედეგების პრაქტიკული გამოყენების საკითხები. 1973 წელს ჩატარდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პირველი სემინარი, რომელიც მიემდგვნა ჯანდაცვის ეკონომიკის პრობლემებს.

1978 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ დამტკიცებულ იქნა პროგრამა “ჯანდაცვის ეკონომიკა”, რომლის მიზანს წარმოადგენდა ჯანდაცვის ეკონომისტთა მომზადების პროგრამის შემუშავება. 1987 წელს გამოქვეყნდა აღნიშნული პროგრამის რეალიზაციის შედეგების ანგარიში, რომელიც შეიცავს ჯანდაცვის ეკონომიკის საკითხების შესწავლის ძირითად მოდულებს.

ჯანდაცვის ეკონომიკის გარდა ჩამოყალიბდა ეკონომიკის უფრო ვიწრო სპეციალობები – სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციის ეკონომიკა. სამედიცინო დაწესებულებების ეკონომიკის უმთავრეს ამოცანას წარმოადგენს შრომითი, მატერიალური და ფინანსური რესურსების რაციონალური მართვის შემუშავება.

საქართველოში ჯანდაცვის ეკონომიკის როგორც მეცნიერების ფორმირებასა და განვითარებაში დიდი როლი შეასრულა ექსპერიმენტული და კლინიკური ქირურგიის ინსტიტუტის ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზაციისა და ეკონომიკის განყოფილებამ, რომელიც დაარსდა 1988 წელს **თენგიზ ჯინჯოლაგას** თაოსნობით. 1990 წელს მისივე ხელმძღვანელობით შეიქმნა ჯანდაცვის ეკონომიკის და მართვის ცენტრალური სამეცნიერო კვლევითი ლაბორატორია, რომელიც წარმოადგენდა ჯანდაცვის ეკონომიკის დარგში პირველ სამეცნიერო-კვლევით დაწესებულებას (მეცნიერ-თანამშრომლები: ი. ბრეგვაძე, ა. წაქაძე, კ. ბაღდადიშვილი, დ. ადვიშვილი, თ. ლობჯანიძე, შ. ბიძინაშვილი, თ. უგრეხელიძე, ე. ვარაზაშვილი, ა. მღვდელაძე, შ. შავგულიძე, თ. კალანდაძე, ბ. მაყაშვილი, ზ. კაკაბაძე, თ. ცინცაბაძე, მ. ფანჩულიძე). უმნიშვნელოვანესი მეცნიერული პრობლემების დამუშავებასთან ერთად სამეცნიერო კვლევითი ლაბორატორია ამზადებდა ახალგაზრდა მეცნიერულ კადრებს, რომლის მეშვეობით საქართველოში შეიქმნა მძლავრი ჯანდაცვის ეკონომისტთა სკოლა.

1992 წელს კვლევითი ლაბორატორიის ბაზაზე ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო პრაქტიკული გაერთიანება, რომლის ხელმძღვანელად 1994 წლიდან მუშაობდა **იოსებ ბრეგვაძე**. სამეცნიერო პრაქტიკულმა გაერთიანებამ ი. ბრეგვაძის ინ-



თენგიზ ჯინჯოლაგა



იოსებ ბრეგვაძე

ტენსიური მოღვაწეობის შედეგად განსაკუთრებული წვლილი შეიტანა საქართველოში ჯანდაცვის ეკონომიკის, როგორც მეცნიერების შემდგომ განვითარებაში. აღსანიშნავია მისი ღვაწლი საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების კონცეფციის შემუშავებაში.

2003 წელს ქართულ ენაზე გამოიცა ჯანდაცვის ეკონომიკის პირველი სახელმძღვანელო “ჯანდაცვის ეკონომიკა” (ავტორი თ. ვერულავა). 2007 წელს საქართველოს უნივერსიტეტის ჯანდაცვის სკოლის (დირექტორი თ. ლობჯანიძე) ბაზაზე ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის ეკონომიკისა და დაზღვევის დეპარტამენტი (უფროსი თ. ვერულავა).

ცხრილი 5: ეკონომიკის ისტორია, მოსახლეობის ზრდა და ჯანმრთელობის დაცვა

	ქეის ხანა	მიწათმოქმედების ხანა			ინდუსტრიული			ინფორმაციული ხანა		
		ძვ. წ. 4000 წლამდე	ჩვ. წ. I ს-მდე	ჩვ. წ. 1200 წლამდე	ჩვ. წ. 1800 წ.	ჩვ. წ. 1900 წ.	ჩვ. წ. 1950 წ.	1975	2000	?
მოსახლეობის რაოდენობა	4 მლნ	8	250	400	950	1,6 მილიარდი	2,5 მლრდ	4 მლრდ	6 მლრდ	20 მლრდ
მატების მაჩვენებელი	0,0007 %	0,01 %	0,09 %	0,04 %	0,14 %	0,52 %	0,88 %	1,88 %		
სიცოცხლის ხანგრძლივობა	20 წელი	24 წელი			35 წელი			80 წელი		
ორგანიზაცია	ოჯახი/ტომი	ლენი, ქალაქი, იმპერია			სახელმწიფოები			გლობალური სოფელი		
ინფორმაცია	ორალური	დამწერლობა			სტატისტიკა			ელექტრონული		
ეკონომიკა	მონადირეობა-შეგროვება	მიწათმოქმედება, მოსავლის აღება			მეწარმეობა			მომსახურება		
შემოსავალი	საარსებო საშუალება	ბატონყმობა			ხელფასი			ხელფასი და უფლებით აღჭურვა		
\$ თითო სულზე	\$ 200	\$ 300			\$ 300-დან 5000-მდე			\$ 25000 (განვითარებულ ქვეყნებში)		
საკვებზე იხარჯება %	მთლიანად	თითქმის მთლიანად – 90 %			80 %-დან შემცირდა 30 %-მდე			12 %		
შემოსავლის განაწილება	უხეშად თანაბარი	ძლიერ არათანაბარი			შერეული			არ არის გარკვეული		
სამედიცინო დახმარების სახე	გრძნეული	მკურნალი ქურუმი			ექიმბაში, ემპირიკოსი			მეცნიერულად განსწავლული ექიმი		
ჯანდაცვის ხარჯები	-	? 1 %			2 %-დან 4 %-მდე			6 %	10 %	?

წყარო: Thomas E. Getzen, Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds, 1997. p. 324.

საკონტროლო კითხვები და ამოცანები

1. განმარტეთ, რა არის ჯანდაცვის ეკონომიკა?
2. განმარტეთ, რა არის ჯანმრთელობა?
3. რას გულისხმობს ფიზიკური, სოციალური, ფსიქიკური კეთილდღეობა?
4. ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესაფასებლად რა ძირითადი კრიტერიუმები გამოიყენება?
5. რა წარმოადგენს ჯანდაცვაზე ასიგნებების ეკონომიკურ საფუძვლიანობას?
6. რა ფაქტორები მოქმედებენ ჯანმრთელობაზე?
7. რა წარმოადგენს ჯანდაცვაზე მოქმედ უმთავრეს ფაქტორს?
8. რატომ წარმოადგენს ჯანმრთელობის ერთ-ერთ მთავარ დეტერმინანტს განათლება?
9. ვინ ჩაუყარა საფუძველი თანამედროვე ეკონომიკურ მეცნიერებას?
10. რა არის ა. სმითის მოძღვრების მთავარი ლაიტმოტივი?
11. რაში მდგომარეობს მარქსიზმის ძირითადი არსი?
12. რატომ ვერ გაამართლა მარქსისტულმა მოძღვრებამ?
13. რაში მდგომარეობს ნეოკლასიკური სკოლის ძირითადი არსი?
14. რაში მდგომარეობს ჯონ კენსის მოძღვრების ძირითადი არსი?
15. ჩამოთვალეთ მონეტარიზმის ძირითადი პრინციპები.
16. რა პერიოდების გამოყოფა შეიძლება ჯანდაცვის ეკონომიკის ისტორიაში?
17. რა არის დამახასიათებელი ჯანდაცვის განვითარების პირველი საფეხურისათვის?
18. რა არის დამახასიათებელი ჯანდაცვის განვითარების მეორე საფეხურისათვის?
19. რა არის დამახასიათებელი ჯანდაცვის განვითარების მესამე საფეხურისათვის?
20. ვინ შეაფასა პირველად ადამიანის სიცოცხლე?
21. ვინ მიაქცია პირველად ყურადღება მუშათა ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და ეკონომიკურ ზრდას შორის არსებულ კავშირზე?
22. რომელ წელს გაიმართა ამერიკის ეკონომიკური ასოციაციის კონფერენცია თემაზე “ჯანდაცვის ეკონომიკა” და რა წარმოადგენდა მის შედეგს?
23. რომელმა მეცნიერებმა მოახდინეს კლასიკური ეკონომიკური თეორიების მორგება ჯანდაცვის სისტემისათვის.
24. ვის მიერ იქნა გამოქვეყნებული “დაავადებათა ღირებულების” შესახებ სამეცნიერო-კვლევითი ხასიათის შრომები.
25. რომელ წელს ჩატარდა საბჭოთა კავშირში ჯანდაცვის ეკონომიკის შესახებ პირველი კონფერენცია?
26. რომელ წელს ჩატარდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პირველი სემინარი, რომელიც მიეძღვნა ჯანდაცვის ეკონომიკის პრობლემებს?
27. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რომელ წელს იქნა მიღებული პროგრამა “ჯანდაცვის ეკონომიკა” და რა წარმოადგენდა მის მიზანს?

ლიტერატურა:

1. თ. ჯინჯოლავა. საქართველოს ჯანდაცვის რეორგანიზაციის კონცეფციის ეკონომიკური საფუძვლები. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო. 1994 წ.
2. World Development Report, 1993, World Health Organization (1994).
3. ჯანდაცვის ეკონომიკა და მართვა. ი. პ. ლისიცინის რედაქციით. მოსკოვი. 1993 წ.
4. BECKER, G.S. Human capital: a theoretical and empirical analysis with special reference to education, 2nd ed. New York, National Bureau of Economic Research, 1975.
5. GROSSMAN, M. The demand for health: a theoretical and empirical investigation. New York, Columbia University Press, 1972.
6. Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.
7. Maynard A. Logic in Medicine: an economic perspective. BMJ. 1987; 295: 1541. (The clearest and most concise description of the basis of economic logic that we have come across). Williams A. Health economics: the end of clinical freedom? BMJ. 1988 297: 1183-86.
8. Williams A. Cost-effectiveness analysis: is it ethical? Journal of Medical Ethics 1992; 18:7-11.
9. Elixhauser A. Health care cost-benefit and cost-effectiveness analysis. From 1979 to 1990: a bibliography. Medical Care 1993; 31
10. A. Williams, Health and Economics, 1987.
11. Foster, James, J. Greer and Eric Thorbecke. 1984. "A class of decomposable poverty measures," *Econometrica*.
12. GROSSMAN, M. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of political economy*, **LXXX**(2): (1972).
11. კახაბერ ჯაყელი, გ. ხაჭაპურიძე, ჯანმრთელობის დაცვის ეკონომიკის განვითარების მნიშვნელოვანი მიმართულებები მსოფლიოს გამოცდილების გათვალისწინებით, თბილისი, 2003.
12. თ. კალანდაძე, ი. ბრეგვაძე, რ. თაყაიშვილი. სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემის მშენებლობა საქართველოში, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, თბილისი, 1999 წ.

თავი III

მოთხოვნა და მიწოდება ჯანდაცვის სექტორში

3.1. მოთხოვნილება, საჭიროება და მოთხოვნა

მოთხოვნა და მიწოდება არის ის ორი სიტყვა, რომელსაც ასე ხშირად ხმარობენ ეკონომისტები. მოთხოვნა და მიწოდება ბაზრის ქვაკუთხეა. ისინი წარმოადგენენ იმ ძალებს, რომლებსაც მოძრაობაში მოჰყავთ საბაზრო ეკონომიკა.

მოსხის სამედიცინო ენციკლოპედიის (Mosby Medical Encyclopedia) მიხედვით, ჯანდაცვის ეკონომიკა შეისწავლის ჯანდაცვის რესურსების მოთხოვნას და მიწოდებას და ჯანდაცვის რესურსების გავლენას მოსახლეობაზე¹.

მნიშვნელოვანია ერთმანეთისაგან განვასხვავოთ მოთხოვნილება, საჭიროება და მოთხოვნა.

მოთხოვნილება (Wants) არის ადამიანის საწყისი, ინსტიქტური ძალა, რომელიც მასვე წარმართავს რისამე გასაკეთებლად. იგი მოიცავს:

† ძირითად ფიზიოლოგიურ მოთხოვნილებებს საკვებზე, ჩაცმაზე, სითბოსა და უსაფრთხოებაზე;

† სოციალური კავშირების მოთხოვნილებებს - სიყვარულის, სიახლოვისა და ურთიერთობის;

† ინდივიდუალურ მოთხოვნილებებს – მიღწევის, დაფასების, თვითაქტუალიზაციისა და თვითგამონატვის.

საჭიროება (Needs) არის ადამიანის მოთხოვნილების ფორმა, რომელიც კულტურისა და პიროვნული მახასიათებლების ზეგავლენით ვლინდება. იგი ობიექტურად აუცილებელ საჭიროებას წარმოადგენს, რომელსაც მიღებული აქვს ინდივიდის კულტურის შესაბამისი სპეციფიკური სახე. საჭიროება ვლინდება იმ საგნებში ან მოვლენებში, რომლებსაც საჭიროებს ინდივიდი. იგი მოტივაციის ფორმირების საფუძველია. მატერიალურ და სულიერ საჭიროებათა სპექტრი ფართოვდება საზოგადოების სოციალურ-კულტურული და ეკონომიკური დონის მატებასთან ერთად.

ადამიანებს აქვთ წიგნის კითხვის, ან მუსიკის მოსმენის მოთხოვნილება, მაგრამ საჭიროება თუ რა წაიკითხონ, ან რას მოუსმინონ, განსხვავებულია. ზოგიერთს მხატვრული ლიტერატურის კითხვა სჭირდება, ზოგიერთს კი – კვლევითი ხასიათის ნაწარმოების და ა. შ. ადამიანს სამედიცინო დახმარებაზე საჭიროება უჩნდება მაშინ, როდესაც თავს ავად გრძნობს და ავადმყოფობის სიმპტომები შეინიშნება.

როდესაც საჭიროება უზრუნველყოფილია ფულით, ვღებულობთ **მოთხოვნას (Demands)**. საკუთარ მოთხოვნილებებზე და რესურსებზე დაყრდნობით ხალხი მოითხოვს პროდუქციას, რომელიც უმაღლეს ფასეულობასა და კმაყოფილებას სთავაზობს მას.

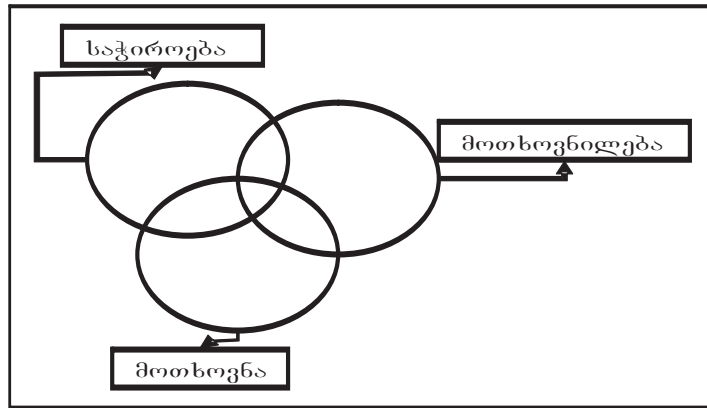
მოთხოვნა წარმოადგენს საქონლის, ან მომსახურების რაოდენობას, რომლის შესყიდვის მოთხოვნილება და საჭიროება მეიდველს აქვს განსაზღვრულ ფასში.

სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნა ჩნდება მაშინ, როდესაც ადამიანი თვლის, რომ მას ესაჭიროება სამედიცინო დახმარება და სურვილი უჩნდება მიმართოს ექიმს, მიუხედავად იმისა, რაციონალურია ეს გადაწყვეტილება თუ არა. აქვე აღსანიშნავია, რომ საბოლოო გადაწყვეტილებას, სჭირდება თუ არა პაციენტს სამედიცინო დახმარება, წყვეტს ექიმი. თავის მხრივ, ექიმის გადაწყვეტილების ობიექტურობა დამოკიდებულია მის განსწავლულობაზე, არსებულ ტექნიკურ მოწყობილობა-დანადგარებზე, პაციენტის გადახდისუნარიანობაზე.

კლასიკური ეკონომიკური მოდელის მიხედვით, მოთხოვნა სამედიცინო დახმარებაზე განიხილება როგორც მიმართვა სამედიცინო დახმარების შესასყიდად ან მისაღებად და დამოკიდებულია სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობაზე, თუმცა იგი შეიძლება დაკავშირებული იყოს მომხმარებლის სუბიექტურ ფაქტორებთან.

ამგვარად, მოთხოვნილება არის მომხმარებლის მიერ საკუთარი აზრით განსაზღვრული საჭირო საქონლის რაოდენობა, საჭიროება არის დამოუკიდებელი ექსპერტების მიერ განსაზღვრული მომხმარებლისათვის საჭირო საქონლის რაოდენობა., ხოლო მოთხოვნა კი – რეალურად შესაძენი საქონლის რაოდენობა.

ნახაზი 1: საჭიროება, მოთხოვნილება, მოთხოვნა



ნორმატიული საჭიროება – მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფისათვის სპეციფიურ სამედიცინო მომსახურებაზე სტანდარტულ საჭიროებას სპეციალისტები განსაზღვრავენ. სტანდარტული სამედიცინო მომსახურების “ნაკრების” მრავალი მაგალითი არსებობს, როგორც კლინიკური მედიცინის, ასევე პროფილაქტიკის სფეროში. მაგალითად, პრენატალური სამედიცინო მეთვალყურეობა, იმუნიზაცია, დიაბეტით ავადმყოფთა მკურნალობა, მოზრდილი ასაკის ქალებში სარძევე ჯირკვლის ან საშვილოსნოს ყელის კიბოს დიაგნოსტიკური გამოკვლევები. მრავალი სპეციალისტის მიერ გაზიარებული შეხედულება შეიძლება ჩაითვალოს ობიექტურად, თუმცა, არსებობენ სრულიად ლეგიტიმური ხასიათის საწინააღმდეგო და ურთიერთგამომრიცხავი შეხედულებები, რომლებსაც საფუძვლად უდევს არსებული მონაცემების სპეციალისტების მიერ სხვადასხვა ინტერპრეტაცია. გარდა ამისა, მეცნიერების განვითარების პროცესში მიღებული უახლესი მონაცემები, შესაძლებელია დროულად არ იქნეს გათვალისწინებული გადაწყვეტილებების მიღებისას.

პროფესიონალური მსჯელობების ფორმირებაში გაუღენას ახდენენ სამედიცინო შეხედულებების ტენდენციურობასთან დაკავშირებული სისტემატური ხასიათის შეცდომები, აგრეთვე, სხვა მიზეზები, რომლებიც შლიან ნამდვილ კლინიკურ, ტექნოლოგიურ და ეპიდემიოლოგიურ სურათს. ნორმატიული მოთხოვნილებები უნდა იმყოფებოდნენ სპეციალისტების და სამეცნიერო წრეების მუდმივი კონტროლის ქვეშ, რომლებიც წარმოადგენენ არამართო ჯანდაცვის სისტემის და სამედიცინო მომსახურების მმართველობით სფეროს, არამედ სამედიცინო განათლების, ჯანდაცვის ეკონომიკური დაგეგმარების და სოციოლოგიის ვიწრო პროფესიონალებს. მათ ყველას თავისი წვლილი შეაქვთ იმ გადაწყვეტილებების მიღების რთულ პროცესში, რომლებიც განსაზღვრავენ ჯანდაცვის სისტემის სტანდარტებს.

სამედიცინო მომსახურების საჭირო სახეებისა და რაოდენობის დასადგენად ხორციელდება ადამიანთა ინდივიდუალური მახასიათებლების (მაგ., ასაკი, სქესი) შესწავლა. მაგალითად, 40-50

წლის ასაკის ქალები შედარებით ნაკლებად საჭიროებენ მამოგრაფიას, ვიდრე 50 წელზე უფროსი ასაკის ქალები. ერთ წლამდე ასაკის ბავშვს უფრო ხშირად ესაჭიროება პროფილაქტიკური გასინჯვები, ვიდრე სამი წლისას. 45 წელს ზევით ასაკის მამაკაცები უფრო ხშირად საჭიროებენ არტერიულ წნევის გასინჯვას, ვიდრე 25-30 წლისანი.

შეგრძნებითი საჭიროება წარმოადგენს პაციენტის ან საზოგადოების სუბიექტურ აღქმას, ამასთან არაა აუცილებელი, რომ იგი დაკავშირებული იყოს ნამდვილ ფიზიოლოგიურ საჭიროებასთან. თუმცა, ფაქტორის სუბიექტური ხასიათის გამო, იგი მაინც განსაზღვრავს პაციენტის ქცევას, მიმართოს ექიმს თუ არა. აღნიშნულის გამო დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მოსახლეობის სამედიცინო განათლების ამაღლების აუცილებლობას, რაც, თავის მხრივ, ხელს შეუწყობს პაციენტის მიერ რაციონალური სამედიცინო დახმარების მიღებას. მოსახლეობის ინფორმაციულობის დონის ამაღლება დიდ როლს თამაშობს საზოგადოების მიერ პროფილაქტიკური პროგრამების მიღებაში (მაგალითად, იმუნიზაციის პროგრამა, ქრონიკული დაავადებების მკურნალობის რეკომენდირებული სამკურნალო პროცედურები). მოსახლეობის ინფორმირებულობა აგრეთვე გავლენას ახდენს ჯანდაცვის დაგეგმარებაზე. მაგალითად, საზოგადოება და პოტენციური ინვესტორი თვლიან, რომ საჭიროა ახალი საავადმყოფოს მშენებლობა, მაშინ როდესაც იგივე საშუალებები შეიძლება გამოყენებულიყო პირველადი ჯანდაცვის ან საზოგადოების სამედიცინო განათლების ამაღლების პროგრამების დასაფინანსებლად, რაც უფრო დადებითად იმოქმედებდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე.

გამოკვეთილი საჭიროება – არის შეგრძნებითი აუცილებლობა, რომელიც გარკვეულ ქმედებებს განაპირობებს, მაგალითად, პოლიკლინიკაში ან ექიმ-თერაპევტთან მიმართვა, თუმცა სამედიცინო მომსახურების მისაღებად შესაძლებელია არსებობდეს გარკვეული წინააღმდეგობები. სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა შეიძლება შეზღუდული იყოს, მაგალითად, დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარება ხშირად არ არის ხელმისაწვდომი, პაციენტს არ აქვს ექიმის ანაზღაურებისთვის საკმარისი თანხა. გეოგრაფიული სიშორე, მგზავრობასთან დაკავშირებული დროის და ღირებულების გამო, მნიშვნელოვნად ამცირებს სამედიცინო დახმარების მიმართვიანობის მაჩვენებელს. რესურსების განაწილება, სამედიცინო მომსახურების გეოგრაფიული განლაგება არსებით გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე. სახელმწიფოს შეიძლება გამოცხადებული ჰქონდეს უფასო სამედიცინო დახმარება, მაგრამ გეოგრაფიული სიშორის, ექიმთან ხანგრძლივი დაცილის დროის (Waiting Time) და სხვა ფაქტორების გამო, იგი შეიძლება ნაკლებად ხელმისაწვდომი გახდეს. აღნიშნულის შედეგად, პაციენტს, რომელიც საჭიროებს სამედიცინო დახმარებას, შეიძლება გაუძნელდეს მისი მიღება და ექიმთან კონტაქტი გადადოს იმ დრომდე, სანამ არ წარმოიქმნება უფრო სერიოზული და შესაძლოა მაღალ სამედიცინო ხარჯებთან დაკავშირებული სამედიცინო პრობლემები. რელიგიურმა და სოციალურმა ნორმებმა შეიძლება წინააღმდეგობა გაუწიონ ოჯახის დაგეგმვას, იმ შემთხვევაშიც კი როდესაც შემდგომი ორსულობა ან აბორტები ქალის სიცოცხლისათვის საშიშროებას წარმოადგენენ. მოხუცი ადამიანები სამედიცინო მომსახურებზე შეგრძნებითი საჭიროების შემთხვევაშიც კი შეიძლება არ მიმართონ ექიმს, რადგან ავადმყოფად აღიარების შემთხვევაში თავს უხერხულად გრძნობენ საოჯახო გარემოში. ექიმთან მიმართვიანობა შეიძლება შეიზღუდოს ეკონომიკური, სოციალური და ფსიქოლოგიური ფაქტორების გავლენით.

საჭიროების შესწავლის შედარებითი მეთოდი გულისხმობს მოსახლეობის ორი მსგავსი ჯგუფის საჭიროებების შესწავლას, მაგალითად, ორი მეზობელი რაიონის საჭიროებების შესწავლა, რომელთაც აქვთ მოსახლეობის შედარებით ერთნაირი ასაკობრივი, სქესობრივი და ეთნიკური შემადგენლობა და სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი. შესაძლებელია ერთ რაიონში ტარდებოდეს გარკვეული სახის ჯანდაცვითი ღონისძიებები, მაგალითად იოდიზირებული მარილით მოსახლეობის უზრუნველყოფა, ხოლო მეორეში – არა. ამ შემთხვევაში, მეორე რაიონის მოსახლეობის

მოთხოვნას შეიძლება წარმოადგენდეს მოცემული პროცედურის (იოდიზირებული მარილით მოსახლეობის უზრუნველყოფა) განხორციელება.

აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების აბსოლუტური კრიტერიუმები არ არსებობს, თუმცა არსებობენ ძირითადი სტანდარტები რომლებიც შეესაბამებიან აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების, პროფილაქტიკური და მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისაკენ მიმართული ღონისძიებების საერთაშორისო სტანდარტებს. აღნიშნული სტანდარტები შეიქმნა ემპირიული და თეორიული გამოკვლევების საფუძველზე და მუდმივად გადაისინჯება მეცნიერების მიერ, სამედიცინო ტექნოლოგიების უკანასკნელი მიღწევების გათვალისწინებით, ხარჯების ეკონომიკური ანალიზის და სხვადასხვა სამედიცინო მეთოდების შედეგიანობის საფუძველზე.

სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნა დაკავშირებულია ადამიანთა გამოკვეთილ მოთხოვნებებთან ჯანდაცვის სერვისების მიმართ. ეკონომისტები ამაში “ჩაურევლობის” ეკონომიკური პრინციპის დამამტკიცებელ საბუთს ხედავენ, რომლის მიხედვით, მოთხოვნა ყველაზე უკეთეს შემთხვევაში ცალკეული ადამიანების საჭიროებებით განისაზღვრება. ადამიანმა შეიძლება იგრძნოს სამედიცინო მომსახურების საჭიროება, მაშინ როდესაც სპეციალისტები თვლიან, რომ არ არის მოთხოვნის რაციონალური მიზეზები. მაგ., პაციენტმა ვირუსული ინფექციების საწინააღმდეგოდ შეიძლება მოითხოვოს ანტიბიოტიკების გამოყენება, მაშინ როდესაც ანტიბიოტიკების დანიშვნა ამ შემთხვევაში არათუ უშედეგოა, არამედ შეიძლება საზიანიც კი გახდეს ადამიანის ჯანმრთელობისათვის.

თავისუფალი არჩევანის პრინციპი შეიძლება წინააღმდეგობაში მოვიდეს ჯანდაცვის დაგეგმარების ნორმატიულ პრინციპებთან. მაგალითად, როდესაც მცირე სიძლიერის რაიონული საავადმყოფო პაციენტების მოთხოვნის საფუძველზე მოითხოვს მაღალტექნოლოგიური მოწყობილობის მიწოდებას. პრესტიჟისა და კეთილმოწყობის გათვალისწინებით ექიმებმა შეიძლება მოითხოვონ აღნიშნული მოწყობილობების თავიანთ საავადმყოფოში განთავსება, თუმცა ეკონომიკური კრიტერიუმების და რეალური სამედიცინო საჭიროებების მიხედვით ასეთი ნაბიჯი არ არის გამართლებული.

3.2. სამედიცინო დახმარების მოთხოვნა

სამედიცინო დახმარების მოთხოვნა გულისხმობს მოთხოვნაზე მოქმედ ფაქტორებს, პაციენტის რეაგირებას ფასის ცვლილებაზე, რა სურვილები აქვთ ადამიანებს სამედიცინო დახმარების მიღების თვალსაზრისით (საგნობრივი სურვილები), რას საჭიროებენ ისინი (წყვეტს “ექსპერტი”) და რაზეა მოთხოვნა (ის რაც ნამდვილად იყიდება)? მომხმარებელზე რა გავლენას ახდენს ექიმის განათლება? ვინ წარმოადგენს მიმწოდებელს და პაციენტის აგენტს? მნიშვნელოვანია ამ კითხვებზე პასუხის გაცემა, რადგანაც ისინი გავლენას ახდენენ ჯანდაცვის ბაზრის ორგანიზაციაზე, დაფინანსებაზე და გამოყენებაზე.

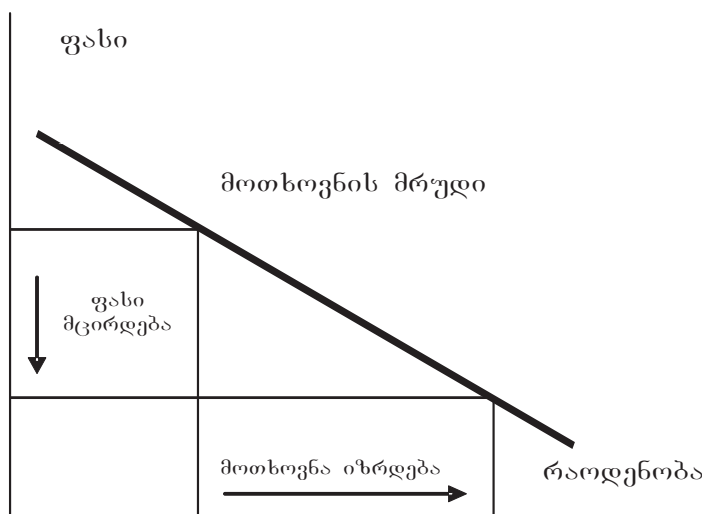
როგორც აღვნიშნეთ მოთხოვნა დამოკიდებულია შემოსავლის დონეზე, საქონლის ღირებულებაზე. **საქონლის ღირებულების ფულად გამოხატულებას წარმოადგენს ფასი.** იგი მოთხოვნისა და მიწოდების თანაფარდობას არეგულირებს. ფასი ეკონომიკური ინფორმაციის შემცველი საშუალება და ორიენტირია როგორც მეწარმისათვის ასევე მომხმარებლისათვის. ბაზარზე დადგენილი ფასის შესაბამისად მიმწოდებელს გასაყიდად გამოაქვს საქონელი, ხოლო მომხმარებელი საკუთარ შემოსავალს სურვილის მიხედვით ხარჯავს. სრულყოფილი ინფორ-

მაციის მეწარმე ფასის საშუალებით ადგენს თუ რა მდგომარეობაა სასაქონლო ბაზარზე მოთხოვნა-მიწოდების თვალსაზრისით, რა საქონელზეა მეტი მოთხოვნა და როგორია ბაზარზე მისი გაჯერების ხარისხი, ანუ რომელი საქონლის წარმოებაა მისთვის მომგებიანი და რა რაოდენობით აწარმოოს.

მეორე მხრივ, მომხმარებელი ფასის დონის მიხედვით წყვეტს საკუთარი შემოსავლების გათვალისწინებით თუ რა საქონელი და რა რაოდენობით შეიძინოს. ამიტომ მთავარ ფაქტორს, რომელიც განსაზღვრავს მოთხოვნის სიდიდეს, წარმოადგენს ფასი. ჩვეულებრივ, საქონელზე ფასის მომატებისას მცირდება მოთხოვნა, ხოლო ფასის შემცირებისას მოთხოვნა მატულობს. აქედან გამომდინარე, **მოთხოვნა ფასის უკუპროპორციულია.**

ქვემოთ გამოსახული მოთხოვნის მრუდი გამოხატავს ფასსა და რაოდენობას შორის დამოკიდებულებას. როდესაც საქონლის ფასი არის P მომხმარებელი ყიდულობს Q რაოდენობის საქონელს. ფასის P₁-მდე შემცირებისას მოთხოვნილი საქონლის რაოდენობა Q₁-მდე იზრდება.

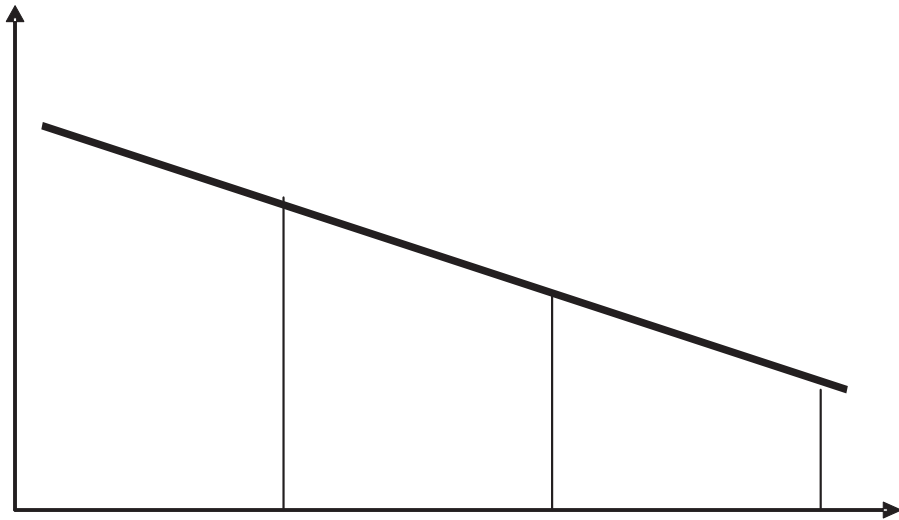
ნახაზი 2: მოთხოვნის მრუდი



ქვემოთ მოყვანილ მოთხოვნის მრუდში გამოიყოფა 3 ნაწილი, რომელიც შეესაბამება ფასის სხვადასხვა დონეებს.

საერთო ხელმისაწვდომობის ზონა ხასიათდება მომსახურებაზე ისეთი ფასის დონით, რომელიც არ ზღუდავს მომხმარებელს. როდესაც გარკვეული სახის მომსახურებებზე საბაზრო ფასები მდებარეობს ნულთან ახლოს სიდიდის საზღვრებში, P₁ სიდიდემდე, რომელიც მისაღებია მომხმარებლისათვის (ანუ სამედიცინო მომსახურებაზე მისი ხარჯები რამდენადმე ნაკლებია ფულად შემოსავლებზე), მაშინ მომხმარებელი ამ მომსახურებებს შეიძენს მიუხედავად მათი ფასის სიდიდისა. აღნიშნული განეკუთვნება სამედიცინო მომსახურების, მკურნალობის არაძვირადღირებულ სახეებს. ანუ, მოთხოვნის სიდიდის მგრძობელობა ფასთან მიმართებაში (მოთხოვნის ელასტიკურობა) არ არის მაღალი, ფასის ზრდისას მოთხოვნის სიდიდე მცირედ მცირდება.

ნახაზი 3: მომსახურების მოთხოვნის სიდიდე



როდესაც მომსახურებებზე საბაზრო ფასები აღემატება P_1 ზღვრულ მნიშვნელობას და მომხმარებლის მიერ გაღებული ხარჯები შემოსავლის მნიშვნელოვან ნაწილს შეადგენს (ანუ, გავლენას ახდენს მის ბიუჯეტზე), მაშინ მოთხოვნის სიდიდის მგრძობელობა ფასზე საგრძნობი ხდება. ანუ, ფასის გაზრდისას მომსახურებაზე მოთხოვნის სიდიდე მკვეთრად მცირდება, რადგან ასეთ ფასების შემთხვევაში მომხმარებელთა გარკვეული კატეგორიისათვის, რომელთაც არ აქვთ საკმარისი შემოსავალი, მომსახურება ხელმიუწვდომელი ხდება. P_1 და P_2 შორის ფასთა დიაპაზონში, ფასის ზრდისას მომსახურება ხელმისაწვდომი ხდება მომხმარებელთა სულ უფრო მცირე კონტიგენტისათვის. ფასთა ასეთ დიაპაზონს შეესაბამება მომსახურებაზე შეზღუდული ხელმისაწვდომობა.

როდესაც მომსახურების ფასები აღემატება მეორე ზღვრულ მნიშვნელობას (P_2), ასეთ მომსახურებაზე მოთხოვნის სურათი ისევ იცვლება. ფასები აღწევენ ისეთ მაღალ მნიშვნელობას, რომ მომსახურება ხელმისაწვდომი ხდება მომხმარებელთა უკიდურესად შეზღუდული, მხოლოდ მაღალშემოსავლიანი ნაწილისათვის. ამ კატეგორიის მომხმარებელთათვის ასეთი ფასებიც კი არ წარმოადგენს საშიშს. აქვე აღსანიშნავია, რომ ფასთა ზრდისას მომსახურებაზე მოთხოვნის სიდიდე არც თუ ისე მნიშვნელოვნად მცირდება. ამასთან, რასაკვირველია, არსებობს სამედიცინო მომსახურების ისეთი საბაზრო ფასები, რომელთა დროს მოთხოვნის სიდიდე ნულამდე, ან მასთან ახლოს მდგომ სიდიდემდე მცირდება. მაგრამ ასეთი ფასები არ წარმოადგენენ პრაქტიკულ ინტერესს, რადგან მომხმარებელთა წრე, რომელთაც შეუძლიათ შეისყიდონ ასეთი ძვირადღირებული მომსახურებები, გაცილებით მცირეა.

განვიხილოთ ასეთი შემთხვევა: პაციენტს დანიშნული აქვს მასაჟი. ისმება კითხვა: რამ შეიძლება მოახდინოს გავლენა ჩასატარებელი მასაჟის რაოდენობაზე, ანუ რა რაოდენობის მასაჟის ჩატარება (ყიდვა) შეუძლია მომხმარებელს? ცხადია, ამ მხრივ, ყველაზე მთავარ ფაქტორებს წარმოადგენენ: მასაჟის ღირებულება, ჩვენი შემოსავალი, აგრეთვე აღნიშნული პროცედურის შემცველის არსებობის შემთხვევაში, თუ რომელს მივანიჭებთ უპირატესობას.

რაც მეტია პაციენტის შემოსავალი მით მეტი რაოდენობის მასაჟის ჩატარება შეუძლია მას. შემოსავლების შემცირებისას მცირდება პაციენტის მყიდველუნარიანობა და შესაბამისად

ნაკლები რაოდენობის მასაჟს ჩაიტარებს. თუ შეიცვლება პაციენტის განწყობა მასაჟის მიმართ, ანუ თუ რა უპირატესობას მიანიჭებს იგი ამ პროცედურას, შესაბამისად შეიცვლება მასზე მოთხოვნა. თუ პაციენტი გადაწყვეტს, რომ მასაჟი მისთვის ყველაზე სასურველ პროცედურას წარმოადგენს, იზრდება მასზე მოთხოვნა. თუ პაციენტის განწყობა შეიცვლება და იგი ჩათვლის, რომ მასაჟი არ წარმოადგენს მისთვის ყველაზე სასურველ პროცედურას, მცირდება მასზე მოთხოვნა.

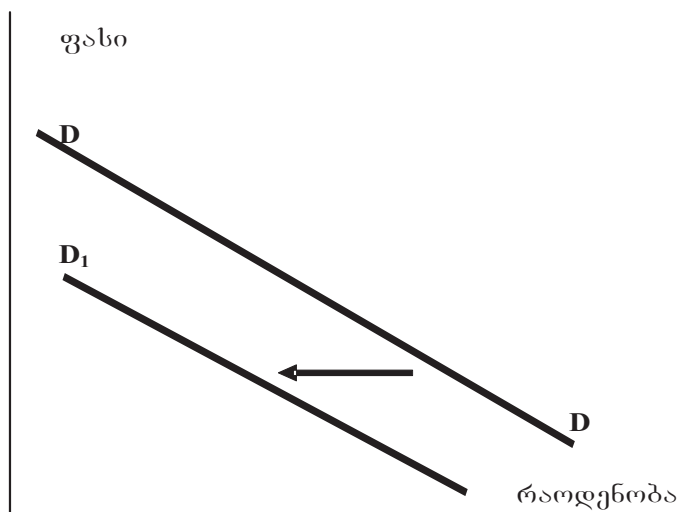
პაციენტის მასაჟზე მოთხოვნა აგრეთვე დამოკიდებულია მისი შემცვლელი სერვისის ფასზე. შესაძლებელ ვარიანტს წარმოადგენს – ფიზიოთერაპიის ღირებულება, რომელიც მასაჟის ალტერნატიულ მკურნალობის მეთოდად შეიძლება ჩაითვალოს. თუ ფიზიოთერაპიის ფასი დაბალია, ზოგიერთი პაციენტი მასაჟის ნაცვლად ფიზიოთერაპიის ჩატარებას გადაწყვეტს, რაც შეამცირებს მასაჟზე მოთხოვნას.

ჩვენს მოთხოვნაზე საქონელზე და მომსახურებაზე გავლენას ახდენს შვესებითი (Complementary) საქონლის ფასის ცვლილებები. იგი ისეთი სახის საქონელი ან მომსახურებაა, რომელიც ერთად შეიძლება შეიძინოს მომხმარებელმა. მაგალითად, თუ თვალის გასინჯვის ფასი საგრძნობლად იზრდება, ბევრი მომხმარებელი შეამცირებს თვალის რეგულარულ გასინჯვებს. აღნიშნულის გამო შემცირდება სათვალეებზე მოთხოვნა.

ყველა შემთხვევაში, როდესაც შემოსავალი, საქონლის ან მომსახურების ღირებულება, გარკვეულ საქონელზე თუ მომსახურებაზე უპირატესობის მინიჭება, ან შემცვლელი საქონლის ღირებულება შეიცვლება, მოთხოვნის მრუდი გადაიხრება.

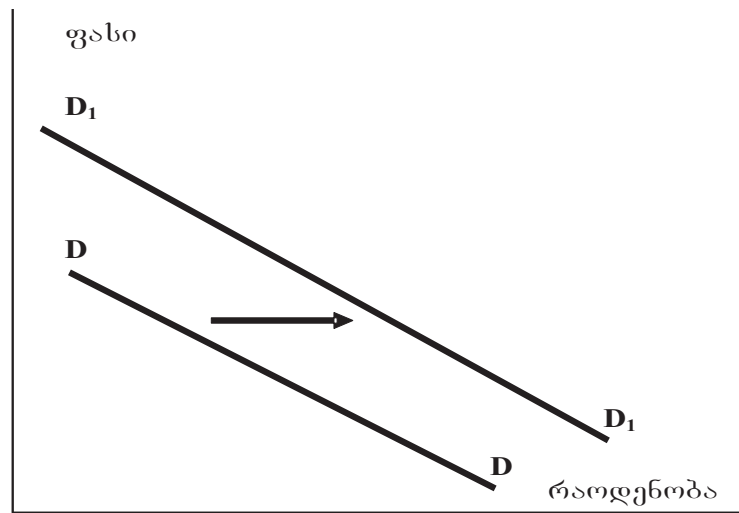
როგორც ქვემოთ მოყვანილ გრაფიკზეა ნაჩვენები, მოთხოვნის მრუდი გადაიხრება ქვევით, DD-დან D_1D_1 -ზე, როდესაც შემოსავალი მცირდება, მომხმარებელი ნაკლებ უპირატესობას ანიჭებს გარკვეული სახის საქონელს თუ მომსახურებას, მცირდება შემცვლელი საქონლის თუ მომსახურების ფასი, იზრდება შვესებითი საქონლის თუ მომსახურების ფასი.

ნახაზი 4: მოთხოვნის მრუდის გადანაცვლება ქვევით



როგორც ქვემოთ მოყვანილ გრაფიკზეა ნაჩვენები, მოთხოვნის მრუდი გადაიხრება ზევით, DD-დან D_1D_1 -ზე, როდესაც შემოსავალი იზრდება, მომხმარებელი მეტ უპირატესობას ანიჭებს გარკვეული სახის საქონელს თუ მომსახურებას, იზრდება შემცვლელი საქონლის თუ მომსახურების ფასი, მცირდება შვესებითი საქონლის თუ მომსახურების ფასი.

ნახაზი 5: მოთხოვნის მრუდის გადანაცვლება ზევით



მოთხოვნაზე მოქმედი ფაქტორები

მოთხოვნაზე გავლენას ახდენს შემდეგი ფაქტორები:

† ინდივიდუალური:

† მომხმარებლის გემოვნება;

† განწყობა;

† კულტურა;

† ასაკი;

† სქესი;

† განათლების დონე;

† ჯანმრთელობის მდგომარეობა.

† საერთო-საზოგადოებრივი ფაქტორები, რომლებიც ინდივიდუალურ მომხმარებელზე არ არის დამოკიდებული და საერთოა მთელი საზოგადოებისათვის:

† საქონლის ფასი;

† ფასთა მოსალოდნელი ცვლილებები;

† ფასები სხვა საქონელზე (ძირითადად შემცვლელი ან შვესებითი სახის);

† საზოგადოების განვითარების დონე;

† მომხმარებლის შემოსავალი;

† სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა;

† დაზღვევა

კულტურა არის ძირითადი ფასეულობების, აღქმის, სურვილებისა და ქცევების ერთობლიობა, რომელსაც საზოგადოების წევრი ოჯახისა და სხვა მნიშვნელოვანი ინსტიტუტებისაგან იძენს. თითოეულ ჯგუფსა და საზოგადოებას აქვს კულტურა და მოთხოვნაზე მისი ზეგავლენა სხვადასხვა ქვეყანაში შესაძლოა ერთმანეთისაგან განსხვავდებოდეს.

საქართველოში, ისევე როგორც ბევრ ქვეყანაში, თითოეული ადამიანის მიერ გადაწყვეტილების მიღების პროცესზე გავლენას ახდენს **კულტურული ფონი**. მისი სურვილი, ჩაიტაროს ექოსკოპიური ან სხვა მაღალტექნოლოგიური დიაგნოსტიკური გამოკვლევა,

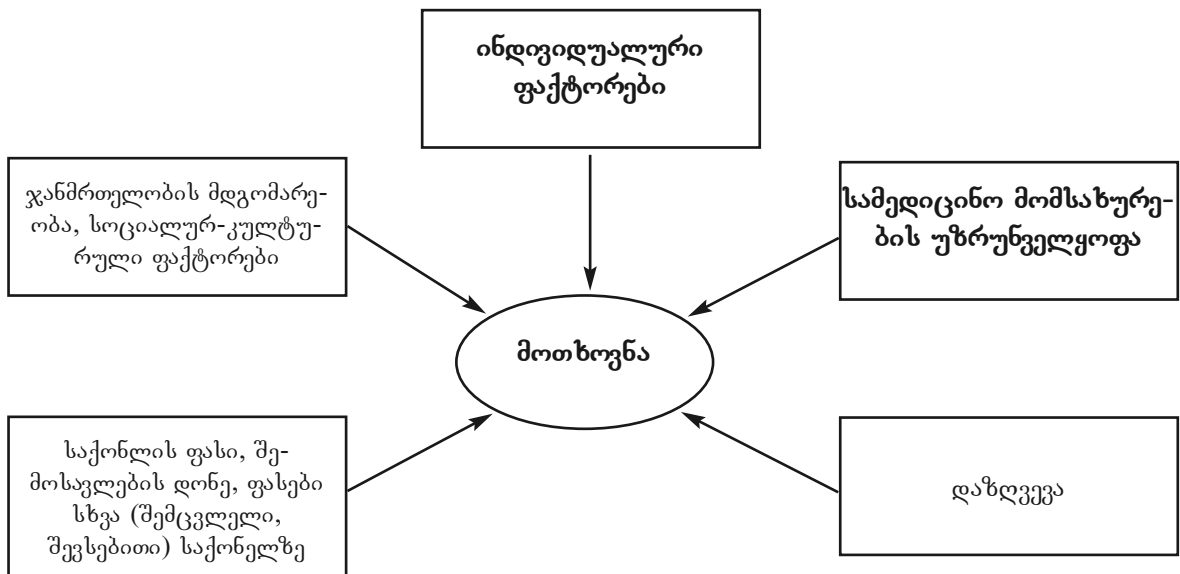
შესაძლოა გამოწვეული იყოს იმით, რომ ის გაიზარდა თანამედროვე საზოგადოებაში, სადაც შეიქმნა ასეთი სახის დიაგნოსტიკური ტექნოლოგია. ჩინეთში საუკუნეების განმავლობაში პოპულარობით სარგებლობდა არატრადიციული მედიცინის სახეები, რაც გაუღენას ახდენს ასეთი სახის სამედიცინო მოთხოვნაზე.

ასაკი - ადამიანები ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე სხვადასხვა მოთხოვნა გააჩნიათ სამედიცინო მომსახურებაზე. ეს ეხება როგორც პირველად ჯანდაცვას, ასევე სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებას, თუ პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს. ცხადია, რაც მეტია ასაკი, მით იზრდება სამედიცინო დახმარების მოთხოვნა. 65 და მეტი წლის ასაკში ყოველ მეორეს აღენიშნება მაღალი არტერიული წნევა².

სქესი - ქალები გაცილებით ხშირად მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებებს, ვიდრე მამაკაცები, რადგან მათ შორის გავრცელებულია ხანგრძლივად მიმდინარე ქრონიკული დაავადებები. ქალებში უფრო ხშირია დეპრესიული მდგომარეობებზე და ფსიქო-ემოციურ დარღვევებზე სამედიცინო დახმარების მოთხოვნა².

განათლება ბევრად განსაზღვრავს ადამიანის დასაქმებას, შემოსავლის დონეს, უზრუნველყოფს მის სოციალურ ადაპტაციას და შესაბამისად გაუღენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნაზე.

ნახაზი 6: სამედიცინო დახმარების მოთხოვნაზე მოქმედი ფაქტორები



მნიშვნელოვანია რეკლამის გაუღენა მოთხოვნაზე, მაგალითად, თამბაქოს მწვეველთა საწინააღმდეგოდ ჩატარებული ღონისძიებები. თამბაქოს მაგნიტის შესახებ საუკუნეებო გაფრთხილება სიგარეტის ყუთებზე და ტელევიზიით მისი რეკლამის აკრძალვა მიმართულია სიგარეტზე მოთხოვნილების შესამცირებლად. ასეთ შემთხვევაში მოთხოვნილების მრუდი გადაინაცვლებს მარცხნივ.

ჩვეულებრივ ბაზარზე მომხმარებელს წინასწარი ინფორმაცია აქვს და შეუძლია საკუთარი გემოვნების შესაბამისად აირჩიოს, თუ ვისგან, სად და რა ფასებში იყიდოს სასურველი საქონელი. იგი სრულიად დამოუკიდებელია გამყიდველისაგან. მომხმარებელი საქონლის ყიდვისას

ითვალისწინებს საკუთარ შემოსავალს და ცდილობს მისი მაქსიმალური სარგებლიანობით გამოყენებას, ანუ გვევლინება როგორც რაციონალური მყიდველი. მაგალითად, ყველამ იცის, რომ ბრინჯი და ხილი საკვები პროდუქტებია, ხოლო ავტომანქანა განკუთვნილია ტრანსპორტირებისათვის.

მიუხედავად ამისა, ზოგ შემთხვევებში (მაგ., ავტომობილის ან წყალგაყვანილობის შეკეთება) მომხმარებელი სრულყოფილად არაა ინფორმირებული ამა თუ იმ საქონლის შესახებ და უძნელდება არჩევანის გაკეთება. ასეთ დროს ადამიანები მიმართავენ ინფორმირებულ აგენტებს, რომლებიც მათ ეხმარებიან არჩევანის გაკეთებაში. კიდევ უფრო რთული მდგომარეობაა ჯანდაცვის სფეროში, სადაც პაციენტები მიმართავენ ექიმებს, რომელთა რჩევაზეა დამოკიდებული სამედიცინო მომსახურების მიწოდება.

აღნიშნული მდგომარეობა შეიძლება გახდეს დამატებითი პროცედურების დანიშვნის ან ჰოსპიტალიზაციის გახანგრძლივების მიზეზი, გარდა ამისა, სამკურნალო-დიაგნოსტიკურმა ღონისძიებებმა შეიძლება გაზარდონ მოთხოვნა სამედიცინო დახმარებაზე და გამოიწვიონ რეალურად საჭირო სამედიცინო მომსახურების, და მისი ღირებულების დეველაცია. მკვლევართა აზრით, მოთხოვნის ზრდა ხელს არ უწყობს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას, იგი განაპირობებს დამატებითი რესურსების მობილიზაციის საჭიროებას, რომელიც შეიძლება გამოყენებული ყოფილიყო სხვა, უფრო ეფექტური სამედიცინო მომსახურების უზრუნველსაყოფად.

მოთხოვნაზე გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა. ასე მაგალითად, როდესაც საავადმყოფო უზრუნველყოფილია საწოლების ჭარბი რაოდენობით, შესაძლებელია გაიზარდოს მათი საჭიროზე მეტად გამოყენება. პაციენტების მიმართვიანობა შეიძლება გაზარდოს სამედიცინო დახმარების გარკვეული სახეების უფასოდ მიწოდებამ. ზოგჯერ ექიმი შეიძლება დაინტერესებული იყოს სამედიცინო დახმარების მოთხოვნის გაზრდით, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც მისი ანაზღაურებისათვის გამოიყენება სერვისების მიხედვით (fee for service) დაფინანსების მეთოდი. ასეთი მდგომარეობა შეინიშნება ქირურგების დიდი რაოდენობით არსებობის შემთხვევაში, რამაც შეიძლება ქირურგიული ოპერაციების რაოდენობის ზრდა განაპირობოს. იგივე შეიძლება ითქვას მეან-გინეკოლოგების სიჭარბის შემთხვევაში, რამაც შეიძლება საკეისრო ჩარევათა რიცხვის გაზრდა გამოიწვიოს.

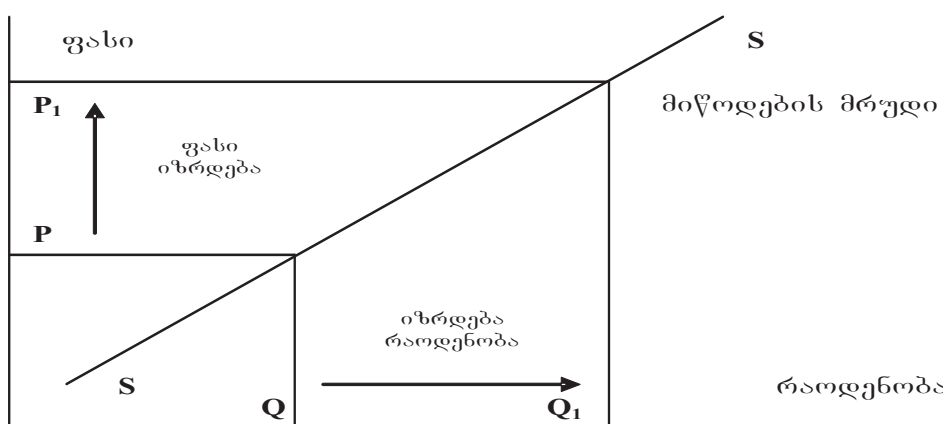
3.3. სამედიცინო დახმარების მიწოდება

სამედიცინო დახმარებაზე მოთხოვნა დაკავშირებულია მიწოდებასთან. წინა თვეში მოვიყვანეთ მასაჟისტიკის კაბინეტის მუშაობის მაგალითი. საინტერესოა, რაში მდგომარეობს მაქსიმალური მოგება? რა არის მოგება და როგორ შეიძლება მისი მაქსიმალურად მიღება? მასაჟისტიკის მომსახურების გაყიდვით დებულობს შემოსავალს. აღნიშნული შემოსავლის გარდა მან უნდა გასწიოს გარკვეული ხარჯები, რომელიც დაკავშირებულია პროცედურის განხორციელებასთან, კერძოდ, მიმღები პერსონალის ხელფასი, კაბინეტის იჯარა, მოწყობილობა-დანადგარების გამოყენებასთან დაკავშირებული ხარჯები და ა. შ. მოგება წარმოადგენს ყველა ხარჯის გაწევის შემდეგ დარჩენილ შემოსავალს.

მაქსიმალური მოგების მიღების მიზნით, მასაჟისტი ცდილობს განახორციელოს რაც შეიძლება მეტი მომსახურება შედარებით მაღალ ფასებში. ფასსა და მიწოდებულ რაოდენობას შორის ასეთი კავშირი პოზიტიურ და დადებით კავშირად ითვლება ბაზარზე.

მიწოდება წარმოადგენს საქონლის, ან მომსახურების რაოდენობას, რომელსაც მეწარმე განსაზღვრულ ფასში ყიდის. ცხადია, რაც უფრო მაღალია საქონლის ფასი, მით მეტია მიმწოდებელთა სურვილი და შესაძლებლობა გაზარდონ წარმოება და მიწოდება. წინააღმდეგ შემთხვევაში, რაც უფრო დაბალია ფასი, მით უფრო მცირდება მიმწოდებელთა სურვილი და შესაძლებლობა მიაწოდონ ბაზარს საქონელი. ამგვარად, **მიწოდება საქონლის ფასის პირდაპირ-პროპორციულია.**

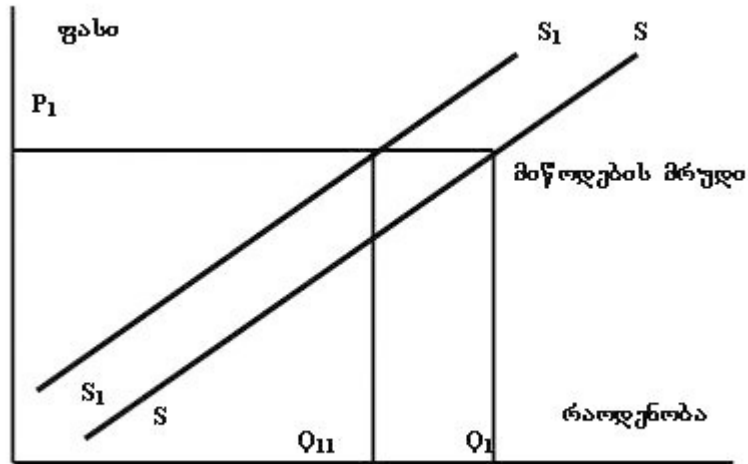
ნახაზი 7: მიწოდების მრუდი



როგორც გრაფიკზეა გამოსახული, მასაჟისტი P ფასად ყიდის Q რაოდენობის მომსახურებას. ფასის P_1 -მდე გაზრდისას მასაჟისტი ცდილობს გაყიდოს Q_1 რაოდენობის მომსახურება.

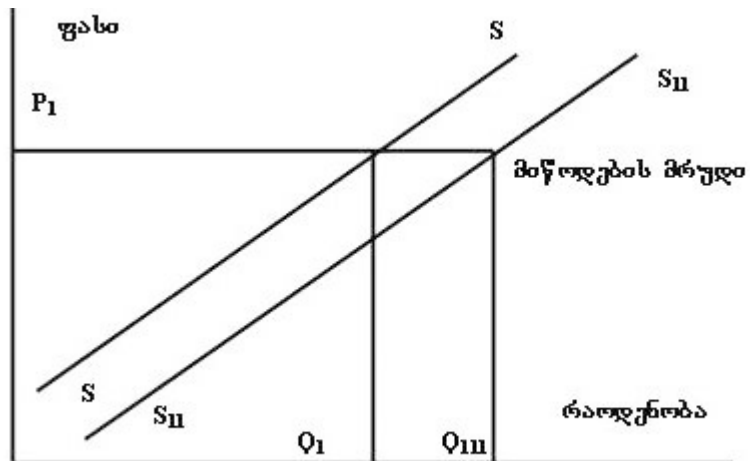
წარმოების ხარჯების ცვლილება მიწოდების მრუდის გადახრას განაპირობებს, მაგალითად, როდესაც მედლის ხელფასი იზრდება, ან კაბინეტის იჯარა მცირდება. გრაფიკზე SS არის მიწოდების საწყისი მრუდი. მედლის ხელფასის გაზრდისას მასაჟისტი შეეცდება შეამციროს მომსახურების რაოდენობა, ხოლო ერთეულის ფასი იგივე დატოვოს, ანუ P_1 ფასად მასაჟისტი ამცირებს მომსახურების რაოდენობას Q_2 -მდე. მიწოდების მრუდი S_1S_1 -ზე გადაიხრება.

ნახაზი 8: მიწოდების მრუდის გადახრა მარცხნივ



კაბინეტის იჯარის ღირებულების შემცირებისას, ცხადია მასაჟისტი მოგება თითოეულ მომსახურებაზე გაიზრდება. ასეთ შემთხვევაში მასაჟისტი შეეცდება გაზარდოს მომსახურების მიწოდება იმავე ფასად. როგორც გრაფიკზეა გამოსახული, P₁ ფასად მასაჟისტი ზრდის მომსახურების რაოდენობას Q₃-მდე, შესაბამისად მიწოდების მრუდი გადაიხრება S₂S₂-ზე.

ნახაზი 9: მიწოდების მრუდის გადახრა მარჯვნივ



მიწოდებაზე გაგლენას ახდენენ შემდეგი ფაქტორები:

† საქონლის (ან მომსახურების) წარმოებისათვის სხვადასხვა ტექნოლოგიების გამოყენება;

† წარმოების დანახარჯები, ანუ შენატანების ფასები;

† წარმოებული საქონლის ფასები;

† მრეწველობის მოცულობა, ზომა

† სეზონი, ამინდი.

ტექნოლოგიური ცვლილებები. საქონლის წარმოების ტექნოლოგიის გაუმჯობესების შედეგად საქონლის წარმოება უფრო იაფი ხდება. რადგან საქონლის წარმოება იაფი ხდება, მიმწოდებლები ცდილობენ გაზარდონ საქონლის წარმოება და მეტი რაოდენობა გამოიტანონ ბაზარზე გასაყიდად. შედეგად მიწოდების მრუდი გადაინაცვლებს მარჯვნივ.

შენატანების ფასები. საქონლის წარმოებაში დაკავებული პერსონალის ხელფასების გაზრდა შენატანების ხარჯის ზრდას განაპირობებს, რაც ამცირებს მიმწოდებლის სურვილს, მოცემულ ფასში მეტი რაოდენობით საქონელი აწარმოოს. შესაბამისად მცირდება მიწოდება და მიწოდების მრუდი გადაინაცვლებს მარცხნივ.

წარმოებული საქონლის ფასები. წარმოებული საქონლის ფასის გაზრდამ შეიძლება გამოიწვიოს ნელეული მასალის მიწოდების შემცირება. ასე მაგალითად, ვაშლი გამოიყენება როგორც უმად, ასევე ვაშლის ძმრის დასაყენებლად. ვაშლის ძმრის ფასის გაზრდა გამოიწვევს ბაზარზე ნელე ვაშლის მიწოდების შემცირებას.

მრეწველობის ზომა. როდესაც ბაზარზე ბევრი საწარმოა შემოსული (მაგალითად მასაჟისტიკის კაბინეტები), საქონლის (მომსახურების) მიწოდება იზრდება და შესაბამისად, მიწოდების მრუდი მარჯვნივ გადაინაცვლებს.

სეზონურობა. გარკვეული სახის პროდუქტების წარმოება დაკავშირებულია სეზონურობასთან, ამინდთან. კარგი ამინდის შემთხვევაში იზრდება საქონლის მიწოდება.

მიწოდებაზე გაგლენას ახდენს აგრეთვე მეწარმეებს შორის კონკურენციის ხარისხი, სამედიცინო დაწესებულებების საკუთრების ფორმა, მიმწოდებლების ანაზღაურების მეთოდები და სტიმულები. აღნიშნული ფაქტორები განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სფეროში, სადაც მოთხოვნა მიწოდებაზეა დამოკიდებული, რაც თავის მხრივ მიმწოდებლის სტიმულის ზრდას განაპირობებს.

კონკურენტუნარიან ბაზარზე მიმწოდებლის მიერ ფასის ყოველი მომატება საკუთარ საქონელზე მოთხოვნილების შემცირებას იწვევს. თუმცა, მას შეუძლია საკუთარი საქონელი სხვა მეწარმეთა საქონლისაგან განასხვავოს უფრო მაღალი ხარისხის წარმოებით. ჩვეულებრივ ბაზარზე, წარმოებული საქონლისაგან განსხვავებით, სამედიცინო დახმარება არაერთგვაროვან საქონელს წარმოადგენს. ასე მაგალითად, რაიონულ საავადმყოფოში გაწეული სამედიცინო დახმარება არსებითად განსხვავდება ქალაქის, ან რესპუბლიკური საავადმყოფოსაგან როგორც სადიაგნოზო მოწყობილობების გამოყენებით, ასევე მკურნალობის ხარისხით, რაც ამ უკანასკნელს მონოპოლისტურ მდგომარეობაში აყენებს.

ჩვეულებრივ, ბაზარზე ფასები გაწონასწორებულია, მიწოდება და მოთხოვნა ერთმანეთს ემთხვევა და საქონლის დეფიციტი ან სიჭარბე არ შეიძინევა. ამავე დროს, ჩვეულებრივ ბაზარზე მოთხოვნა და მიწოდება ერთმანეთისგან გამოყოფილია, ფასი წარმოადგენს დეფიციტის გამაფრთხილებელ ნიშანს, ხოლო მომხმარებელს აქვს შესაბამისი ინფორმაცია და დარწმუნებულია მაქსიმალურ სარგებლიანობის მიღებაში.

სამედიცინო ბაზარი არ წარმოადგენს სრულყოფილ კონკურენტუნარიან ბაზარს. სამედიცინო ბაზარზე მიწოდება გაგლენას ახდენს მოთხოვნაზე, რაც თავისთავად გამორიცხავს სრულყოფილი კონკურენციის არსებობას. სამედიცინო ბაზარზე გადამხდელს წარმოადგენს მესამე მხარე (სახელმწიფო, სადაზღვევო კომპანია). როდესაც დეკლარირებულია უფასო ჯანდაცვა სამედიცინო

დახმარების ნორმირების სისტემა ღებულობს ისეთ “არაფასისმიერ” ფორმებს, როგორცაა დაცვის ფურცელი (Waiting List), პრიორიტეტულ დააჯადებათა მკურნალობა, სამედიცინო პერსონალის არაკეთილგანწყობა პაციენტების მიმართ. სადაზღვევო ბაზარზე თანაგადახდა, თანადაზღვევა და საჯარიმო სანქციები წარმოადგენენ მოთხოვნის შეზღუდვის ვარიანტებს.

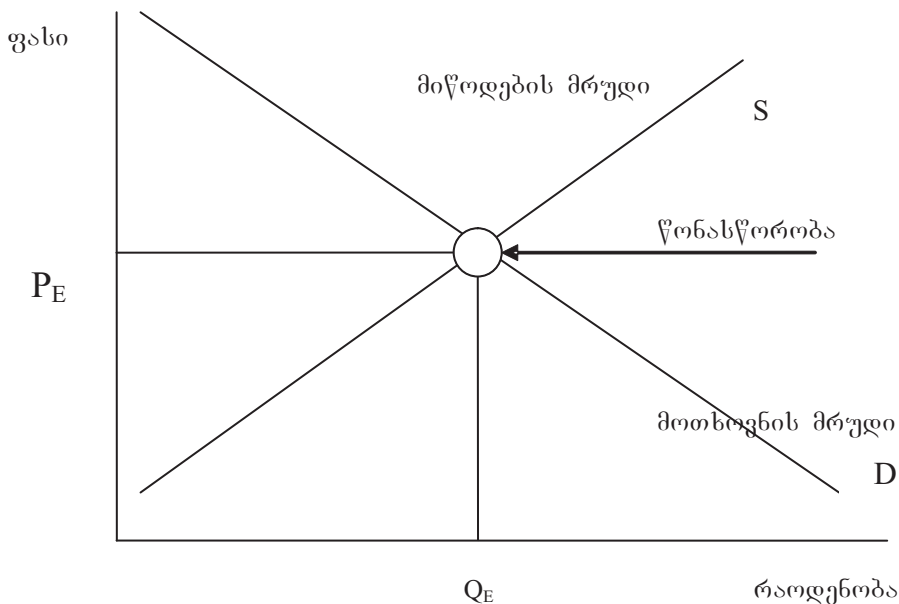
3.4. საბაზრო წონასწორობა

ქვემოთ მოცემულ ნახატზე მიწოდებისა და მოთხოვნის მრუდი ერთადაა გამოსახული. როდესაც მიმწოდებლებს სურთ იმ რაოდენობით აწარმოონ საქონელი და იმ ფასად, რაც მყიდველებისთვის სასურველია როგორც ფასის, ასევე რაოდენობის მხრივ, მაშინ მწარმოებელთა და მომხმარებელთა ინტერესები ერთმანეთს ემთხვევა (მოთხოვნა და მიწოდება გათანაბრებულია) და მყარდება წონასწორობა.

წონასწორობის ფასი არის ისეთი ფასი, როდესაც მოთხოვნა და მიწოდება დაბალანსებულია. წონასწორობის რაოდენობა (მოცულობა) არის ისეთი რაოდენობა, როდესაც მოთხოვნა და მიწოდება დაბალანსებულია.

საბაზრო წონასწორობისას მწარმოებლებს შეუძლიათ მიაწოდონ ბაზარს საქონლის სასურველი რაოდენობა, ხოლო, თავის მხრივ, მომხმარებლებს სურთ და შეუძლიათ მათი შეძენა. წონასწორობის ფასს ხშირად სრულყოფილი ბაზრის ფასსაც უწოდებენ, რადგან იგი ბაზრის ყველა მონაწილეს აკმაყოფილებს. ქვემოთ გამოსახულ დიაგრამაზე წონასწორობის ფასს შეესაბამება P_E წერტილი, ხოლო წონასწორობის რაოდენობას Q_E წერტილი.

ნახაზი 10: მიწოდებისა და მოთხოვნის წონასწორობა

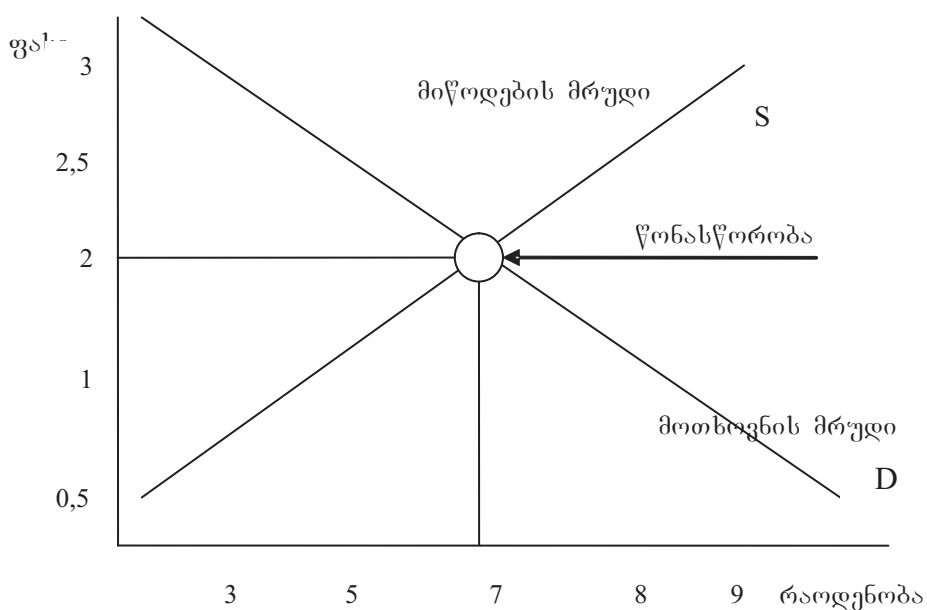


ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში როდესაც საქონლის ფასი 2 დოლარია მოთხოვნილი რაოდენობა და მიწოდების რაოდენობა ერთმანეთს თანხვდება.

ცხრილი 1: მიწოდების და მოთხოვნის ჩამონათვალი, ფასის და რაოდენობის წონასწორობა

მოთხოვნის ჩამონათვალი		მიწოდების ჩამონათვალი	
ფასი (\$)	რაოდენობა	ფასი (\$)	რაოდენობა
0	19	0	0
0,5	16	0,5	0
1	13	1	1
1,5	10	1,5	4
2	7	2	7
2,5	4	2,5	10
3	1		13

ნახაზი 11: მიწოდებისა და მოთხოვნის წონასწორობა

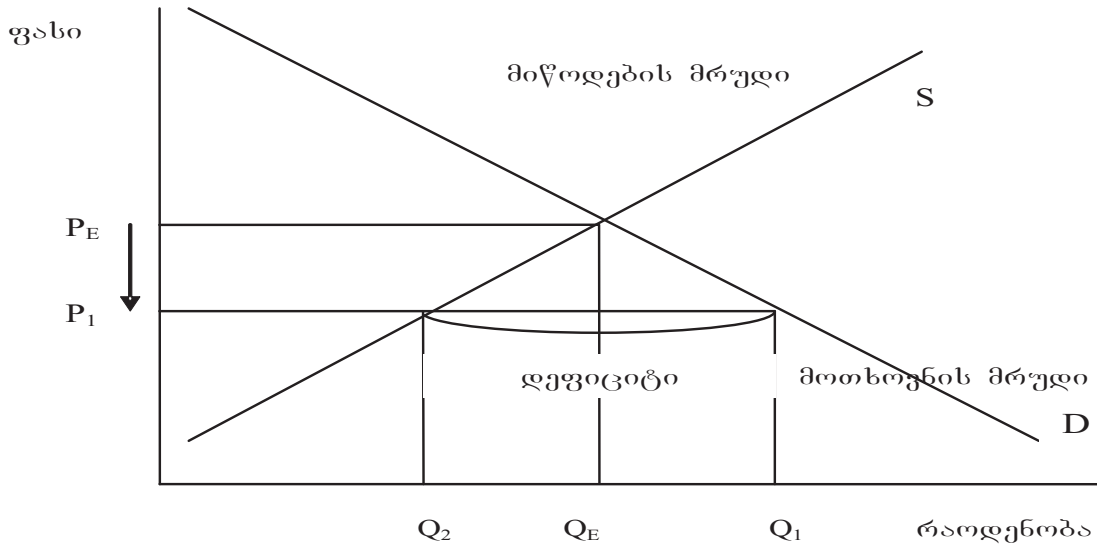


ნებისმიერ სხვა ფასზე ირღვევა საბაზრო წონასწორობა, მომხმარებლები და მიმწოდებლები ცვლიან მოთხოვნისა და მიწოდების რაოდენობას.

3.5. მოთხოვნის სიჭარბე

ფასის P_1 -მდე შემცირებისას საქონელზე მოთხოვნა იზრდება Q_1 -მდე. რადგან ფასი დაბალია მომხმარებელთა ბევრ რაოდენობას აქვს სურვილი და შესაძლებლობა იყიდოს საქონელი. როდესაც ფასი წონასწორობის ფასზე დაბალია საქონლის მოთხოვნილი მოცულობა აღემატება მიწოდების მოცულობას, რადგან მიმწოდებლებს შეუძლიათ მიაწოდონ მხოლოდ Q_2 რაოდენობის საქონელი. შესაბამისად იქმნება მოთხოვნის სიჭარბე ($Q_1 - Q_2$), ანუ საქონლის მიწოდების დეფიციტი. მოგების მიღების მიზნით მიმწოდებელი ცდილობს საქონელზე ფასის მომატებას, რომელიც თანდათან წონასწორობის ფასს მიუახლოვდება.

ნახაზი 12: მიწოდებისა და მოთხოვნის მრუდი

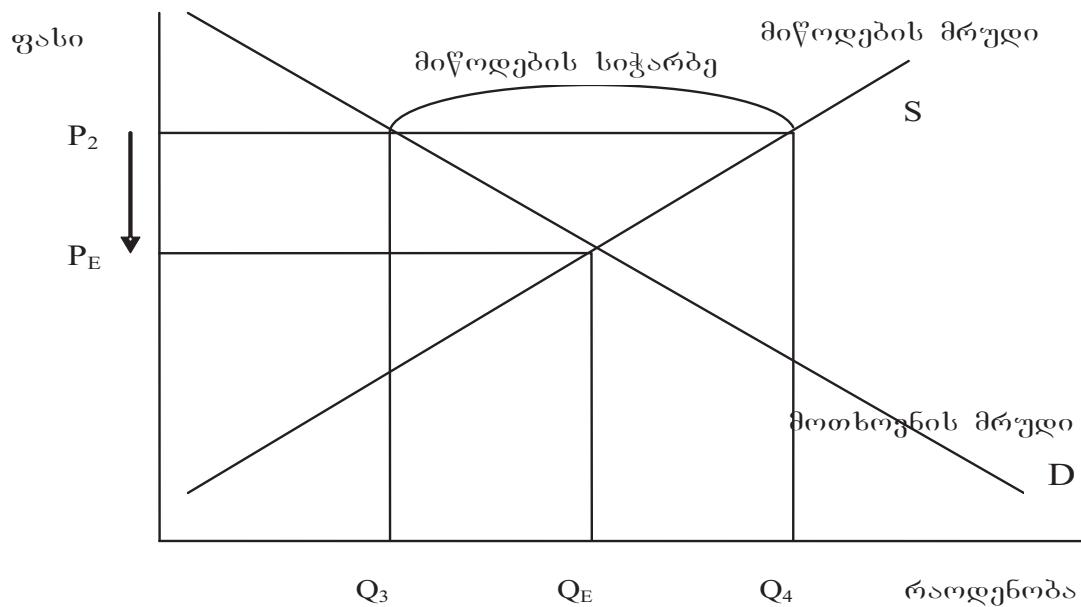


3.6. მიწოდების სიტარბი

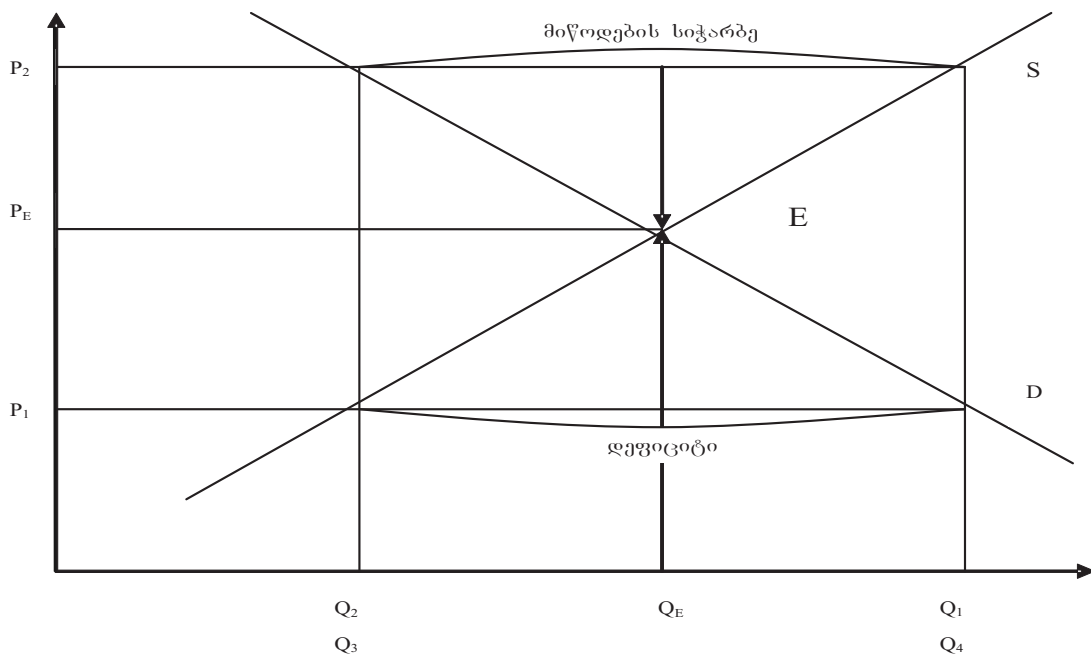
როგორც ქვემოთ მოყვანილ ნახატზეა გამოსახული, P_2 ფასი ძალიან მაღალია. როდესაც ფასი წონასწორობის ფასზე მაღალია, მიწოდების მოცულობა აღემატება მოთხოვნას. მიწოდებებს შეუძლიათ Q_4 რაოდენობის საქონელი აწარმოონ, მაგრამ რადგან ძვირადღირებულ საქონელზე მოთხოვნა მცირდება, მომხმარებლებს შეუძლიათ იყიდონ მხოლოდ Q_3 რაოდენობის საქონელი. შესაბამისად, მიწოდება აღემატება მოთხოვნას და ბაზარზე ჭარბი საქონელი გროვდება ($Q_4 - Q_3$). შექმნილი სიტუაცია მიწოდებებს აიძულებს შეამციროს ფასი. საქონლის ფასის წონასწორობის ფასამდე შემცირებისას ბაზარზე მყარდება წონასწორობა. როდესაც მოთხოვნა-მიწოდებას შორის წონასწორობა მყარდება, საქონლის წარმოება მომხმარებლის ინტერესებზეა გათვლილი, ანუ იწარმოება Q_E რაოდენობის (წონასწორობის რაოდენობა) საქონელი P_E (წონასწორობის ფასი) ფასად. საბაზრო წონასწორობა მისი მუდმივი დარღვევისა და აღდგენის გზით მიიღწევა. (იხილეთ ნახაზი 13).

შექმნილი სიტუაცია მეწარმეს აიძულებს შეამციროს ფასი P_2 -მდე. მიწოდების შემცირება ბაზარზე საქონლის უკმარისობას, მის დეფიციტს განაპირობებს ($Q^{D2} - Q^{S2}$). საქონლის დეფიციტი მეწარმეს უბიძგებს როგორც მისი რაოდენობის, ასევე ფასის მომატებისკენ. ბაზრის მოცემული საქონლით თანდათანობით გაჯერებისას, როდესაც მოთხოვნა-მიწოდებას შორის წონასწორობა მყარდება, საქონლის წარმოება მომხმარებლის ინტერესებზეა გათვლილი, ანუ იწარმოება Q_E რაოდენობის საქონელი P_E (წონასწორობის ფასი) ფასად. ასეთ შემთხვევაში საქონლის ფასი მისი ღირებულების ტოლია. საბაზრო წონასწორობა მისი მუდმივი დარღვევისა და აღდგენის გზით მიიღწევა.

ნახაზი 13: მიწოდებისა და მოთხოვნის მრუდი



ნახაზი 14: საბაზრო წონასწორობა და მისი დარღვევა



გეგმიური ეკონომიკის დროს საქონლის მიწოდებასა და ფასს ადგენს სახელმწიფო, ხოლო მომხმარებლის მოთხოვნას არეგულირებს როგორც ფასი, ასევე საქონლის ხელმისაწვდომობა. საბაზრო ეკონომიკის შემთხვევაში მოთხოვნასა და მიწოდებას განსაზღვრავს თავად მწარმე და მომხმარებელი, ხოლო საქონლის ფასი ხელმისაწვდომობის ნორმირების იარაღს წარმოადგენს და მისი დეფიციტის შესახებ გამაფრთხილებელი ნიშანია.

განვიხილოთ თუ როგორ მყარდება წონასწორობა სამედიცინო ბაზარზე. დაეუშვათ, რომ სტომატოლოგი გადაწყვეტს თითოეული პროცედურის ფასის მომატებას და 20 ლარის ნაცვლად დააწესებს 30 ლარს. ამ შემთხვევაში პროცედურის ფასი ღირებულებას აღემატება, რაც სტომატოლოგისათვის ფრიად მომგებიანია. მეორე მხრივ, ფასის მომატება მოცემულ პროცედურაზე მოთხოვნის შემცირებას იწვევს. პაციენტი ცდილობს სხვა, უფრო იაფფასიან სტომატოლოგიურ კაბინეტში ჩაიტაროს სამედიცინო დახმარება. ამის გამო, ზემოაღნიშნული კაბინეტი 5 პაციენტის ნაცვლად მოემსახურება 3-ს და მისი შემოსავალი შეადგენს $30 \times 3 \times 5 \times 4 = 18000$ ლარს, რაც 200 ლარით ნაკლებია, ვიდრე 20 ლარის შემთხვევაში. აღნიშნული მდგომარეობა სტომატოლოგს აიძულებს შეამციროს დაწესებული ფასი მანამ, სანამ აღნიშნული სახის სამედიცინო დახმარების ბაზარზე წონასწორობას არ მიაღწევს, წონასწორობის დროს ისეთი ფასია დაწესებული, რომლითაც მიწოდება და მოთხოვნა თანაბარია.

სამედიცინო ბაზარზე წონასწორობა შეიძლება დაირღვეს სამედიცინო დახმარების ფასის, ან ექიმთა რაოდენობის ცვლილების შემთხვევაში. ასე მაგალითად, კანადაში სამედიცინო დახმარების ცალკეულ სახეებზე ფასების შემცირების შემდეგ დარღვეული წონასწორობის საკომპენსაციოდ მნიშვნელოვნად გაიზარდა სამედიცინო პროცედურების რაოდენობა.

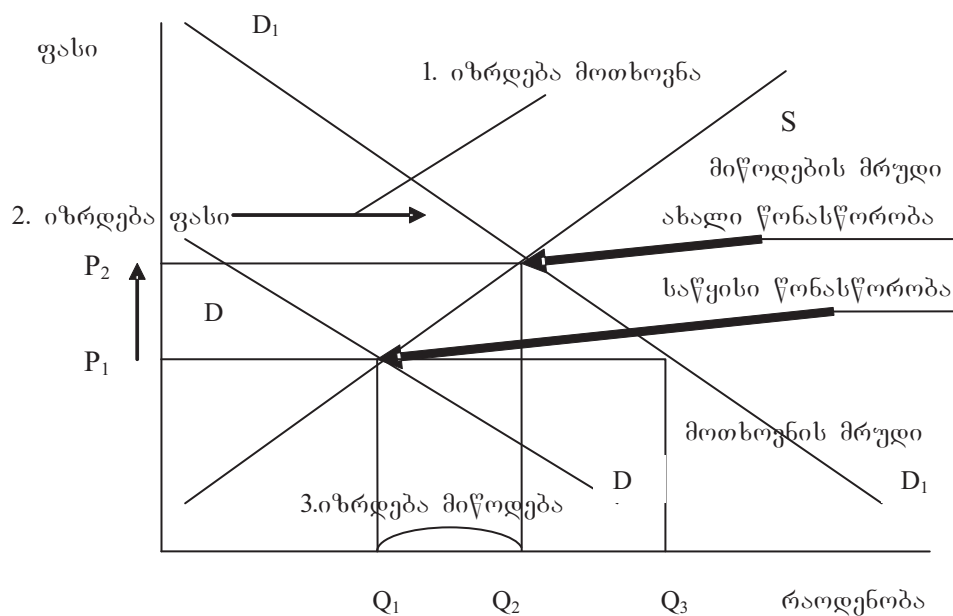
3.7. საბაზრო შოკი

ჩვენ განვიხილეთ თუ როგორ ხდება წონასწორობის მიღწევა ბაზარზე, მოთხოვნისა და მიწოდების კომბინაციით ერთი მყარი ფასის დადგენა. მაგრამ რა მოხდება თუ რაღაც ფაქტორი ან მოვლენა მიწოდებისა და მოთხოვნის მრუდს გადაანაცვლებს. ეკონომისტები **ბაზრის წონასწორობიდან გადაანაცვლებას შოკს უწოდებენ. შოკი შეიძლება გამოიწვიოს შემოსავლების დონის ცვლილების გამო მოთხოვნის შეცვლამ, ან ხარჯების ცვლილების გამო მიწოდების შეცვლამ.** თითოეულ შემთხვევაში შოკი არღვევს წონასწორობას. საინტერესოა თუ როგორ რეაგირებს ბაზარი შოკზე.

გაგანალიზოთ თუ რა რეაქცია მოჰყვება მოსახლეობის შემოსავლების ზრდის გამო მოთხოვნის გაზრდას. ქვემოთ მოყვანილ ნახატზე მიწოდების და მოთხოვნის საწყისი მრუდები შეესაბამება SS-ს DD-ს. ბაზრის საწყისი წონასწორობა შეესაბამება P₁-ფასს და Q₁ რაოდენობას.

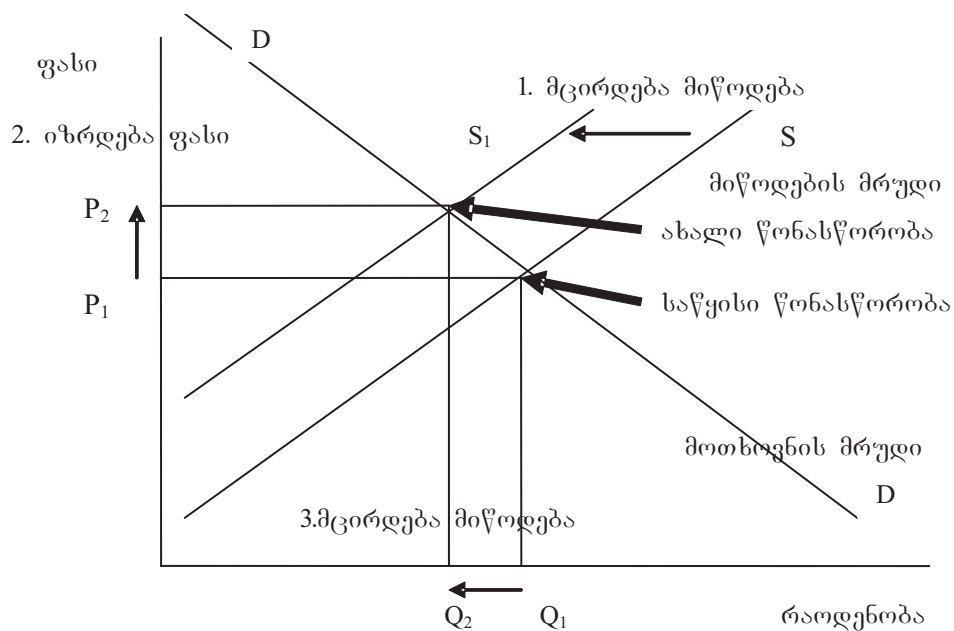
დაეუშვათ, რომ გაიზარდა მოსახლეობის შემოსავლების დონე, მოთხოვნის მრუდი გადაინაცვლებს მარჯვნივ D₁D₁ მრუდესკენ, რადგან მყიდველებს სურთ მეტი საქონელი იყიდონ იმავე ფასად. მოთხოვნის ასეთი ზრდა არღვევს ბაზრის წონასწორობას. ხალხს სურს იყიდოს D₃ რაოდენობის საქონელი P₁ ფასად, მაგრამ მიმწოდებლებს სურთ გაყიდონ Q₁ რაოდენობის საქონელი P₁ ფასად. შედეგად იქმნება მოთხოვნის სიჭარბე, რაც თავის მხრივ ფასების ზრდას განაპირობებს. ფასების ზრდა შეამცირებს საქონელზე მოთხოვნას და გაზრდის მიწოდებას. ბაზარზე ახალი ფასისა და რაოდენობის ახალი წონასწორობა მყარდება.

ნახაზი 15: მოთხოვნის მრუდის გადანაცვლებით ბაზრის ახალი წონასწორობის დამყარება



ამრიგად, ხალხის შემოსავლების ზრდამ გამოიწვია უფრო მაღალ ფასზე P_2 და უფრო მაღალ რაოდენობაზე Q_2 ახალი წონასწორობის დამყარება განაპირობა.

ნახაზი 16: მიწოდების მრუდის გადანაცვლებით ბაზრის ახალი წონასწორობის დამყარება



როგორც აღენიშნეთ თავისუფალ ბაზარს შეუძლია ავტომატურად დაამყაროს წონასწორობის ფასი და რაოდენობა. ამრიგად ბაზარი თავად წარმოადგენს ძლიერ ალოკაციურ სისტემას. ეს არის ის, რასაც ადამ სმიტი (ეკონომიკის მამამთავარი) უწოდებდა “უჩინარ ხელს”.

მომხმარებელს მთავარი როლი ეკისრება ბაზარზე საქონლის რაოდენობის განსაზღვრაში. იგი ყიდულობს გარკვეული რაოდენობის საქონელს გარკვეულ ფასად. ეს ფასი წარმოადგენს სიგნალს მქარამისათვის, რამდენით მეტი ან ნაკლები საქონელი აწარმოოს.

საკონტროლო კითხვები და ამოცანები

1. თუ საქონელზე მოთხოვნა მუდმივი რჩება, მაგრამ მიწოდება ეცემა, როგორ შეიცვლება საქონლის საბაზრო ფასი?
 - ა) გაიზრდება;
 - ბ) შემცირდება;
 - გ) უცვლელი დარჩება;
 - დ) შეიცვლება მიწოდების ცვლილების პროპორციულად.
2. როგორ შეიცვლება საქონლის საბაზრო ფასი, თუ მიწოდება მუდმივი რჩება, ხოლო მოთხოვნა გაიზრდება?
 - ა) გაიზრდება;
 - ბ) შემცირდება;
 - გ) უცვლელი დარჩება;
 - დ) შეიცვლება მოთხოვნის ცვლილების პროპორციულად.
3. ქვემოთ მოყვანილი ცხრილი გვიჩვენებს ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მომსახურებაზე მოთხოვნას იმ პოლიკლინიკაში, სადაც მომსახურება ფასიანია.

ცხრილი 2: ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ფასიან მომსახურებაზე მოთხოვნა

ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან კონსულტაციების ფასი	ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან მოთხოვნილი კონსულტაციების რაოდენობა თვეში
0 ლარი	600
5 ლარი	400
10 ლარი	150
15 ლარი	100
20 ლარი	90

- ა) ააგე ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მომსახურებაზე მოთხოვნის მრუდი ცხრილის გამოყენებით.
- ბ) თუ ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მომსახურებაზე კონსულტაციის ფასი 5 ლარია, რამდენი იქნება პაციენტების კონსულტაციებზე მიერ გადახდილი საერთო ფასი? პასუხი აჩვენე გრაფიკზე.
- გ) თუ კონსულტაციის ფასი 10 ლარიდან 20 ლარამდე გაიზრდება, როგორ შეიცვლება მოთხოვნის რაოდენობა?

4. ქვემოთ მოყვანილი ცხრილი გვიჩვენებს ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მომსახურების მიწოდებას იმ პოლიკლინიკაში, სადაც მომსახურება ფასიანია.

ცხრილი 3: ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ფასიანი მომსახურების მიწოდება

ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან კონსულტაციების ფასი	ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მიერ მიწოდებული კონ-
0 ლარი	0
5 ლარი	40
10 ლარი	80
15 ლარი	100
20 ლარი	150

ა). ააგე ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მომსახურებაზე მიწოდების მრუდი ცხრილის გამოყენებით.

ბ). თუ ზოგადი პრაქტიკის ექიმის კონსულტაციის ფასი 10 ლარიდან 15 ლარამდე გაიზარდა, როგორ შეიცვლება მიწოდების რაოდენობა?

გ) დაუშვათ ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ხარჯი 10 %-ით გაიზარდა, რამაც 10 %-ით შეამცირა კონსულტაციების რაოდენობა. გამოიყვანე ახალი ცხრილი.

დ) დაუშვათ ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ხარჯი 10 %-ით გაიზარდა, რამაც 10 %-ით შეამცირა კონსულტაციების რაოდენობა. ააგე ახალი მრუდი.

5. მე-3 და მე-4 მაგალითების საფუძველზე ააგე ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან კონსულტაციის მოთხოვნა-მიწოდების მრუდი. რა არის წონასწორობის ფასი ამ მაგალითში. რამდენ შემოსავალს მიიღებენ ექიმები.

6. მე-3 და მე-4 მაგალითების საფუძველზე ააგე ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან კონსულტაციის მოთხოვნა-მიწოდების მრუდი.

ხარჯების შემცირებამ თვეში 70 კონსულტაციით მიწოდების გაზრდა განაპირობა ნებისმიერ ფასში. ააგე გრაფიკი.

ა) ამ მაგალითში რა არის ახალი წონასწორობის ფასი და რაოდენობა?

გ) აგვიწერე როგორ აღწევს ბაზარი ახალ წონასწორობის მდგომარეობას?

7. შემოსავლების გაზრდამ გამოიწვია თვეში 70 კონსულტაციით მოთხოვნის ზრდა ნებისმიერ ფასში. ააგე გრაფიკი.

ა) ამ მაგალითში რა არის ახალი წონასწორობის ფასი და რაოდენობა?

ბ) აგვიწერე როგორ აღწევს ბაზარი ახალ წონასწორობის მდგომარეობას?

8. თუ საქონელზე მოთხოვნა მუდმივი რჩება, მაგრამ მიწოდება მცირდება, როგორ შეიცვლება საქონლის საბაზრო ფასი?

ა) გაიზარდება;

ბ) შემცირდება;

გ) უცვლელი დარჩება;

დ) შეიცვლება მიწოდების ცვლილების პროპორციულად.

9. როგორ შეიცვლება საქონლის საბაზრო ფასი, თუ მიწოდება მუდმივი რჩება, ხოლო მოთხოვნა გაიზრდება?

- ა) გაიზრდება;
- ბ) შემცირდება;
- გ) უცვლელი დარჩება;
- დ) შეიცვლება მოთხოვნის ცვლილების პროპორციულად.

10. რა არის საქონელი, მოხმარება, მომხმარებელი?

11. განასხვავეთ ერთმანეთისაგან მოთხოვნილება, სურვილი და მოთხოვნა.

12. ჩამოთვალეთ მოთხოვნაზე მოქმედი ფაქტორები.

13. ჩამოთვალეთ მიწოდებაზე მოქმედი ფაქტორები.

14. რა არის წონასწორობის ფასი და რაოდენობა?

15. დახაზეთ მიწოდებისა და მოთხოვნის წონასწორობის გრაფიკი.

ლიტერატურა

1. C. V. Mosby, Walter D. Glanze, Kenneth N. Anderson, Mosby Medical Encyclopedia, The Signet: Revised Edition, New American Library, 1996.
2. ო. გერზმაჟა, ო. ვასაძე, დ. ვესტი. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი, თბილისი 2003 წ.
3. Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.
4. კახაბერ ჯაყელი, გ. ხაჭაპურიძე, ჯანმრთელობის დაცვის ეკონომიკის განვითარების მნიშვნელოვანი მიმართულებები მსოფლიოს გამოცდილების გათვალისწინებით, თბილისი, 2003.
5. ო. ვასაძე, ც. ჯანელიძე, ლ. კობალაძე, ჯანდაცვის მენეჯმენტის განმარტებითი ლექსიკონი, თბილისი, 2002 წ.

თავი IV

ელასტიკურობა

4.1. შესავალი

დაუშვათ, ქვეყანაში ეკონომიკური აღმავლობის შედეგად მოსახლეობის შემოსავლები გაიზარდა. სამედიცინო დაწესებულებამ გადაწყვიტა ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან ვიზიტის ფასი 10 ლარიდან 15 ლარამდე გაეზარდა. ისმება კითხვა: რა რეაგირება ექნებათ პაციენტებს (მომხმარებლებს) და ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს (მიმწოდებლები) ბაზრის პირობების ცვლილებაზე, რა გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნასა და მიწოდებაზე ფასის ცვლილება? რა დაემართება ჩვენს შემოსავლებს თუ ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან ვიზიტზე ფასი გაიზარდება? რამდენად შეიცვლება მომსახურების მოცულობას ფასის ზრდისას? მოცემული კითხვები დაკავშირებულია ფასისა და რაოდენობის შორის ურთიერთობასთან.

ჩვენთვის ცნობილია, რომ ფასის ზრდისას მომხმარებლები ცდილობენ შედარებით ნაკლები რაოდენობის საქონელი (ან მომსახურება) შეიძინონ, მაგრამ ჩვენთვის უცნობია რამდენად ნაკლებ საქონელს შევიძენთ. ასეთი ანალიზის გასაკეთებლად საჭიროა გავცნოთ ელასტიკურობას, რომელიც საშუალებას იძლევა პასუხი გავცეთ აღნიშნულ კითხვაზე.

ელასტიკურობა ხელსაყრელ საშუალებას წარმოადგენს ჯანდაცვის ეკონომისტებისათვის, მენეჯერებისათვის, რადგან მოთხოვნისა და მიწოდების ზუსტი ანალიზის, გაყიდვების და შემოსავლების პროგნოზირების საშუალებას იძლევა. სტატისტიკური ტექნოლოგიების გამოყენებით შესაძლებელია დადგინდეს გარკვეულ რეგიონში, ან ქვეყნის მასშტაბით სამედიცინო მომსახურების მოცულობის პროგნოზირება ფასის ან შემოსავლების ელასტიკურობის მიხედვით.

სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნაზე და მიწოდებაზე მოქმედი ფაქტორების განხილვისას აღვნიშნეთ, თუ რა მთავარი როლი ეკისრება ფასს, რომელიც ერთი მხრივ განსაზღვრავს მოთხოვნას და მიწოდებას, ხოლო მეორე მხრივ, მისი თავისუფალი ცვლილების პრობებში, ახდენს მოთხოვნისა და მიწოდების ბალანსირებას.

მომხმარებლები, როგორც წესი, მომსახურების (ან საქონლის) მეტ რაოდენობას ყიდულობენ, როდესაც:

- † მომსახურების ფასი მცირდება;
- † მათი შემოსავალი იზრდება;
- † მომსახურების შემცვლელის ფასები იზრდება;
- † მომსახურების შემავსებლების ფასები მცირდება.

აქვე აღსანიშნავია, რომ მოთხოვნის შესახებ ვმსჯელობდით ხარისხობრივი და არა რაოდენობრივი თვალსაზრისით. როდესაც ფასი იცვლება მოთხოვნისა და მიწოდების სიდიდეების ცვლილებების პროგნოზირებისათვის საჭიროა ამ ცვლილებების რაოდენობრივი პარამეტრების ცოდნა.

მოთხოვნისა და მიწოდების ყველაზე უფრო გავრცელებულ რაოდენობრივ მაჩვენებელს წარმოადგენს ელასტიკურობა. ანუ, ელასტიკურობა არის მოთხოვნის ან მიწოდების რომელიმე დეტერმინანტზე რეაგირების მექანიზმი.

4.2. მოთხოვნის ელასტიკურობა ფასის მიხედვით

მოთხოვნის კანონის თანახმად, მომსახურების ფასის შემცირება განაპირობებს მოთხოვნის რაოდენობის ზრდას.

მოთხოვნის ელასტიკურობა ფასის მიხედვით წარმოადგენს სიდიდეს, რომელიც გვიჩვენებს, თუ რა გავლენას ახდენს ფასის მცირედი ცვლილება მოთხოვნის ცვლილებაზე.

მოთხოვნა ელასტიურია, თუ საქონელზე ფასების ცვლილებისას არსებითად იცვლება საქონელზე მოთხოვნის მოცულობა. მოთხოვნა არაელასტიურია, თუ საქონელზე ფასების ცვლილებისას უმნიშვნელოდ იცვლება საქონელზე მოთხოვნის მოცულობა.

ნებისმიერ საქონელზე მოთხოვნის ელასტიკურობა ან არაელასტიკურობა დამოკიდებულია მომხმარებლის პირად შეფასებაზე, განეკუთვნება თუ არა მოცემული საქონელი აუცილებელ ან ფუფუნების საგანს.

არსებობს ისეთი საქონელი და მომსახურება, რომლის გარეშე ადამიანს არსებობა არ შეუძლია. მათ პირველი მოთხოვნილების საგნებს უწოდებენ. თავის მხრივ არსებობს ისეთი საქონელი და მომსახურება, რომელთა გარეშე ცხოვრება შესაძლებელია. ისინი ფუფუნების საგნებს წარმოადგენენ (მაგ., ძვირადღირებული საიუველირო საგნები).

ნებისმიერ საქონელზე მოთხოვნის ელასტიკურობა ან არაელასტიკურობა მომხმარებლის შემოსავლებზე, კულტურაზე და გემოვნებაზეა დამოკიდებული. ამასთან, აღსანიშნავია, რომ პირველი მოთხოვნილების საგნებსა და ფუფუნების საგნებს შორის ზღვარის გავლება პირობითია, ანუ ინდივიდუალური შეფასება ფარდობითია: თუ მდიდარი ადამიანისათვის ბევრი საქონელი პირველი მოთხოვნილების საგანს წარმოადგენს, ღარიბისათვის ასეთი არჩევანი შეზღუდულია. ამგვარად, მოთხოვნის ელასტიკურობა ფასის მიხედვით დამოკიდებულია მრავალ ეკონომიკურ, სოციალურ და ფსიქოლოგიურ ფაქტორებთან, რომლებიც ადამიანის სურვილების ფორმირებას ახდენენ.

ფასის მიხედვით მოთხოვნის ელასტიკურობაზე შემდეგი ფაქტორები ახდენს გავლენას:

† კონკურენტუნარიანი საქონლის (ან მომსახურების) ან მისი *შემცვლელების* არსებობა. რაც უფრო ბევრია შემცვლელი საქონელი, მით ელასტიურია მოთხოვნა მოცემულ საქონელზე, რადგან მომხმარებლისათვის უფრო ადვილია ერთი საქონლიდან მეორეზე გადართვა. მაგალითად, სუპრასტინი და ტავეგილი ანტიალერგიულ პრეპარატებს წარმოადგენენ და შემცვლელებია. სუპრასტინის მცირედი გაძვირება, როცა ტავეგილის ფასი უცვლელია, გამოიწვევს სუპრასტინის გაყიდვების შემცირებას. სუპრასტინისგან განსხვავებით, მაგნიუმის სულფატს ბევრი შემცვლელი არ აქვს, ამიტომ მაგნიუმის სულფატზე მოთხოვნა ნაკლებად ელასტიკურია, ვიდრე სუპრასტინზე მოთხოვნა;

† საქონლის ხარისხი – *პირველადი მოთხოვნილების საგნები და ფუფუნების საგნები*. თუ საქონელი ფუფუნების საგანია, მოთხოვნა ელასტიურია. თუ საქონელი პირველი მოთხოვნილების საგანია, მოთხოვნა არაელასტიურია. როდესაც ექიმთან კონსულტაციის ფასი იზრდება, პაციენტები მაინც მიმართავენ ექიმს და ნაკლებად ცვლიან მასთან კონსულტაციების რაოდენობას. მაგრამ როდესაც პლასტიკური ქირურგიის ფასი იზრდება, ასეთ მომსახურებაზე მოთხოვნა მნიშვნელოვნად მცირდება. აღნიშნული განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ საჭიროებისას ექიმთან ვიზიტი პირველადი მოთხოვნილების საგნად ითვლება, პლასტიკური ოპერაცია კი – ფუფუნების საგნად. სამედიცინო მომსახურების ესა თუ ის სახე პირველადი მოთხოვნილებისაა თუ ფუფუნების დამოკიდებულია მომხმარებლის უპირატესობებზე. ვინც საკუთარი სხეულის სილამაზეზე უფრო ზრუნავს, ვიდრე ჯანმრთელობაზე, პლასტიკური ოპერაცია წარმოადგენს პირველადი მოთხოვნილების საგანს არაელასტიკური მოთხოვნით, ხოლო ექიმთან ვიზიტი ფუფუნების საგანია ელასტიკური მოთხოვნით.

† **ვიწრო და ფართო ბაზარი** – ვიწრო ბაზრის საქონელს უფრო ელასტიკური მოთხოვნა აქვს, ვიდრე ფართო ბაზრის საქონელს, ვინაიდან ვიწრო ბაზრის საქონელს უფრო მეტი შემცველები გააჩნია. მაგალითად, მარილი, რომელიც ფართო მოხმარების საქონელს წარმოადგენს, არაელასტიკური საქონელია, ხოლო შოკოლადი, რომელიც ვიწრო მოხმარების საქონელს წარმოადგენს, უფრო ელასტიკური მოთხოვნა აქვს, ვინაიდან შესაძლებელია იგი სხვა ტკბილეულით შევცვალოთ.

† **დრო** – საქონლის ელასტიკურობა მით მეტია, რაც მეტია დროის პერიოდი. მაგალითად, როდესაც ვიწრო სპეციალისტებთან ვიზიტების ფასი იზრდება, პირველი წლების განმავლობაში სპეციალისტებთან ვიზიტების მოთხოვნის რაოდენობა უმნიშვნელოდ მცირდება. მაგრამ დროთა განმავლობაში, ადამიანები ცდილობენ უფრო მეტად იქონიონ ზოგადი პრაქტიკის ექიმებთან კონტაქტი, მისდინ ცხოვრების ჯანსაღ წესს, განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციონ პრევენციულ მედიცინას. აღნიშნულის შედეგად ვიწრო სპეციალისტებთან ვიზიტების მოთხოვნა მნიშვნელოვნად მცირდება;

† **მომხმარებლის ბიუჯეტში საქონლის ხვედრითი წილი**, რაც უფრო მეტია გარკვეულ მომსახურებაზე (საქონელზე) ხვედრითი წილი, მით მეტია მოთხოვნაზე ფასის ელასტიკურობა;

როდესაც ელასტიკურობა ერთ პროცენტზე მეტია, საქონელი ფუფუნების საგანს განეკუთვნება, ხოლო როდესაც ერთ პროცენტზე ნაკლებია – იგი პირველადი მოთხოვნილების პროდუქტია.

შესაბამისად, ელასტიკური მოთხოვნის პროდუქტებს წარმოადგენენ:

† ფუფუნების საგნები (შამპანური, ძვირფასეულობა, დელიკატესები);

† საქონელი, რომელთა ღირებულება საგრძნობია საოჯახო ბიუჯეტისათვის (ავეჯი, საყოფაცხოვრებო ტექნიკა);

† ბევრი შემცველების მქონე საქონელი (ხორცი, ხილი);

† საქონელი, რომლის სამომხმარებლო ბაზარი საკმაოდ ვიწროა (შოკოლადი).

არაელასტიკური მოთხოვნის პროდუქტებს წარმოადგენენ:

† პირველი მოთხოვნილების პროდუქტები (მედიკამენტები, ფეხსაცმელი, ელექტრობა);

† საქონელი, რომელთა ღირებულება არ არის საგრძნობი საოჯახო ბიუჯეტისათვის (ფანქარი, რვეული);

† საქონელი, რომლის ჩანაცვლება ძნელია (მარილი, ელექტრონათურები, საწვავი).

4.2.1. ფასის მიხედვით ელასტიკურობის გამოთვლა

მოთხოვნის ელასტიკურობა ფასის მიხედვით გამოითვლება მოთხოვნის რაოდენობის პროცენტული ცვლილების შეფარდებით ფასის პროცენტულ ცვლილებასთან.

$$\begin{array}{l} \text{მოთხოვნის} \\ \text{ელასტიკურობა} \\ \text{ფასის მიხედვით} \end{array} = \frac{\text{მოთხოვნის რაოდენობის \% ცვლილება}}{\text{ფასის პროცენტული ცვლილება}}$$

მაგალითად, დაუშვათ, რომ რენტგენოლოგიური გამოკვლევის ფასი 10 ლარიდან 12 ლარამდე გაიზარდა, რის შედეგად მისი რაოდენობა 10-დან 7 ერთეულამდე შემცირდა. გამოთვალეთ ფასის ცვლილება პროცენტებში:

ფასის ცვლილება = $(12 - 10) / 10 \times 100 \% = 20 \%$

ანალოგიური სახით გამოვთვლით მოთხოვნის მოცულობის ცვლილებას პროცენტებში:
 მოთხოვნის მოცულობის ცვლილება = $(10 - 7) / 10 \times 100 \% = 30 \%$

ამ შემთხვევაში მოთხოვნის ელასტიკურობა ფასის მიხედვით შეადგენს:

მოთხოვნის ელასტიკურობა ფასის მიხედვით = $30 \% / 20 \% = 1,5$

ამ შემთხვევაში ფასის მიხედვით მოთხოვნის ელასტიკურობა უდრის 1,5-ს, რაც ნიშნავს, რომ მოთხოვნის მოცულობის ცვლილება 1,5-ჯერ აღემატება ფასის ცვლილებას.

რადგანაც მომსახურებაზე (ან საქონელზე) მოთხოვნის მოცულობა მისი ფასის უკუპროპორციულია, მოთხოვნის მოცულობის ცვლილება ყოველთვის ფასის ცვლილების უკუპროპორციულია. ჩვენს მაგალითში პროცენტებში გამოსახული ფასის ცვლილება შეადგენს 20 %-ს (ფასის ზრდა), ხოლო პროცენტებში გამოსახული მოთხოვნის მოცულობის ცვლილება შეადგენს მინუს 30 %-ს (მოთხოვნის შემცირება). ამ მიზეზით ფასის მიხედვით მოთხოვნის ელასტიკურობა ზოგჯერ უარყოფითი სიდიდის სახით წარმოგვიდგება.

4.2.2. ფასის მიხედვით ელასტიკურობის სახეები

ფასის მიხედვით ელასტიკურობის შემდეგი ვარიანტები არსებობს:

† ელასტიური მოთხოვნა (კოეფიციენტი $E > 1$);

† სრულებით ელასტიური მოთხოვნა (კოეფიციენტი $E = \infty$ უსასრულობა);

† თანაბრად ელასტიური მოთხოვნა (კოეფიციენტი $E = 1$);

† არაელასტიური მოთხოვნა (კოეფიციენტი $E < 1$);

† სრულებით არაელასტიური მოთხოვნა (კოეფიციენტი $E = 0$)

ელასტიური მოთხოვნა. მოთხოვნა ელასტიურია, თუ საქონელზე ფასების ცვლილებისას არსებითად იცვლება საქონელზე მოთხოვნის მოცულობა, ანუ მოთხოვნა პროპორციულად მეტად იზრდება ვიდრე ფასი. ამ დროს ფასის მიხედვით მოთხოვნის ელასტიკურობა ერთზე მეტია ($E > 1$).

მაგალითად, დაუშვათ, რომ სისხლის საერთო ანალიზის ფასი 5 ლარიდან 8 ლარამდე გაიზარდა, რის შედეგად მისი რაოდენობა 100-დან 50 ერთეულამდე შემცირდა. გამოვთვალოთ მოთხოვნის ელასტიკურობა ფასის მიხედვით

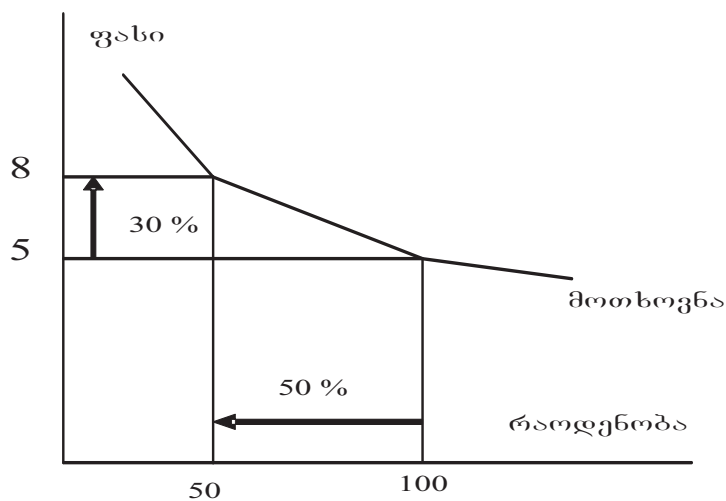
ფასის ცვლილება = $(8 - 5) / 8 \times 100 \% = 38 \%$;

მოთხოვნის მოცულობის ცვლილება = $(100 - 50) / 100 \times 100 \% = 50 \%$

მოთხოვნის ელასტიკურობა ფასის მიხედვით = $50 \% / 38 \% = 1,3$

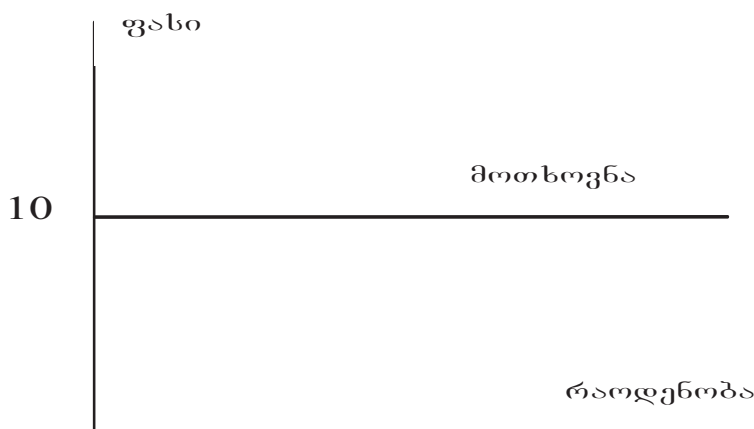
ამ შემთხვევაში ფასის მიხედვით მოთხოვნის ელასტიკურობა უდრის 1,3-ს, რაც ნიშნავს, რომ მოთხოვნის მოცულობის ცვლილება 1,3-ჯერ აღემატება ფასის ცვლილებას და შესაბამისად მოთხოვნა ელასტიურია.

ნახაზი 1: ელასტიური მოთხოვნა



უსასრულოდ ელასტიური მოთხოვნა. მოთხოვნა უსასრულოდ ელასტიურია იმ შემთხვევაში, როდესაც მოთხოვნის მოცულობა უსასრულოდ იცვლება ფასის ცვლილებისას ($E =$ უსასრულობა). მაგალითად, დაუშვათ, რომ მასაჟისტთან მკურნალობის ფასი 10 ლარია; 10 ლარზე მეტი ნებისმიერი ფასის დროს მოთხოვნა ნულის ტოლია; როდესაც მასაჟისტთან მკურნალობის ფასი ზუსტად 10 ლარია, პაციენტები მასაჟის ნებისმიერ რაოდენობას იკეთებენ; ხოლო თუ მისი ფასი 10 ლარზე ნალებია მოთხოვნა უსასრულოდ იზრდება.

ნახაზი 2: უსასრულოდ ელასტიური მოთხოვნა



თანაბრად ელასტიური მოთხოვნა. მოთხოვნა (ან მიწოდება) თანაბრად ელასტიურია, როდესაც მოთხოვნის მოცულობა იმავე პროცენტით იცვლება რა პროცენტითაც იცვლება ფასი ($E = 1$).

მაგალითად, დაუშვათ, რომ ფარისებრი ჯირკვლის ოპერაციის ფასი 200 ლარიდან 300 ლარამდე გაიზარდა, რის შედეგად მისი რაოდენობა 100-დან 50 ერთეულამდე შემცირდა. გამოთვალეთ მოთხოვნის ელასტიკურობა ფასის მიხედვით

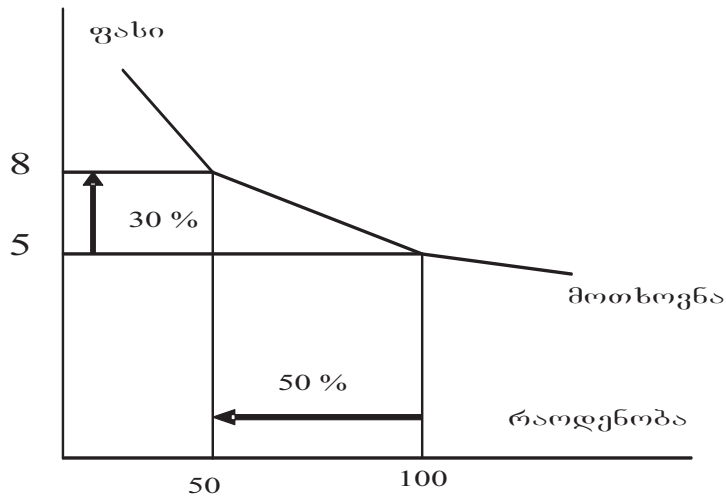
$$\text{ფასის ცვლილება} = (300 - 200) / 200 \times 100 \% = 50 \%;$$

$$\text{მოთხოვნის მოცულობის ცვლილება} = (100 - 50) / 100 \times 100 \% = 50 \%$$

$$\text{მოთხოვნის ელასტიკურობა ფასის მიხედვით} = 50 \% / 50 \% = 1$$

ამ შემთხვევაში ფასის მიხედვით მოთხოვნის ელასტიკურობა უდრის 1-ს, რაც ნიშნავს, რომ მოთხოვნის მოცულობა იმავე პროცენტით იცვლება რა პროცენტითაც იცვლება ფასი და შესაბამისად მოთხოვნა თანაბრად ელასტიურია.

ნახაზი 3: თანაბრად ელასტიური მოთხოვნა



არაელასტიკური მოთხოვნა. მოთხოვნა (ან მიწოდება) არაელასტიკურია, თუ საქონელზე ფასების ცვლილება არ განაპირობებს მოთხოვნის მოცულობის მნიშვნელოვან შეცვლას, ანუ მოთხოვნის მოცულობა მნიშვნელოვნად არ რეაგირებს ფასის ცვლილებაზე. ამ დროს ფასის მიხედვით მოთხოვნის ელასტიკურობა ერთზე ნაკლებია ($E < 1$). მოთხოვნის არაელასტიკურობით გამოირჩევა ის საქონელი, რომელიც პირველი მოთხოვნილების საგანია, შედარებით იაფია, სხვა საქონლით ძნელად შესაცვლელია და მისი დაბალი ხელმისაწვდომობა მომხმარებელს გამოუვალ მდგომარეობაში აყენებს.

მაგალითად, დაუშვათ, რომ პედატრთან კონსულტაციის ფასი 10 ლარიდან 15 ლარამდე გაიზარდა, რის შედეგად მისი რაოდენობა 100-დან 90 ერთეულამდე შემცირდა. გამოთვალეთ მოთხოვნის ელასტიკურობა ფასის მიხედვით

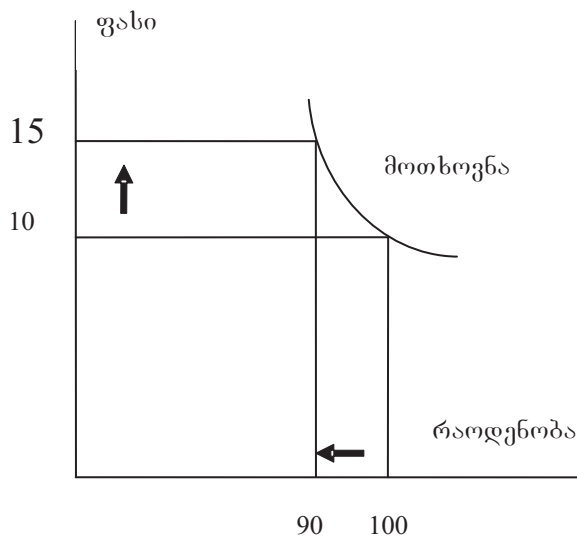
$$\text{ფასის ცვლილება} = (15 - 10) / 10 \times 100 \% = 50 \%;$$

$$\text{მოთხოვნის მოცულობის ცვლილება} = (100 - 90) / 100 \times 100 \% = 10 \%$$

$$\text{მოთხოვნის ელასტიკურობა ფასის მიხედვით} = 10 \% / 50 \% = 0,5$$

ამ შემთხვევაში ფასის მიხედვით მოთხოვნის ელასტიკურობა უდრის 0,5-ს, რაც ნიშნავს, რომ მოთხოვნის მოცულობის ცვლილება 0,5-ჯერ ნაკლებია ფასის ცვლილებაზე, ანუ ელასტიკურობა 1-ზე ნაკლებია და შესაბამისად მოთხოვნა არაელასტიურია.

ნახაზი 4: არაელასტიური მოთხოვნა.



სრულებით არაელასტიური მოთხოვნა. მოთხოვნა სრულებით არაელასტიურია იმ შემთხვევაში, როდესაც მოთხოვნის მოცულობა არ იცვლება ფასის ცვლილებისას ($E = 0$).

მაგალითად, დაუშვათ, რომ აპენდიციტის ოპერაციის ფასი 200 ლარიდან 300 ლარამდე გაიზარდა, მაგრამ მისი რაოდენობა არ შეცვლილა. გამოვთვალოთ მოთხოვნის ელასტიკურობა ფასის მიხედვით

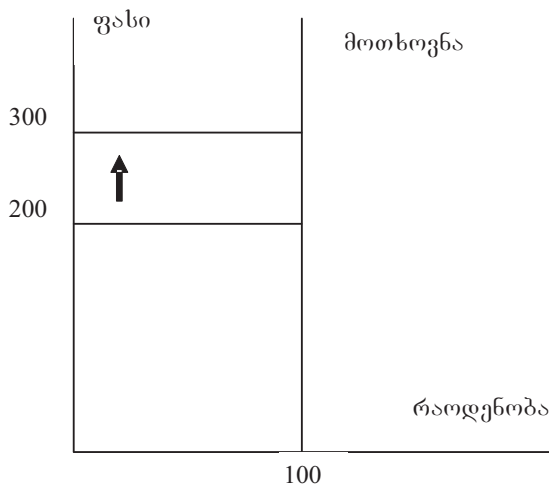
$$\text{ფასის ცვლილება} = (300 - 200) / 200 \times 100 \% = 50 \%;$$

$$\text{მოთხოვნის მოცულობის ცვლილება} = (100 - 100) / 100 \times 100 \% = 0 \%$$

$$\text{მოთხოვნის ელასტიკურობა ფასის მიხედვით} = 0 \% / 50 \% = 0$$

ამ შემთხვევაში ფასის მიხედვით მოთხოვნის ელასტიკურობა უდრის 0-ს, რაც ნიშნავს, რომ მოთხოვნის მოცულობა არ იცვლება ფასის ცვლილებისას და შესაბამისად მოთხოვნა სრულებით არაელასტიურია.

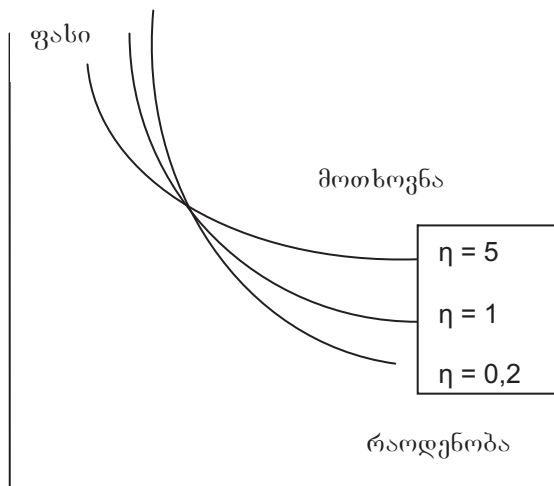
ნახაზი 5: სრულებით არაელასტიური მოთხოვნა



ცხრილი 1: მომხმარებლების რეაქცია ფასის ზრდაზე.

ელასტიკურობა	მოთხოვნის ხასიათი	მყიდველების ქცევა	
		ფასის შემცირებისას	ფასის გაზრდისას
$\eta = \infty$	სრულებით ელასტიური	ზრდიან მოთხოვნის მოცულობას უსასრულო სიდიდემდე	მცირდება მოთხოვნის მოცულობა უსასრულო სიდიდემდე (სრულებით უარს ამბობენ საქონლის ყიდვაზე)
$1 < \eta < \infty$	ელასტიური	მნიშვნელოვნად იზრდება მოთხოვნის მოცულობა	მნიშვნელოვნად ამცირებენ მოთხოვნის მოცულობას (მოთხოვნა უფრო სწრაფი ტემპით ეცემა, ვიდრე იზრდება ფასი)
$\eta = 1$	თანაბრად ელასტიური	მოთხოვნა იზრდება იმ მოცულობით რა სიდიდითაც მცირდება ფასი	მოთხოვნა მცირდება იმავე ტემპით რა ტემპითაც იზრდება ფასი
$0 < \eta < 1$	არაელასტიური	მოთხოვნის ზრდის ტემპი ფასის შემცირების ტემპზე დაბალია	მოთხოვნის შემცირების ტემპი ფასის ზრდის ტემპზე ნაკლებია
$\eta = 0$	სრულებით არაელასტიური	სრულებით არ იცვლება მოთხოვნის მოცულობა	სრულებით არ იცვლება მოთხოვნის მოცულობა

ნახაზი 6: მოთხოვნის მრუდები დაბალი (= 0,2), თანაბარი (=1) და მაღალი (= 5) ელასტიკურობისას



4.2.3. მოთხოვნის ელასტიკურობა ფასის მიხედვით და ჯანდაცვის სექტორი

ფასის მიხედვით ელასტიკურობის ცოდნა უფრო ხელსაყრელს წარმოადგენს ვიდრე შემოსავლების მიხედვით ელასტიკურობა, რადგანაც სამედიცინო მომსახურებაზე დაწესებული ფასი დამოკიდებულია მენეჯერების გადაწყვეტილებებზე¹. ფასის მიხედვით ელასტიკურობის შეფასებაზეა დამოკიდებული სამედიცინო მომსახურების განფასებასთან და ხელშეკრულებებთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღება¹.

ფასის მიხედვით ელასტიკურობის გამოყენება მოითხოვს მენეჯერების მხრიდან ფრთხილ მიდგომას სამი მიხედვის გამო. უპირველესად, მოთხოვნაზე ფასის ელასტიკურობა თითქმის ყოველთვის ნეგატიურია (ფასის მომატებისას მოთხოვნა მცირდება)¹. ადამიანი შესაძლოა ძალიან ადვილად დაიბნეს ნეგატიურ რიცხვებზე მსჯელობისას. მაგალითად, -3.00 უფრო მცირე რიცხვია, ვიდრე -1.00, მაგრამ -3.00 გულისხმობს, რომ მოთხოვნა უფრო რეაგირებს ფასზე ცვლილებებს (ფასის 1%-ით მატება გაყიდვების 3 %-ით შემცირებას უფრო განაპირობებს, ვიდრე გაყიდვების 1 %-ით შემცირებას)¹. მეორე მხრივ, ფასზე ცვლილებები ზემოქმედებს შემოსავლებზე როგორც პირდაპირ (ფასის ცვლილებების შედეგად) და არაპირდაპირ (რაოდენობრივი ცვლილებების შედეგად)¹. მესამეს მხრივ, მენეჯერებმა კონცენტრირება უნდა მოახდინონ ორ განსხვავებულ მოთხოვნაზე ფასის ელასტიკურობაზე: მთლიანი ფასის ელასტიკურობა და ცალკეული საწარმოს საქონელზე ან მომსახურებაზე ფასის ელასტიკურობა¹.

სამედიცინო მომსახურების ბევრ სახეზე მოთხოვნა დაბალი ელასტიკურობით ხასიათდება, რის გამოც ელასტიკურობის კოეფიციენტი ერთზე ნაკლებია. ასე მაგალითად, აშშ-ის ბევრი მკვლევარის აზრით, სტაციონარულ მომსახურებაზე ფასის მიხედვით ელასტიკურობის კოეფიციენტი საშუალოდ 0,7-ის ტოლია (გამონაკლისს წარმოადგენს კოსმეტიკური ქირურგია), ხოლო ბევრ შემთხვევაში იგი მერყეობს 0,2-დან 0,7-მდე². ამგვარად, სამედიცინო მომსახურებაზე ფასის მატებისას მოთხოვნა მცირედ მცირდება, ვიდრე ფასის ზრდა (ფასის 10 %-ით მატებისას მოთხოვნა 2-7 %-ით მცირდება)².

ქვემოთ წარმოდგენილ ცხრილში მოცემულია ფასისმიერი ელასტიკურობის კოეფიციენტები ზოგიერთ კვლევებზე დაყრდნობით სამედიცინო მომსახურების სახეების მიხედვით. აღნიშნულ მონაცემებზე დაყრდნობით, ელასტიკურობა 0,0 და -1,0-ს შორის საზღვრებში მერყეობს³. აქედან გამომდინარე, მიუხედავად იმისა, რომ ფასი იზრდება, მოთხოვნა ნაკლებად მცირდება³. კვლევებზე დაყრდნობით ექიმთა სერვისებზე ფასის მიხედვით ელასტიკურობა მერყეობს -0,08 და -0,20-ს შორის, რაც მიგვითითებს, რომ მიუხედავად იმისა, რომ ექიმებმა 10 %-ით გაზარდეს მომსახურების ფასი, მასზე მოთხოვნა მხოლოდ 0,8-დან 2 %-მდე შემცირდა³.

ცხრილი 2: ფასის მიხედვით ელასტიკურობა ზოგიერთი კვლევების მიხედვით

კვლევა	დამოკიდებული ცვლადი	ფასის მიხედვით ელასტიკურობა
ყველა დანახარჯები:		
Rosett and Huang (1973)	ჰოსპიტალური და ექიმთა სერვისების ხარჯები	-0,35-დან -1,5-მდე
Manning et al. (1987)	ყველა ხარჯები	-0,17-დან -0,22-მდე
ექიმების სერვისები:		
Fuchs and Kramer (1972)	ექიმთა ვიზიტები ერთ სულზე	-0,15-დან -0,20-მდე
Newhouse and Phelps (1976)	ექიმთან ოფისში ვიზიტები	-0,08
Cromwell and Mitchell (1986)	ქირურგიული სერვისები	-0,14-დან -0,18-მდე
Wedig (1988)	ჯანმრთელობა საუკეთესო/კარგი	-0,35
ჯანმრთელობა ცუდი/სისტი	ექიმთან ვიზიტები	-0,16
ჰოსპიტალური სერვისები:		
Feldstein (1971)	ჰოსპიტალური მიმართვა ერთ სულზე	-0,63
Newhouse and Phelps (1976)	ჰოსპიტალში დაყოვნების ხანგრძლივობა	-0,06
Manning et al. (1987)	ჰოსპიტალური მიმართვა	-0,14-დან -0,17-მდე
მედლის სახლები:		
Chiswick (1976)	მედლის სახლის რეზიდენტები ერთ ასაკოვან მოსახლეზე	-0,69-დან -2,4-მდე
Lamberton et al. (1986)	მედლის სახლის პაციენტ დღეები ერთ ასაკოვან მოსახლეზე	-0,69-დან -0,76-მდე

წყარო: Folland S., Goodman A., Stano M., The Economics of Health and Health Care. 5th ed. 2007.

ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა მომსახურების მოთხოვნა შესაძლოა ექიმ სპეციალისტების მომსახურების მოთხოვნაზე ნაკლებად ელასტიური იყოს. ასე მაგალითად, დავუშვათ, რომ პაციენტს ესაჭიროება თერაპეუტის კონსულტაცია. როდესაც პაციენტმა იცის თითოეული თერაპეუტის ხარისხი და მომსახურების ფასი, ცხადია თერაპეუტებს შორის ამოარჩევს მას, რომელსაც მომ-

სახურებაზე დაბალი ფასი აქვს დაწესებული, შედარებით თანაბარი ხარისხის პირობით. რაც შეეხება სპეციალისტებთან მიმართებას, აქ არჩევანი ნაკლებია, რადგან სპეციალისტებული მომსახურების ჩანაცვლება სხვა მომსახურებით თითქმის შეუძლებელს წარმოადგენს. მომსახურების ჩანაცვლება უფრო თერაპევტებს შორისაა შესაძლებელი. აქედან გამომდინარე, სპეციალისტებზე მოთხოვნა შესაძლებელია უფრო მგრძობიარე იყოს ფასის ცვლილებაზე, ვიდრე თერაპევტებზე მოთხოვნა. შესაბამისად, სპეციალისტებზე მოთხოვნისას ფასის მიხედვით ელასტიკურობა უფრო მაღალია, ვიდრე თერაპევტებზე მოთხოვნისას.

ცხრილი 3: ფასის მიხედვით ელასტიკურობა ზოგიერთი კვლევების მიხედვით (სპეციალიზებული მომსახურება)

კვლევა	დამოკიდებული ცვლადი	ფასის მიხედვით ელასტიკურობა
ექიმების სერვისები:		
Lee and Hadley (1981)	ექიმთა ფასი	-2,8-დან -5,1-მდე
McCarthy (1985)	ექიმთან ვიზიტები	-3,1-დან -3,3-მდე
ჰოსპიტალური სერვისები:		
Feldsman and Dowd (1986)	ჰოსპიტალური პაციენტ-დღეები ჰოსპიტალური მიმართვიანობა	-0,7-დან -0,8-მდე -1,1
Gaynor and Voght (2003)	ჰოსპიტალიდან გაწერა	-4,9
მედიკამენტების სერვისები:		
Mukamel and Spector (2002)	შემთხვევა მისადაგებული დღეები	-3,5-დან -3,9-მდე

წყარო: Folland S., Goodman A., Stano M., The Economics of Health and Health Care. 5th ed. 2007.

4.3. მოთხოვნის ელასტიკურობა შემოსავლების მიხედვით

შემოსავლების ელასტიკურობა არის მოთხოვნის რაოდენობის პროცენტული ცვლილება მომხმარებლის შემოსავლების პროცენტული ცვლილებისას. იგი გვიჩვენებს თუ როგორ იცვლება მოთხოვნის რაოდენობა მომხმარებლის შემოსავლების ცვლილებისას.

შემოსავლის მიხედვით მოთხოვნის ელასტიკურობის კოეფიციენტი გამოითვლება საქონელზე მოთხოვნის რაოდენობის პროცენტულ ცვლილების შეფარდებით მომხმარებლის შემოსავლის პროცენტულ ცვლილებაზე. ამგვარად, შემოსავლის ელასტიკურობის ფორმულა იქნება:

$$\text{მოთხოვნის ელასტიკურობა შემოსავლის მიხედვით} = \frac{\text{მოთხოვნის მოცულობის ცვლილება \%}}{\text{შემოსავლების ცვლილება}}$$

ანუ $E_Y = (dQ/Q) / (dY/Y)$.

როდესაც $E_Y < 0$, საქონელი ან მომსახურება დაბალხარისხიანს წარმოადგენს, შემოსავლების ზრდა ამ საქონელზე მოთხოვნის შემცირებას განაპირობებს. ანუ, რადგანაც ამ სახის საქონელზე მოთხოვნა და შემოსავალი საწინააღმდეგო მიმართულებით მოძრაობს, მდარე საქონლის ელასტიურობა შემოსავლის მიხედვით უარყოფითია.

როდესაც $E_Y > 0$, საქონელი ნორმალური ხარისხისაა, შემოსავლების ზრდით ასეთ საქონელზე მოთხოვნა იზრდება.

ეკონომიკური თეორიის მიხედვით, შემოსავლების ზრდა მსყიდველუნარიანობას ზრდის. ბევრ საქონელს აქვს პოზიტიური შემოსავლების ელასტიურობა და წარმოადგენს ნორმალურ საქონელს. რადგანაც მოთხოვნის რაოდენობა და შემოსავალი ერთი და იგივე მიმართულებით მოძრაობს, ნორმალური საქონლის ელასტიურობა შემოსავლის მიხედვით დადებითია.

ნორმალურ საქონელს შორისაც კი, შემოსავლის მიხედვით ელასტიურობა სიდიდით მნიშვნელოვნად განსხვავდება ერთმანეთისგან. პირველადი მოხმარების საგნებზე (მაგ., საკვები) შემოსავლის მიხედვით ელასტიურობა ნაკლებია, რადგან მომხმარებლები მათ შემოსავლის სიმცირის მიუხედავად ყოველთვის ყიდულობენ. რაც შეეხება ფუფუნების საგნებს, მოთხოვნის შემოსავლების მიხედვით ელასტიურობა გაცილებით დიდია, რადგან დაბალშემოსავლიანი პირები თვლიან, რომ მათ გარეშე არსებობა შესაძლებელია.

ქვემოთ მოცემულ ცხრილში წარმოდგენილია შემოსავლების ელასტიურობა ზოგი კვლევების მიხედვით. უმრავლეს შემთხვევებში ელასტიურობის სიდიდე მცირეა. აქედან გამომდინარე, სამედიცინო მომსახურება ზოგადად ნორმალურ საქონელს წარმოადგენს, შემოსავლებზე რეაქცია (მგრძნობელობა) მცირეა, შედეგად იგი არაელასტიურს წარმოადგენს.

ცხრილი 4: შემოსავლების ელასტიურობა ზოგი კვლევების მიხედვით

კვლევა	დამოკიდებული ცვლადი	შემოსავლის ელასტიურობა
ყველა ხარჯები:		
Silver (1970)	ხარჯები	1,2
Rosett and Huang (1973)	ხარჯები	0,25-დან 0,45-მდე
პოსპიტალური სერვისები:		
Newhouse and phelps (1976)	მიმართვიანობა	0,02-დან 0,04-მდე
სტომატოლოგიური სერვისები:		
Silver (1970)	ხარჯები	2,40-დან 3,2-მდე
Anderson and Benham (1970)	ხარჯები	0,61-დან 0,83-მდე
ექიმების სერვისები		
Silver (1970)	ხარჯები	0,85
Anderson and Benham (1970)	ხარჯები	0,22-დან 0,41-მდე
Fuchs and Kramer (1972)	ერთ სულზე ვიზიტები	0,20-დან 0,57-მდე
Newhouse and phelps (1976)	ვიზიტები	0,01-დან 0,04-მდე
მედლის სახლები		
Chiswik (1976)	ასაკოვანი რეზიდენტები	0,60-დან 0,90-მდე

წყარო: Folland S., Goodman A., Stano M., The Economics of Health and Health Care. 5th ed. 2007.

შემოსავლების ელასტიკურობა საშუალებას იძლევა განესაზღვროთ თუ რომელია პირველადი საჭიროების (ანუ აუცილებელი) და რომელი - ფუფუნების საქონელი.

პირველადი საჭიროების საქონელზე მოთხოვნა შემოსავლების ზრდით ნაკლებად იზრდება და შემოსავლების ელასტიკურობა 0-სა და +1-ს შორის მერყეობს ($0 < E_Y < 1$). ასეთ საქონელს გაჯერების ზღვარი აქვს. ჯანდაცვითი სერვისების უძრავლესობის მოხმარება შემოსავლების ზრდასთან ერთად მცირედ იზრდება. შედეგად, მაღალშემოსავლიან მომხმარებლებში დაბალშემოსავლიან მომხმარებლებთან შედარებით ჯანდაცვის ხარჯები შემოსავლის მცირე წილს შეადგენს. როდესაც შემოსავლების ელასტიკურობა +1-ს გადააჭარბებს ($E_Y > 1$), საქონელს **ფუფუნების საგანს** უწოდებენ. ასეთ საქონელზე მოთხოვნას წინ უსწრებს შემოსავლების ზრდა. ამიტომ ასეთ საქონელს არ აქვს გაჯერების ზღვარი. საქონელი, რომელზედაც მოთხოვნა იზრდება შემოსავლების ზრდასთან ერთად ($E_Y = 1$) წარმოადგენს **მეორადი დანიშნულების საქონელს**.

ელასტიკურობის თვისებებიდან გამომდინარე, შემოსავლების 1 %-ით გაზრდა ფუფუნების საგნებზე გამოყოფილი ბიუჯეტის წილის ზრდას და აუცილებელ (პირველადი საჭიროების) საქონელზე ბიუჯეტის წილის შემცირებას განაპირობებს³. ზემოთ მოყვანილი ცხრილიდან გამომდინარე, შედეგები არ არის მოულოდნელი: მომხმარებლები ჯანდაცვის სერვისებს განიხილავენ როგორც აუცილებელ საქონელს³.

4.4. მოთხოვნის ელასტიკურობა ჯვარედინი ფასების მიხედვით

მოთხოვნის ელასტიკურობა ჯვარედინი ფასების მიხედვით განსაზღვრავს მოთხოვნის რაოდენობის პროცენტულ ცვლილებას ჩანაცვლებული (substitute) ან შემცვლელი (complement) საქონლის (ან მომსახურების) ფასის პროცენტული ცვლილებისას.

იგი გვიჩვენებს, თუ რა გავლენას ახდენს ერთი საქონლის მოთხოვნის რაოდენობაზე სხვა საქონლის ფასების ცვლილება. **მოთხოვნის ელასტიკურობა ჯვარედინი ფასების მიხედვით გამოითვლება როგორც პირველადი საქონლის მოთხოვნის რაოდენობის პროცენტული ცვლილების შეფარდება მეორე საქონლის პროცენტულ ცვლილებასთან.**

მოთხოვნის ელასტიკურობა ჯვარედინი ფასების მიხედვით ფორმულა - $E_{ij} = (dQ_i/Q_i) / (dP_j/P_j)$. სადაც j წარმოადგენს i საქონლის შემცვლელს.

მოთხოვნის ელასტიკურობა ჯვარედინი ფასების მიხედვით შესაძლოა იყოს დადებითი, უარყოფითი ან ნულოვანი. ჯვარედინი ფასების ელასტიკურობის დადებითი ან უარყოფითი მნიშვნელობა დამოკიდებულია იმაზე, საქონელი ერთმანეთის შემცვლელია თუ შემავსებელი.

ურთიერთშემცვლელია ისეთი საქონლის წყვილი, რომლებსაც ერთმანეთის ჩანაცვლება შეუძლია (მაგალითად, საწვავის სხვადასხვა სახეები). როდესაც $E_{ij} > 0$, მაშინ i და j საქონლებს უწოდებენ ერთმანეთის შემცვლელს, j საქონელზე ფასის ზრდა განაპირობებს i საქონელზე მოთხოვნის ზრდას. თუკი საწვავის ერთი სახე ძვირდება, უმეტესობა მეორე სახეზე გადაერთვება. იმის გამო, რომ საწვავის სხვადასხვა სახეებზე მოთხოვნის რაოდენობა

ერთიდაიგივე მიმართულებით იცვლება, ჯვარედინი ფასების ელასტიკურობა დადებითია.

როდესაც $E_{ij} < 0$, მაშინ i და j საქონლებს უწოდებენ ურთიერთშემავსებლებს, j საქონელზე ფასის ზრდა განაპირობებს i საქონელზე მოთხოვნის კლებას (მაგალითად, ავტომანქანა და საწვავი). ავტომანქანა და საწვავი როგორც წესი, ერთად გამოიყენება, ჯვარედინი ფასების ელასტიკურობა უარყოფითია. ამ შემთხვევაში საწვავის ფასის ზრდა ამცირებს მოთხოვნის რაოდენობას ავტომანქანებზე.

როდესაც $E_{ij} = 0$, მაშინ i და j საქონლებს უწოდებენ დამოუკიდებლებს, j საქონელზე ფასის ზრდა გავლენას არ ახდენს i საქონელზე მოთხოვნის მოცულობაზე (მაგალითად, პური და ცემენტი).

ჯვარედინი ფასების ელასტიკურობა განმსაზღვრელ ძირითად ფაქტორს წარმოადგენს სარგებლების ბუნებრივი თვისებები, მათი უნარი, მოხმარებისას ჩაანაცვლონ ერთმანეთი. როდესაც შესაძლებელია ორი საქონლის ერთნაირი წარმატებით გამოყენება ერთი და იგივე მოთხოვნის დასაკმაყოფილებლად, ამ საქონლების ჯვარედინი ფასების ელასტიკურობის კოეფიციენტი მაღალი იქნება, და პირიქით.

საყურადღებოა, რომ ჯვარედინი ფასების ელასტიკურობა შესაძლოა ასიმეტრიული იყოს. მაგალითად, თუ ხორცის ფასი შემცირდება, კეტჩუპის ფასი შესაძლოა გაიზარდოს. მაგრამ როდესაც კეტჩუპის ფასი იმატებს, ამან შესაძლოა გავლენა არ მოახდინოს ხორცზე მოთხოვნაზე.

ჯვარედინი ფასების ელასტიკურობის კოეფიციენტი შესაძლოა გამოყენებულ იქნეს საქონლების ურთიერთჩანაცვლების ან ურთიერთშევისების დასახასიათებლად ფასის მხოლოდ მცირე ცვლილებისას. ფასის მნიშვნელოვანი ცვლილებისას ელინდება შემოსავლების გავლენის ეფექტი, რაც იწვევს ორივე საქონელზე მოთხოვნის ცვლილებას. მაგალითად, როდესაც კარტოფილის ფასი ორჯერ მცირდება, მაშინ იზრდება არამარტო კარტოფილის არამედ სხვა პროდუქტების მოხმარებაც. ასეთ შემთხვევაში $E_{ij} < 0$ და ეს პროდუქტები შესაძლოა კლასიფიცირდეს როგორც ურთიერთშემავსებლები, რაც არ არის სწორი.

ურთიერთჩანაცვლების და ურთიერთშევისების საიმედო შეფასება შესაძლოა მივიღოთ მაშინ, როდესაც ჯვარედინი ფასების ელასტიკურობის გამოთვლისას გამოვრიცხავთ შემოსავლების ეფექტის გავლენას.

საკონტროლო კითხვები და ამოცანები

1. განმარტეთ მოთხოვნის ელასტიკურობა ფასის მიხედვით;
2. განმარტეთ მოთხოვნის ელასტიკურობა შემოსავლების მიხედვით;
3. ჩამოთვალეთ ფასის მიხედვით მოთხოვნის ელასტიკურობაზე მოქმედი ფაქტორები;
4. როგორ გამოითვლება ფასის მიხედვით მოთხოვნის ელასტიკურობა?
5. რას ნიშნავს სრულებით ელასტიკური მოთხოვნა? დახაზეთ გრაფიკი;
6. რას ნიშნავს თანაბრად ელასტიკური მოთხოვნა? დახაზეთ გრაფიკი;
7. რას ნიშნავს არაელასტიკური მოთხოვნა? დახაზეთ გრაფიკი;
8. რას ნიშნავს სრულებით არაელასტიკური მოთხოვნა? დახაზეთ გრაფიკი;
9. თუ ელასტიკურობა 1-ზე მეტია, ელასტიკურია მოთხოვნა თუ არაელასტიკური?
10. თუ ელასტიკურობა 0-ის ტოლია, სრულყოფილად ელასტიკურია მოთხოვნა თუ სრულყოფილად არაელასტიკური?
11. რას ვუწოდებთ საქონელს, რომლის ელასტიკურობა 0-ზე ნაკლებია?
12. განმარტეთ მოთხოვნის ელასტიკურობა ჯვარედინი ფასების მიხედვით.

ლიტერატურა

1. Lee R. H. Economics for health care managers, AUPA, Washington, 2000.
2. И.В. Поляков, Т.М. Зеленская, П.Г. Ромашов, Н.А. Пивоварова. Экономика 2. Петербург, 1997.
3. Folland S., Goodman A., Stano M., The Economics of Health and Health Care. 5th ed. 2007.
4. გ. მენქიუ, ეკონომიკის პრინციპები, ჰარვარდის უნივერსიტეტი, 2008.
5. Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.
6. Keeler E.B., Manning W.G., and Wells K.B. 1988. "The Demand for Episodes of Mental Health Services." *Journal of Health Economics*.
7. Rosset, R. N., and L. Huang. 1973. "The Effect of Health Insurance on the Demand for Medical Care." *Journal of Political Economy*.
8. Шейман И.М. Экономика Здравоохранения, Москва, ТЕИС, 2001.
9. Witter S. and Ensor T. Health economics for Developing Countries. The University of York, Centre for Health Economics International Programme. Macmillan, 2000.
10. კ. ჯაყელი, გ. ხაჭაპურიძე, ჯანმრთელობის დაცვის ეკონომიკის განვითარების

მნიშვნელოვანი მიმართულებები მსოფლიოს გამოცდილების გათვალისწინებით, თბილისი, 2003.

11. თ. ტეტელოშვილი, ელასტიკურობა ჯანდაცვის სექტორში, რეფერატი, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, 2008 წ.

თავი V

კონსერვაცია და ჯანდაცვის სექტორი

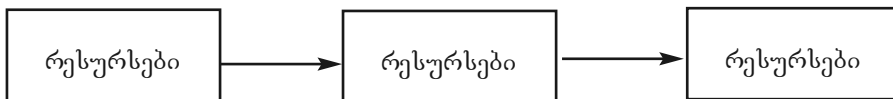
5.1. ეკონომიკური წრებრუნვის მოდელი

ადამიანს თავისი მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად სჭირდება ნივთობრივი, ხელშესახები საგნები (კვების პროდუქტები, საცხოვრებელი ბინა, ტანსაცმელი) და მომსახურება (სამედიცინო, განათლება, იურიდიული), რომლებიც ბუნებაში მზა სახით არ მოიპოვება და საჭიროებს წარმოებას.

მატერიალური საგნები და მომსახურება საქონელს წარმოადგენს, როდესაც ერთიცა და მეორეც ყიდვა-გაყიდვის საგანი ხდება. ამა თუ იმ მოთხოვნილების დასაკმაყოფილებლად საქონლის გამოყენებას მოხმარება ეწოდება. ხოლო ადამიანი, რომელიც მას ამ მიზნით შეიძენს, საქონლის მომხმარებელს წარმოადგენს.

ნებისმიერი სამეურნეო საქმიანობა წარმოადგენს არსებული რესურსებიდან სხვადასხვა სიკეთის (დოვლათის) შექმნას ადამიანების მატერიალური მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად. ნახატზე გამოსახულია სამეურნეო საქმიანობის მარტივი სქემა.

სქემა 1: სამეურნეო საქმიანობის მარტივი სქემა



აქედან გამომდინარე, შესაძლებელია გამოვყოთ ორი მხარე: **ადამიანი** (მომხმარებელი, მყიდველი) რომელსაც სჭირდება ესა თუ ის საქონელი ან მომსახურება და მეორე მხრივ, **საწარმო** (მიმწოდებელი, გამყიდველი), სადაც ხორციელდება ამ საქონლის ან მომსახურების წარმოება.

ვინ შეიძლება იყოს მომხმარებლები და მიმწოდებლები სამედიცინო ბაზარზე? ჩვენ ყველას გვსურს ვიყოთ ჯანმრთელები, ხოლო საჭიროების შემთხვევაში (ავადმყოფობისას) ვყიდულობთ სამედიცინო მომსახურებას. აქედან გამომდინარე, ცხადია, რომ ყველანი სამედიცინო მომსახურების პოტენციური მომხმარებლები (მყიდველები) ვართ. უფრო ზუსტად რომ განვმარტოთ სამედიცინო ბაზარზე **მომხმარებელი** (მყიდველი) არის ის, ვინც ავადმყოფია, ან ვინც პროფილაქტიკურ მკურნალობას (მაგ., ვაქცინაცია) ღებულობს. **მიმწოდებლები** (გამყიდველები) კი არიან ისინი, ვინც ეწევიან სამედიცინო მომსახურებას, მაგალითად ექიმები, მედლები, ფიზიოთერაპევტები, სტომატოლოგები.

განვიხილოთ ასეთი მაგალითი, ქალაქში ფუნქციონირებს ორი საავადმყოფო, მათგან ერთში პაციენტის მკურნალობის ხარჯებს მთლიანად სახელმწიფო სადაზღვევო კომპანია იხდის, ხოლო მეორეგან, რომელიც კერძო საავადმყოფოს წარმოადგენს, მკურნალობა ფასიანია. მოსახლეობისათვის ცნობილია, რომ კერძო საავადმყოფოში სამედიცინო მომსახურების ხარისხი უფრო მაღალია, მაგრამ სიძვირის გამო ყველასათვის არ არის ხელმისაწვდომი. ღარიბი ფენა იშვიათად მიმართავს ექიმს, რადგან მკურნალობისათვის დამატებითი თანხის გადახდა უწევს. ავადმყოფობის იოლი ფორმის შემთხვევაში იგი თვითმკურნალობას ეწევა და მედიკამენტებს ყიდულობს შედარებით იაფფასიან აფთიაქში.

აღწერილი მაგალითი სამედიცინო ბაზრის ერთ-ერთ შემთხვევას წარმოადგენს, სადაც მიმწოდებლებს (გამყიდველებს) წარმოადგენენ საავადმყოფოები, აფთიაქი და ექიმი, ხოლო მომხმა-

რებელს (მყიდველს) პაციენტი. პაციენტი (მომხმარებელი) თავისი შესაძლებლობის მიხედვით ირჩევს იმ საავადმყოფოს, ან ექიმს (მიმწოდებელი), რომელიც მისთვის ყველაზე უფრო ხელმი-საწვდომია.

საწარმოს საქონლის ან მომსახურების წარმოებისათვის სჭირდება შესაბამისი რესურსები, იგივე საწარმოო ფაქტორები - მიწა, შრომა, კაპიტალი (შენობა, მოწყობილობა-დანადგარები). შრომას მისი მესაკუთრისათვის მოაქვს ხელფასი, მიწას – რენტა, ხოლო კაპიტალს – სარგე-ბელი.

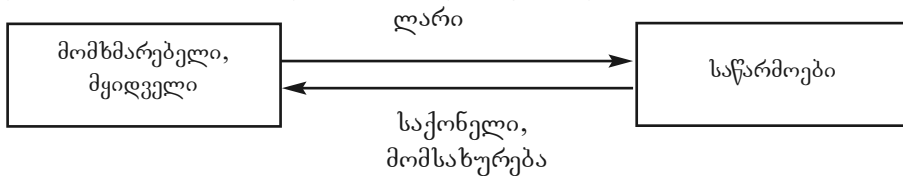
ბაზარი ორი სახისაა:

† **და მომსახურების ბაზარზე** მოსახლეობა (საოჯახო მეურნეობები) ყიდულობს საწარმოების მიერ წარმოებულ საქონელს და მომსახურებას. ე. ი. მოსახლეობა (საოჯახო მეურნეობები) გვევ-ლინება მყიდველად, ხოლო საწარმოები გამყიდველად;

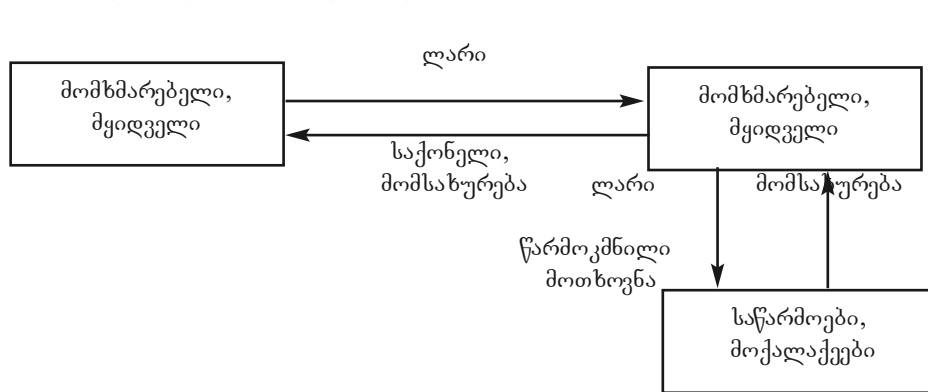
† **საწარმოო ფაქტორების ბაზარზე** მოსახლეობა ყიდის წარმოების ფაქტორებს (შრომას, მიწას და კაპიტალს), რომელსაც მეწარმეები საქონლისა და მომსახურების წარმოებისათვის იყენებენ, რომელსაც თავის მხრივ, ყიდულობენ მომხმარებლები შესაბამის ბაზარზე.

აქედან გამომდინარე, ძნელია ზუსტი ზღვარის გაგება მყიდველსა (მომხმარებელი) და გამყიდ-ველს (მიმწოდებელს) შორის. ორ მხარეს შორის მიმდინარე მეორადი საქმის წარმოებას წარმო-ქმნილ მოთხოვნას (derived demand) უწოდებენ, ანუ ყიდვა, ამ შემთხვევაში წარმოადგენს წარმოების შუალედურ რგოლს და არა საბოლოო მოხმარებას!

სქემა 2: ბაზრის ორ მხარეს შორის საქმის წარმოება

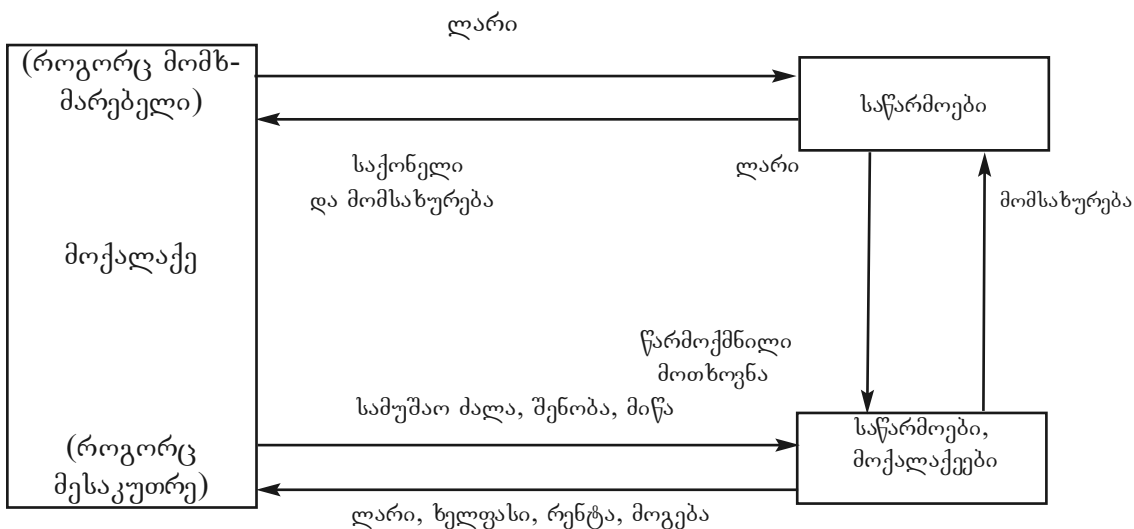


სქემა 3: საწარმოებს შორის წარმოქმნილი მოთხოვნა



საწარმოებს ჰყავთ თავიანთი მფლობელები, მესაკუთრენი, რომლებიც ფლობენ შენობებს, სამუშაო ძალას. ყოველი ლარი, რომელსაც მომხმარებელი (მყიდველი) უხდის საწარმოს, გამოიყენება როგორც საწარმოში დასაქმებულთა ხელფასისათვის, ან საწარმოს მოგების შემოსავლისათვის. ასევე სხვა საწარმოებისგან საჭირო საქონლის, ამ მომსახურების შესაძენად. თავის მხრივ, საწარმოთა მფლობელები შემოსავლის ნაწილს იყენებენ გარკვეული საქონლის, ან მომსახურების შესაძენად ანუ ხდებიან მომხმარებლები, ასე რომ, იქმნება ფულადი სახსრების წრიული მოძრაობა.

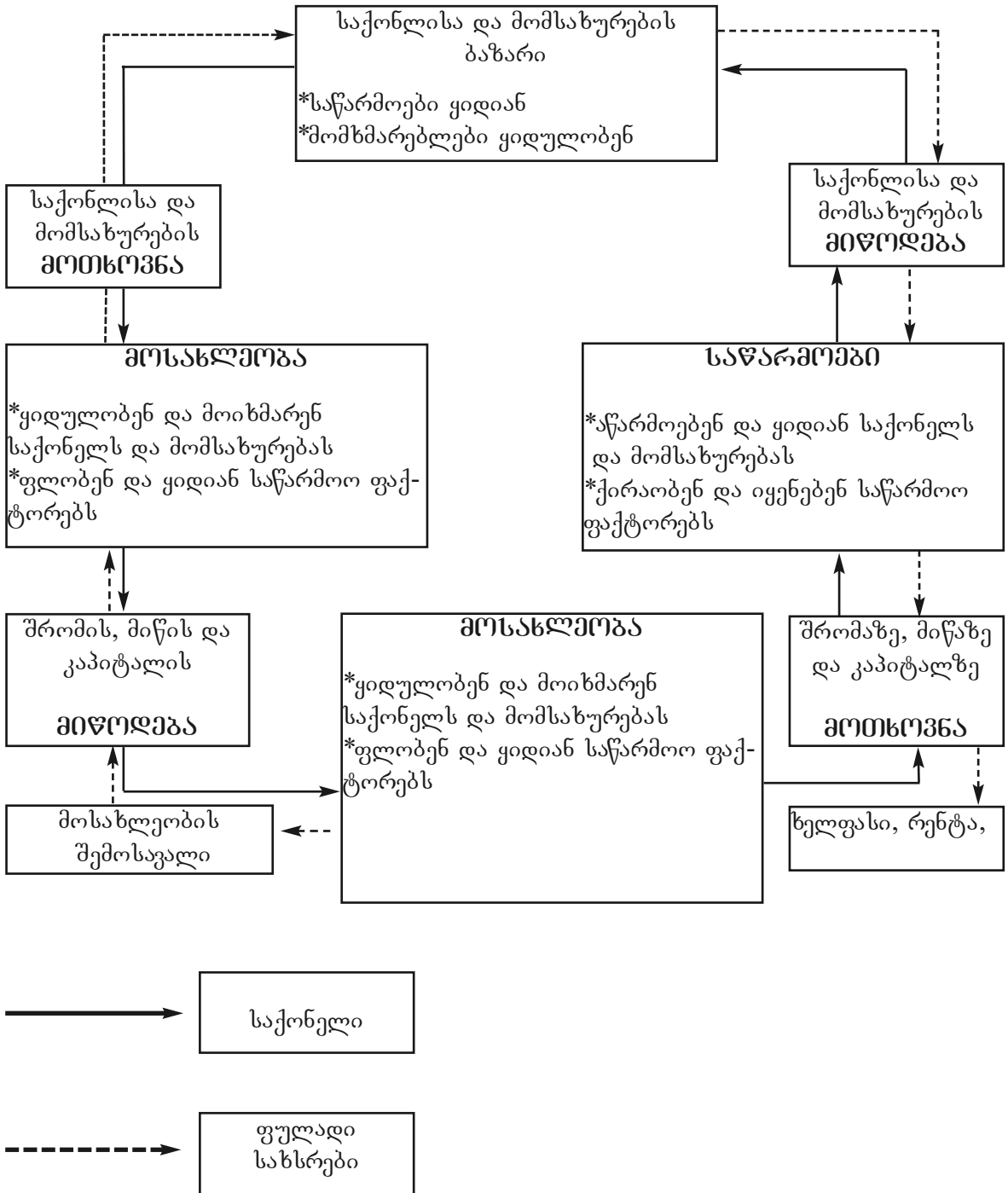
სქემა 4: ფულადი სახსრების წრიული მოძრაობა



წყარო: Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.

ქვემოთ მოცემულ ნახატზე გამოსახულია ეკონომიკური წრებრუნვის მოდელი. შიდა წრე ასახავს მოსახლეობას (საოჯახო მეურნეობები) და საწარმოებს შორის საქონლისა და მომსახურების ნაკადს. მოსახლეობა (საოჯახო მეურნეობები) თავიანთი შრომის, მიწებისა და კაპიტალის გამოყენების უფლებას მიჰყიდის ფირმებს საწარმოო ფაქტორების ბაზარზე. საწარმოები ამ ფაქტორებს იყენებენ საქონლისა და მომსახურების წარმოებისათვის, რომლებსაც, თავის მხრივ, საოჯახო მეურნეობები ყიდულობენ საქონლისა და მომსახურების ბაზარზე. ასე, რომ, საწარმოო ფაქტორების ნაკადი მიმართულია საოჯახო მეურნეობებიდან საწარმოებისაკენ, ხოლო საქონლისა და მომსახურების ნაკადი – საწარმოებიდან საოჯახო მეურნეობებისაკენ. (სქემა 5. ეკონომიკის მარტივი მოდელი)

მოდელის გარე წრე ასახავს ფულადი სახსრების მოძრაობას. საოჯახო მეურნეობები ფულს ხარჯავენ საწარმოებისგან საქონლისა და მომსახურების შესაძენად. საწარმოები შემოსავლის ნაწილს საწარმოო ფაქტორების შესაძენად, მაგალითად, ამ საწარმოების თანამშრომლების შრომის ასანაზღაურებლად გამოიყენებენ. დარჩენილი ნაწილი საწარმოების მფლობელების მოგებაა, რომლებიც ამავე დროს, საოჯახო მეურნეობების წევრები არიან. ასე, რომ საქონლისა და მომსახურების შესაძენად გაღებული ფულადი სახსრების ნაკადი მიმართულია საოჯახო მეურნეობებიდან საწარმოებისაკენ, ხოლო შემოსავალი, ხელფასების, ქირისა და მოგების სახით, მიმართულია საწარმოებიდან საოჯახო მეურნეობებისაკენ.



5.2. საბაზრო ეკონომიკა

საბაზრო ეკონომიკა არის ისეთი ეკონომიკა, რომლის სუბიექტთა საქმიანობის კოორდინაციას ახდენს ბაზარი. საბაზრო კოორდინაცია წარმოადგენს თვითკოორდინაციას, სადაც არ არის წარმართველი ორგანო, სახელმწიფოს ჩარევა. ბაზარი სტიქიური ხასიათისაა. სტიქიურ ბაზარზე წესრიგი შინაგან იმპულსებზე მყარდება, რომელსაც სპონტანურ წესრიგს უწოდებენ. მეწარმე საბაზრო სიგნალების შესწავლის საფუძველზე წვევებს თუ რა ან როგორ აწარმოოს. ფასი წარმოადგენს ორიენტირს როგორც მეწარმისათვის, ასევე მომხმარებლისათვის. იგი განსაზღვრავს თუ რისი წარმოებაა მეწარმისათვის ხელსაყრელი და რა დანახარჯებით. ასევე ყოველი მომხმარებელი ფასების დონის მიხედვით არაკვევს, რისი და რამდენის შექმნა შეუძლია მის ხელთ არსებული სახსრებით.

ბაზრის ეკონომიკური მექანიზმები მიმართულია შექმნას ისეთი პირობები, რათა ადამიანის სამეურნეო საქმიანობა შეესაბამებოდეს მის მუდმივად ცვლად მოთხოვნილებებს, ანუ, ეკონომიკური მექანიზმი წარმოადგენს მომხმარებელ საშუალებას ზეგავლენა იქონიოს დარგის განვითარებაზე⁴. მომხმარებელი დაინტერესებულია საქონლის ან მომსახურების მაღალ ხარისხში, ასევე მისი მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება ხორციელდებოდეს რაც შეიძლება მინიმალური დანახარჯებით. თავისი ბიუჯეტის ფარგლებში იგი თვითონ ახორციელებს საკუთარი პრიორიტეტების განსაზღვრას. მწარმოებელი, თავის მხრივ, წარმოადგენს სუბიექტს, რომელიც თავისი სამეურნეო საქმიანობის შედეგად ხელს უწყობს ადამიანის მოთხოვნილებათა დაკმაყოფილებას. საბაზრო ეკონომიკის დროს მომხმარებლისა და მწარმოებლის ინტერესების გაორებული ბუნება გადაკვეთის წერტილს იძენს ყიდვა-გაყიდვის აქტის დროს, ანუ მომხმარებელი უშუალო გაუღენას ახდენს დარგის განვითარებაზე, წარმართავს რა თავის ფინანსებს საკუთარ მოთხოვნილებათა შესაბამისად⁴.

არსებობს ორი სახის ბაზარი:

† გამყიდველის ბაზარი, სადაც მწარმოებელს (გამყიდველს) უჭირავს გაბატონებული მდგომარეობა მომხმარებელთან (მყიდველთან) შედარებით;

† მყიდველის ბაზარი, სადაც მყიდველს მეტი ზეგავლენა აქვს გამყიდველზე, რითაც ის არაპირდაპირი გზით განაპირობებს მისი მოთხოვნების შესაბამისი პროდუქტის წარმოებას. იდეალური ბაზრისათვის შემდეგი ნიშნებია დამახასიათებელი:

† სპონტანური წესრიგი – ეკონომიკის სუბიექტთა საქმიანობის საბაზრო კოორდინაცია;

† ეკონომიკური არჩევანის ფართო შესაძლებლობა ეკონომიკის სუბიექტთათვის;

† მომხმარებლები იმყოფებიან უპირატეს მდგომარეობაში;

† საბაზრო პირობების შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციის არსებობა;

† მაქსიმალური მოგებისკენ სწრაფვა;

† მომხმარებლებისა და მიმწოდებლების დიდი რაოდენობა;

† ერთი პირი არ აკონტროლებს ბაზარს;

† ბაზარზე შესვლა და გამოსვლა თავისუფალია და არანაირ წინააღმდეგობებს არ შეიცავს;

† საბაზრო ფასები შეესაბამება მოთხოვნასა და მიწოდებას.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ბაზარზე ორი მთავარი სუბიექტია წარმოდგენილი: მომხმარებელი და მწარმოებელი. მეწარმის მოგება გარანტირებულია მაშინ, როდესაც მისი პროდუქცია მომხმარებელთა ინტერესების მაქსიმალური გათვალისწინებითაა წარმოებული.

იდეალური ბაზრის შემთხვევაში მომხმარებლებისათვის შემდეგი ნიშნებია დამახასიათებელი:

† შეუძლიათ სასურველი საქონლის ყიდვა სხვადასხვა კონკურენტუნარიანი მეწარმეებისაგან;

† შემოსავლის გარკვეულ დონეზე შეუძლიათ მაქსიმალური სარგებლიანობის მიღწევა;

† შეუძლიათ მოძებნონ სასურველი საქონლის დაბალ ფასში მიმწოდებელი;

- † იდეალურ ბაზრის შემთხვევაში მეწარმეებისათვის შემდეგი ნიშნებია დამახასიათებელი:
 - † მაქსიმალური მოგებისაკენ სწრაფვა;
 - † მომხმარებელთათვის სასურველი ხარისხის საქონლის წარმოების სტიმული;
 - † საქონლის მინიმალურ ფასად წარმოების სტიმული;
 - † მოგების მისაღებად შეუძლიათ თავისუფლად შევიდნენ ბაზარზე, მომხმარებლებისათვის სასურველ ფასად გაყიდონ საქონელი და ბაზრიდან გააძევეთ არაეფექტური მწარმოებელი.

5.3. კონკურენტული ბაზარი

საბაზრო ეკონომიკის ერთ-ერთი უმთავრესი პირობაა მეწარმეებს შორის რეალური კონკურენციის არსებობა. კონკურენცია წარმოადგენს მეწარმეთა მეტოქეობას საქონლის წარმოებისა და გასაღების ხელსაყრელი პირობებისათვის. იგი ლათინური სიტყვაა და ნიშნავს სხვასთან შეჯიბრის მეშვეობით მიზნისაკენ სწრაფვას.

კონკურენტულ ბაზარზე მიმწოდებელთა და მომხმარებელთა რაოდენობა იმდენად დიდია, ხოლო თითოეულის წილი მიწოდებასა და მოხმარებაში იმდენად მცირე, რომ არცერთ კონკურენტს არ ძალუძს განსაზღვროს საბაზრო ფასი ან თუნდაც რაიმე მნიშვნელოვანი ზემოქმედება მოახდინოს მასზე.

კონკურენციისათვის შემდეგი პირობებია აუცილებელი:

† მეწარმეებისა და მომხმარებლების დიდი რაოდენობით არსებობა;
 საქონელზე საბაზრო ფასი დგინდება მოთხოვნა-მიწოდების თანაფარდობით. როდესაც მიწოდება უსწრებს მოთხოვნას, ფასების დონე დაბალია, ხოლო როდესაც მოთხოვნა უსწრებს მიწოდებას ფასების დონე შესაბამისად იზრდება. არცერთ საბაზრო ძალას არ ძალუძს გავლენა მოახდინოს ფასზე.

† ფირმებს თავისუფლად შეუძლიათ როგორც ბაზარზე შესვლა, ისე ბაზრიდან გასვლა. ბაზარზე ახალი მეწარმეების გამოჩენას არანაირი ხელისშემშლელი პირობები არ ეწინააღმდეგება; მეწარმეს აქვს როგორც პროდუქციის გამოშვების, ასევე წამგებიანობის შემთხვევაში მისი შეწყვეტის უფლება;

† არ არსებობს ერთნაირი საქონლის მხოლოდ ერთი მწარმოებელი. ერთნაირ საქონელზე ბევრი მწარმოებელი უწყვენ ერთმანეთს კონკურენციას;

† ყველა მყიდველსა და გამყიდველს გააჩნია სრული ინფორმაცია ფასებზე.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, თავისუფალი ბაზრის ეფექტური მოქმედების მთავარ პირობას წარმოადგენს დამოუკიდებელი და ერთმანეთთან კონკურენციაში მყოფი მიმწოდებლების დიდი რაოდენობით არსებობა, რომელთაც შეუძლიათ სწრაფად და თავისუფლად შემოვიდნენ ან გავიდნენ ბაზრიდან. იგი განაპირობებს მომხმარებლისათვის კონკურენტუნარიანი ღირებულების საქონლის მიწოდებას. ბაზარზე თავისუფალი შემოსვლა ნიშნავს მომგებიანი საქონლის შემთხვევაში ბაზარზე ახალი მწარმოებლების გაჩენას, რომლებიც დაინტერესებული არიან მოცემული საქონლის წარმოებით გაზარდონ მისი რაოდენობა და შესაბამისად შეამცირონ ფასი. ასეთ შემთხვევაში მომხმარებლებს უფრო მეტი არჩევანის უფლება აქვთ, მათთვის სასურველ ფასად შეიძინონ შესაბამისი ხარისხის საქონელი.

სრულყოფილად კონკურენტული ბაზრის ერთ-ერთი მაგალითია ხორბლის ბაზარი, როდესაც ხორბლის მწარმოებლები რამდენიმე ათასს ითვლის, ხოლო მისი მომხმარებელი მილიონობით ადამიანია. ამ დროს არცერთი მიმწოდებელი და მომხმარებელი ზეგავლენას ვერ ახდენს ხორბლის ფასზე. ხორბლის თითოეული გამყიდველის კონტროლი ფასზე შეზღუდულია, რადგან მრავალი სხვა გამყიდველი, არსებითად, ისეთსავე ხორბალს ყიდის. იმის გამო, რომ თითოეული

გამყიდველი მიმდინარე ფასად ხორბლის იმ რაოდენობას ყიდის, რამდენის გაყიდვაც სურს, მას არ აქვს ნაკლები ფასის დადების მიზენი, ხოლო თუ მეტ ფასს დაადებს, მომხმარებლები ხორბალს სხვა მიმწოდებლებისგან იყიდიან. კონკურენტულ ბაზარზე მყიდველები და გამყიდველები შეგუებული არიან არსებულ საბაზრო ფასს, რადგან სწორედ ამ ფასად იყიდება საქონელი.

5.4. კონკურენტული ორგანიზაციის შემოსავალი და მოგების მაქსიმიზაცია

კონკურენტულ ბაზარზე ყოველი ორგანიზაცია ცდილობს მიიღოს მაქსიმალური მოგება, რაც მისი მთლიანი შემოსავლისა და მთლიანი ხარჯის სხვაობის ტოლია.

დაუშვათ, ექოსკოპიის კაბინეტი თვეში ატარებს Q რაოდენობის (300) გამოკვლევას და თითოეული გამოკვლევის ფასია P (10 ლარი). ექოსკოპიის კაბინეტის მთლიანი შემოსავალი იქნება P X Q, ანუ 300 X 10 = 3000 ლარი. ვინაიდან ექოსკოპიის კაბინეტის მიერ მიწოდებული გამოკვლევების რაოდენობა მცირეა სამედიცინო ბაზარზე არსებული ექოსკოპიური გამოკვლევების მოცულობასთან შედარებით, იგი იღებს ფასს, როგორც საბაზრო პირობებით განსაზღვრულს. ამგვარად, გამოკვლევის ფასი არ არის დამოკიდებული გამოკვლევათა რაოდენობაზე, რომელსაც ექოსკოპიური კაბინეტი აწარმოებს და ყიდის. თუ ექოსკოპიური კაბინეტი გამოკვლევის რაოდენობას გააორმაგებს, მისი ფასი უცვლელი დარჩება, ხოლო კაბინეტის მთლიანი შემოსავალი გაორმაგდება. ამგვარად, მთლიანი შემოსავალი გამოკვლევის რაოდენობის პროპორციულია.

საშუალო შემოსავალი წარმოადგენს მთლიანი შემოსავლის განაყოფს გაყიდული საქონლის რაოდენობაზე. საშუალო შემოსავალი გვიჩვენებს რა შემოსავალს იღებს ორგანიზაცია ერთი ერთეულის გაყიდვიდან. ჩვენს შემთხვევაში ექოსკოპიის კაბინეტის საშუალო შემოსავალი 10 ლარის, ანუ ერთი გამოკვლევის ფასის ტოლია. აღნიშნული დამახასიათებელი არა მხოლოდ კონკურენტული, არამედ სხვა სახის ორგანიზაციებისთვისაც. აქედან გამომდინარე, **ორგანიზაციის საშუალო შემოსავალი საქონლის (მომსახურების) ფასის ტოლია.**

ზღვრული შემოსავალი წარმოადგენს დამატებით გაყიდული ერთეულით გამოწვეულ ცვლილებას მთლიან შემოსავალში. ჩვენს შემთხვევაში ზღვრული შემოსავალი 10 ლარის, ანუ ერთი გამოკვლევის ფასის ტოლია ტოლია. აღნიშნული მხოლოდ კონკურენტული ორგანიზაციისთვისაა დამახასიათებელი. მთლიანი შემოსავალია P X Q, ხოლო P კონკურენტული ორგანიზაციებისთვის მუდმივია. ამიტომ, როდესაც Q ერთი ერთეულით იზრდება, მთლიანი შემოსავალი P ლარით იზრდება. **კონკურენტული ორგანიზაციებისთვის ზღვრული შემოსავალი საქონლის ფასის ტოლია.**

ცხრილი 1: კონკურენტული ორგანიზაციის მთლიანი, საშუალო და ზღვრული შემოსავალი

რაოდენობა (Q)	ფასი (P)	მთლიანი შემოსავალი (TR=P X Q)	საშუალო შემოსავალი (AR=TR / Q)	ზღვრული შემოსავალი (MR= TR /Δ Q)
1 გამოკვლევა	10	10	10	
2	10	20	10	10
3	10	30	10	10
4	10	40	10	10
5	10	50	10	

მოგების მაქსიმიზაციის მიზნით ორგანიზაცია საქონლის (მომსახურების) ისეთ რაოდენობას ირჩევს, რომლის დროსაც ზღვრული შემოსავალი ზღვრული დანახარჯების ტოლია. ვინაიდან კონკურენტული ორგანიზაციის ზღვრული შემოსავალი საბაზრო ფასის ტოლია, ორგანიზაცია ისეთ რაოდენობას აწარმოებს, რომ ფასი ზღვრული დანახარჯის ტოლი იყოს.

5.5. მონოპოლია, ოლიგოპოლია

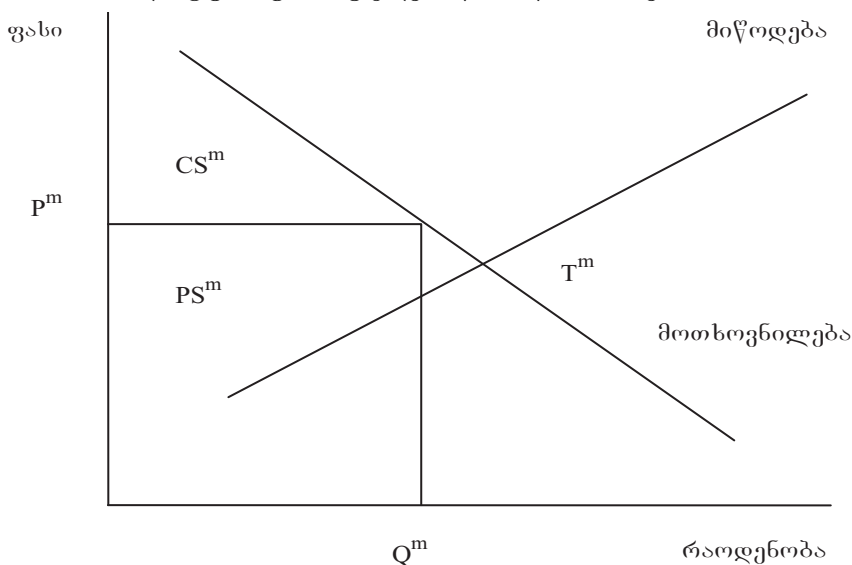
აღსანიშნავია, რომ წარმოების ბევრ სფეროში სრულყოფილი კონკურენციის პირობები არ სრულდება. ზოგჯერ ახალი მწარმოებლების ბაზარზე შემოსვლა შეზღუდულია დიდი მოცულობის საწყისი ინვესტიციების არსებობის აუცილებლობით.

მსხვილ კომპანიას შეუძლია გარკვეული უპირატესობა მოიპოვოს წვრილ კომპანიებთან შედარებით. ერთი სახის საქონლის დიდი რაოდენობით წარმოებით მსხვილ კომპანიას შეუძლია კიდევ უფრო ეფექტურად გამოიყენოს რესურსები და შესაბამისად შეამციროს ფასები.

არასრულყოფილი კონკურენციის ერთ-ერთ ფორმას წარმოადგენს **ოლიგოპოლია**. **ოლიგოპოლიის დროს ერთნაირი სახის საქონლის მწარმოებელი რამდენიმე მსხვილი კომპანია აწარმოებენ მაღალი ფასის შენარჩუნებაზე შეთანხმებას**. ასეთ კომპანიებს მონოპოლიზირებული მდგომარეობა უკავიათ და ბაზარზე ახალი, წვრილი კომპანიების შეღწევა გამწვანებულია.

კონკურენციის საპირისპირო სახეს წარმოადგენს **მონოპოლია**. **მონოპოლია წარმოადგენს ორგანიზაციას, რომელიც საქონლის ერთადერთი გამყიდველია, რომელსაც ახლო შემცველები არ აქვს**. მონოპოლისტურ კომპანიას გაბატონებული მდგომარეობა აქვს დამკვიდრებული ამა თუ იმ საქონლის წარმოებასა და გასაღებაში და შეუძლია გავლენა მოახდინოს საბაზრო ფასზე. მოგების მიღების მიზნით იგი ამცირებს საქონლის რაოდენობას და შესაბამისად თავისი შეხედულებისამებრ ზრდის ფასს. მყიდველი იძულებულია საქონელი მაღალ ფასში იყიდოს, საპირისპირო შემთხვევაში, თუ მისი შეძენისათვის საჭირო თანხა არ გააჩნია, საქონლის გარეშე დარჩება. როგორც ქვემოთ მოყვანილი ნახატიდან ჩანს, ფასი, რომელიც განსაზღვრულია P^m დონეზე, მოცულობის Q^m -მდე შემცირების შედეგად იწვევს საერთო კეთილდღეობის შემცირებას T^m -მდე.

ნახატი 1: მონოპოლისტური ფასის გავლენა წონასწორობაზე



მონოპოლიის ძირითადი მიზეზია ბაზარზე შესვლის ბარიერები, რომელსაც სამი მიზეზი აქვს:

† ძირითად რესურსს ერთი საწარმო ფლობს;

† სახელმწიფო ერთ ორგანიზაციას აძლევს რაიმე საქონლის წარმოების ექსკლუზიურ უფლებას;

† წარმოების დანახარჯები ისეთია, რომ ერთი მწარმოებელი უფრო ეფექტიანად მუშაობს, ვიდრე მწარმოებელთა დიდი რაოდენობა.

მონოპოლია, რომელიც წარმოიქმნება მაშინ, როდესაც ბაზარზე არსებობს მოცემული საქონლის მწარმოებელი ერთი ორგანიზაცია, რომლის დანახარჯები ნაკლებია ორი ან რამდენიმე ორგანიზაციის დანახარჯებზე ბუნებრივი მონოპოლია ეწოდება.

ვინაიდან მონოპოლიები აწარმოებენ სოციალურად ეფექტიან რაოდენობაზე ნაკლებს და აწესებენ ფასებს, რომლებიც ზღვრულ დანახარჯებზე მეტია, ამიტომ მონოპოლიები საერთო დანაკარგს იწვევს. ეს არაეფექტიანობა შეიძლება შემცირდეს გონივრული სახელმწიფო პოლიტიკის შედეგად.

რადგან მონოპოლია ერთადერთი მწარმოებელია ბაზარზე, ამიტომ მას თავის საქონელზე მოთხოვნის კლებადი მრუდი ახასიათებს. როდესაც მონოპოლია წარმოებას ერთი ერთეულით ზრდის, მისი საქონლის ფასი მცირდება, რაც ამცირებს ყველა ერთეულიდან მიღებულ შემოსავალს. ამის შედეგად მონოპოლიის ზღვრული შემოსავალი ყოველთვის ნაკლებია, ვიდრე მისი საქონლის ფასი.

მონოპოლიური ორგანიზაცია მაქსიმალური მოგების მიღებას ცდილობს, რისთვისაც ისეთ რაოდენობას აწარმოებს, რომ ზღვრული შემოსავალი ზღვრული დანახარჯის ტოლი იყოს. შემდეგ მონოპოლია ირჩევს ფასს, როცა მოთხოვნა ამ რაოდენობის ტოლი იქნება. კონკურენტული ორგანიზაციისაგან განსხვავებით, მონოპოლიური ორგანიზაციის მიერ დაწესებული ფასი ორგანიზაციის ზღვრულ შემოსავალზე მეტია.

მონოპოლისტის პროდუქციის რაოდენობა, რომელიც მაქსიმალურ მოგებას შეესაბამება, იმ რაოდენობაზე ნაკლებია, რომელიც მომხმარებლისა და მწარმოებლის დანახარჯთა ჯამის მაქსიმუმს შეესაბამება. ესე იგი, როდესაც მონოპოლისტი ზღვრულ დანახარჯზე მეტ ფასს აწესებს, ზოგიერთი მომხმარებელი, რომელიც საქონელს მისი წარმოების დანახარჯებზე მეტს აფასებს, ამ საქონელს არ იყიდის. ამის შედეგად მონოპოლია იწვევს საერთო დანაკარგს, რომელიც გადასახადებით გამოწვეული საერთო დანაკარგის მსგავსია.

საბაზრო ურთიერთობების ქვეყნებში ანტიმონოპოლური კანონმდებლობა განსაზღვრავს ბაზრის მფლობელის იმ დონეს, რომელიც განაპირობებს მასზე გაბატონებულ მდგომარეობას. მაგალითად, გერმანიაში კანონის შესაბამისად ფირმა ბაზარზე გაბატონებულ მდგომარეობაში ითვლება, თუ მისი საერთო ბრუნვა 250 მლნ. მარკას შეადგენს, ან ფირმის ხვედრითი წილი გარკვეული საქონლის (მომსახურების) ბრუნვაში ერთ მესამედზე მეტია!

სახელმწიფოს შეუძლია არეგულიროს მონოპოლიის მიერ დაწესებული ფასები, ან შეუძლია მონოპოლისტური ორგანიზაცია მთავრობის მიერ მართვად საწარმოდ გადააქციოს.

ზშირად, მონოპოლისტს შეუძლია საკუთარი მოგების გაზრდა, თუ ერთსა და იმავე საქონელს, მომხმარებლის გადახდისათვის მზადყოფნიდან გამომდინარე, სხვადასხვა ფასი დაადოს. **სხვადასხვა მომხმარებლისათვის საქონლის სხვადასხვა ფასად მიყიდვის პრაქტიკას ფასისმიერი დისკრიმინაცია ეწოდება.**

ასეთ ფასისმიერ დისკრიმინაციას შეუძლია გაზარდოს ეკონომიკური კეთილდღეობა საქონლის იმ მომხმარებლებისათვის მიწოდებით, რომლებიც წინააღმდეგ შემთხვევაში ამ საქონელს არ იყიდდნენ. სრული ფასისმიერი დისკრიმინაციის შემთხვევაში მონოპოლიის საერთო დანაკარგი საერთოდ აღმოფხვრილია. უფრო ზოგადად, როდესაც ფასისმიერი დისკრიმინაცია

არასრულია, მას შეუძლია გამოიწვიოს კეთილდღეობის გაზრდა ან შემცირება, ერთი მონოპოლიური ფასის შემთხვევასთან შედარებით.

5.6. შუზღულული კონკურენცია ჯანდაცვის ბაზარზე

ჯანდაცვის სექტორი, ისევე როგორც ეკონომიკის ყოველი დარგი, თავისი სპეციფიკურობით ხასიათდება. ეს სპეციფიკა ეკონომიკური ურთიერთობების განსაკუთრებულ ფორმებს განაპირობებენ. სამედიცინო ბაზარზე საბოლოო შედეგების წარმოების, განაწილების და რეალიზაციის ეკონომიკური ურთიერთობები არსებითად განსხვავდება მომსახურების სხვა სფეროებში მოქმედი ანალოგიური ურთიერთობებისაგან. იგი **განპირობებულია სამედიცინო მომსახურების სოციალურ-ეკონომიკური ბუნებით და სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სპეციფიკურობით, კერძოდ^{4,5}:**

- † სამედიცინო მომსახურების ბაზარი ყოველთვის არ აკმაყოფილებს თავისუფალი ბაზრის სტანდარტებს;
- † მოთხოვნილებები სამედიცინო მომსახურებაზე ატარებენ არა მხოლოდ პირად, არამედ სოციალურ ხასიათსაც, რაც მოითხოვს ცალკეულ მომხმარებელთა სახსრების გაერთიანებას. ხშირად რეგულირების საგნად გვევლინება “საზოგადოებრივი სიკეთე”;
- † სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნილებებს აქვთ წარმოქმნის სავარაუდო ხასიათი, რაც ასევე განაპირობებს მომსახურების პოტენციალის შექმნის აუცილებლობას;
- † ადგილი აქვს გარეგან ეფექტებს.

ეკონომიკური თეორია ასეთ თავისებურებებს განიხილავს, როგორც საბაზრო ნაკლოვანებებს (market failures).

განსხვავება სამედიცინო და ჩვეულებრივ ბაზარს შორის

ჩვეულებრივი ბაზარი	სამედიცინო ბაზარი
ბევრი მიმწოდებელი	მიმწოდებლების შეზღულული რაოდენობა, არსებობს ბაზარზე შესვლის შეზღულდვები, შესაძლოა მონოპოლიის განვითარება
მაქსიმალური მოგებისკენ სწრაფვა	სახელმწიფო ან არამომგებიანი სამედიცინო დაწესებულებათა დიდი რაოდენობით არსებობა
ერთგვაროვანი პროდუქტი	სამედიცინო მომსახურების არაერთგვაროვნება, მისი ინდივიდუალობა და უნიკალურობა
კარგად ინფორმირებული მყიდველი	არასაკმარისად ინფორმირებული მყიდველი
მომხმარებლის მიერ პირდაპირი გადახდა, პროდუქციის რეალიზაცია, როგორც წესი, პირდაპირ ხორციელდება	უმრავლეს შემთხვევაში საჭიროა მესამე მხარის, კომპეტენტური შუამავლის არსებობა, რომელიც იხდის სამედიცინო მომსახურების მნიშვნელოვან ნაწილზე, პაციენტი იხდის ჯანდაცვის სერვისებზე დანახარჯის მხოლოდ ნაწილს
საქონლის ფასის და მისი ხარისხის შედარების შესაძლებლობა	საქონლის ფასის და მისი ხარისხის შედარების სირთულე ან შეუძლებლობა

ისმება კითხვები: რამდენად შესაძლებელია, რომ ბაზარმა თვითონ, სახელმწიფო ჩარევების გარეშე გადაწყვიტოს ჯანდაცვის სექტორში მდგარი პრობლემები, კერძოდ, უზრუნველყოს რესურსების ეფექტური განაწილება, ხელმისაწვდომობა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხი? მართვისა და რეგულირების რა დამატებითი მექანიზმებია საჭირო?

ყველაზე “თავისუფალ” ურთიერთობების დროსაც ჯანმრთელობის დაცვა აუცილებლად საზოგადოებრივად და სახელმწიფოებრივად რეგულირებად სფეროს წარმოადგენს². მთელ მსოფლიოში მიმდინარეობს ბაზრისა და ჯანდაცვის სექტორის რეგულირების გონივრული შეთანხმების გზების ძიება.

ჯანდაცვის სექტორზე საბაზრო მექანიზმების ზეგავლენით სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლები დაინტერესებული არიან განახორციელონ მაღალი ხარისხის მომსახურება და ეძებონ სამედიცინო დახმარების ეკონომიკურად ეფექტური გზები.

სამედიცინო ბაზარზე კონკურენციის შეფასებისათვის გამოიყენება შემდეგი კრიტერიუმები:

† სამედიცინო დაწესებულებების რაოდენობა;

† გარკვეულ გეოგრაფიულ არეალზე სამედიცინო დაწესებულებების კონცენტრაცია;

† სამედიცინო დაწესებულებების დატვირთვის მაჩვენებელი;

† სამედიცინო დაწესებულებების საწოლთა რაოდენობა;

† სამედიცინო დახმარების ხარისხი;

† სამედიცინო დახმარების ფასი.

პაციენტს აქვს უფლება, თვითონ აირჩიოს ექიმი ან სამედიცინო დაწესებულება. აქედან გამომდინარე, სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენციის ერთ-ერთი მთავარი ფაქტორია პაციენტის დამოკიდებულება სამედიცინო დაწესებულებებისადმი. თავის მხრივ, სამედიცინო დაწესებულება დაინტერესებულია რაც შეიძლება მეტი პაციენტი მიიზიდოს, რადგან მისი შემოსავალი დამოკიდებულია მათთან მეთვალყურეობაზე მყოფი, ან ნამკურნალე პაციენტთა რაოდენობაზე.

აქვე აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო დახმარების ბევრ სახეებზე მოთხოვნას ექიმი წყვეტს, რადგან იგი გვევლინება როგორც პაციენტის მრჩეველი. აქედან გამომდინარე, სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენცია აგრეთვე ექიმების გამოცდილებაზე და სამედიცინო განათლების დონეზეა დამოკიდებული. სამედიცინო დაწესებულება ცდილობს თავისთან სამუშაოდ მიიზიდოს კონკურენტუნარიანი ექიმი, რისთვისაც მაღალ ანაზღაურებას სთავაზობს. იგი ექიმის შემოსავლის გაზრდას ხელს უწყობს სხვა გზებითაც: საოფისე ფართობის დათმობა, სპეციფიკური დაავადებების სამკურნალოდ საწოლების გამოყოფა და სხვა. ცხადია, რაც უფრო მეტი მაღალკვალიფიციური ექიმი დასაქმებული სამედიცინო დაწესებულებაში, მით იზრდება პაციენტების მასთან მიმართულებით.

სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენცია აგრეთვე დამოკიდებულია მათი უახლესი, ძვირადღირებული მოწყობილობა-დანადგარებით აღჭურვაზე. ამასთან, აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო დაწესებულებათა უახლესი მოწყობილობა-დანადგარების მიხედვით კონკურენცია ხშირად არაეფექტურია და ხარჯების ზრდას იწვევს. ასე მაგალითად, თუ ქალაქში მდებარე ორ სამედიცინო დაწესებულებას ერთნაირი სახის სადიაგნოსტიკო დანადგარი გააჩნიათ, დროის ნახევარზე მეტი ისინი შეიძლება არც იქნეს გამოყენებული.

სამედიცინო დაწესებულებებში პაციენტთა მიმართულებით ზეგავლენას ახდენს მათი სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილეობა. პაციენტთა უმეტესობა მიმართავს მხოლოდ იმ სამედიცინო დაწესებულებას, რომელიც სადაზღვევო პროგრამებშია ჩართული. ზოგჯერ სადაზღვევო ორგანიაციას ხელშეკრულება გაფორმებული აქვს ყველა სამედიცინო დაწესებულებასთან, მაგრამ ცალკეულ მომსახურებაზე (მაგ. გულის გადანერგვა) ურთიერთობას ამყარებს მხოლოდ შესაბამისი ლიცენზიის მქონე დაწესებულებასთან.

ამგვარად, ერთი მხრივ, საავადმყოფოსა და საზოგადოებას შორის არსებობს თავისებური სოციალური ხელშეკრულება, ხოლო მეორეს მხრივ, საავადმყოფოსა და სახელმწიფოს შორის არსებობს შეთანხმება სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილეობისა და შესაბამისად დაფინანსების შესახებ.

სამედიცინო ბაზარზე არსებული კონკურენციის ფაქტორები

კონკურენციის ფაქტორები	ხარისხის ფაქტორები
პაციენტები	ხელსაყრელი პირობები, პირდაპირი გადასახადი
ექიმები	გამოცდილება, ტექნოლოგიის დონე
კონტრაქტები	ფასი, საინფორმაციო სისტემები

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის ბაზარი წარმოადგენს არასრულყოფილ კონკურენციის ბაზარს. ამასთან, თავისი ძირითადი მახასიათებლებით იგი ახლოს დგას ისეთ სტრუქტურებთან, რომლებიც ეკონომიკური თეორიით კლასიფიცირდება როგორც მონოპოლისტური კონკურენციის ბაზარი და მონოპოლია. აღნიშნული გარემოებები გაუღენას ახდენენ მიმწოდებელთა ქცევაზე, მათ მიზნებზე, ფასთწარმოქმნის სისტემაზე, რაც მოითხოვს სახელმწიფოს მხრიდან ჯანდაცვის ბაზარზე მიმდინარე პროცესების სპეციფიკურ რეგულირებას.

ჯანდაცვის სისტემაში შეზღუდული კონკურენციის ძირითადი მიზეზებია:

- † სტაციონარული სამედიცინო დახმარების მიწოდების იერარქიული სისტემა;
- † სამედიცინო ბაზარზე შესვლა შეზღუდულია, შრომითი და მატერიალური რესურსების
- † შეზღუდული ნაკადის, სამედიცინო მომსახურების გასაწევად საჭირო ხარჯებისა და რეგულირების მექანიზმების გამო;
- † სამედიცინო მომსახურების მრავალ სახეს არ გააჩნია მისი შემცველი, ან შედარებით
- † მცირეა ასეთი სახის შემცველები;
- † ჯანდაცვის სისტემაში წარმოების ფაქტორები ნაკლებად მობილურია;
- † სამედიცინო დახმარება არაერთგვაროვან პროდუქტს წარმოადგენს;

განვიხილოთ თითოეული მათგანი:

სტაციონარული სამედიცინო დახმარების მიწოდების იერარქიული სისტემა

ბევრ ქვეყნებში საავადმყოფოთა ქსელი აგებულია სტაციონარული დახმარების დონეებზე დაყოფის პრინციპით, ანუ სტაციონარული ტიპის სამედიცინო წესებულებები დიფერენცირებულია დონეების მიხედვით. ასე მაგალითად, საქართველოში ჰოსპიტალური მომსახურების შემდეგი დონეები არსებობს: დღის სტაციონარი, რაიონული საავადმყოფო, სამხარეო საავადმყოფო, სპეციალიზირებული საავადმყოფო, პროფილური სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტი, კლინიკური საავადმყოფო. ჰოსპიტალურ შემთხვევათა შედარებით იოლი ფორმების კონცენტრირება ხდება რაიონულ საავადმყოფოებში, რომლებიც პაციენტის საცხოვრებელი ადგილის ახლოს არიან განთავსებულნი. უფრო რთული შემთხვევების მკურნალობა ხორციელდება სამხარეო და რესპუბლიკურ საავადმყოფოებში.

აღნიშნული დონეები ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან ადჭურვილობით, პერსონალის კვალიფიკაციით და მომსახურების პაკეტით. ცხადია **სტაციონარული სამედიცინო დახმარების ასეთი**

იერარქიული სისტემა და შესაბამისად დონეების მიხედვით ერთმანეთისაგან განსხვავებული საავადმყოფოების არსებობა მნიშვნელოვნად ამცირებს მათ შორის რეალური კონკურენციის შესაძლებლობას.

სამედიცინო ბაზარზე შესვლა შეზღუდულია

კონკურენტუნარიანი ბაზრის ერთ-ერთი აუცილებელი პირობაა მიმწოდებლების დიდი რაოდენობით არსებობა, რომელთაც შეუძლიათ სწრაფად და თავისუფლად შევიდნენ და გავიდნენ ბაზრიდან. ამ მხრივ, ჯანდაცვის სფეროში გარკვეული შეზღუდვები არსებობს. თავისუფალი ბაზრისაგან განსხვავებით **სამედიცინო ბაზარზე პერსონალის თავისუფალი შემოსვლა შეზღუდულია, რისთვისაც ჯანდაცვის სფეროში არსებობს სამედიცინო პერსონალის რეგისტრაციისა და ლიცენზირების განსაკუთრებული წესები.** სამედიცინო პრაქტიკის უფლება აქვს მხოლოდ ექიმებს, რომელთა განათლების დონე პასუხობს დადგენილ მოთხოვნებს. მარტო ეს პირობა მნიშვნელოვნად ამცირებს კონკურენციას სამედიცინო ბაზარზე.

ზმირად სამედიცინო ბაზარზე ახალი მიმწოდებლების შემოსვლას ეწინააღმდეგებიან პროფესიული კავშირები (მაგ. ექიმთა ასოციაციები). მათი აზრით, ბევრი პერსონალის საქმიანობა მათი შემოსავლების შემცირებას გამოიწვევს. აშშ-ში ექიმთა ასოციაციები, რომლებიც აერთიანებენ კერძო პრაქტიკის ექიმების დაახლოებით ნახევარ ნაწილს, ლობირებას უწევენ სამედიცინო ფაკულტეტებზე სტუდენტთა შეზღუდული რაოდენობით მიღებას, სწავლის საფასურის ზრდას. ისინი აკონტროლებენ ექიმ-ემიგრანტების ნაკადს, მათ მიერ სამედიცინო საქმიანობის დაწყებას. ასოციაციის თანხმობის გარეშე არ ხდება სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი ინციტატივების წამოწყება. გარდა ამისა, ექიმთა ასოციაციები სპეციალურად ადგენენ საექიმო პრაქტიკის ლიცენზირების ხელშეწყობად გაზრდილ მოთხოვნებს. ასე მაგალითად, ერთი შტატიდან მეორეზე გადასვლისას ექიმებს მოეთხოვებათ ახალი ლიცენზიის მოპოვება.

ყოველივე ზემოაღნიშნული განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ წმინდა ეკონომიკური თვალსაზრისით სპეციალისტისათვის შედარებით იოლია ჯანდაცვის ბაზარზე როგორც შემოსვლა, ასევე გასვლა, რადგანაც სამედიცინო მომსახურების ბევრი სახეების გაწევა არ არის დაკავშირებული დიდ პირველად ხარჯებთან, მნიშვნელოვან საწყის კაპიტალთან (მრეწველობაში და ვაჭრობაში საქმიანობასთან განსხვავებით). მეორე მხრივ, დინამიური მოთხოვნა, ჯანდაცვის ბაზარზე ახალი მოთხოვნების, მომსახურების ახალი სახეების გაჩენა ჯანდაცვის სექტორში ახალი სპეციალისტების აქტიურ მიზიდვას განაპირობებს. აღნიშნულის გათვალისწინებით, სრულიად გასაგებია ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებელთა უკვე არსებული კონტინგენტის სწრაფვა ყველა შესაძლებელი, და არამარტო ეკონომიკური, საშუალებებით წინააღმდეგობა გაუწიონ პოტენციური კონკურენტების შემოსვლას ჯანდაცვის ბაზარზე, შეზღუდონ მიწოდება, მაქსიმალურად გაზარდონ ფასები და შემოსავლები.

დაუშვათ საპირისპირო შემთხვევა, წარმოვიდგინოთ, რომ სამედიცინო ბაზარი თავისუფალია და ყველას შეუძლია მომსახურების მიწოდება, ანუ არაკვალიფიცირებული პრაქტიკოსები ყოველგვარი შეზღუდვის გარეშე აწარმოებენ სამედიცინო საქმიანობას, ხოლო პაციენტები სამედიცინო დახმარების ხარისხისა და ღირებულების საკუთარი შეფასების უნარის მიხედვით ახდენენ შერჩევას. ცხადია, ჯანდაცვის სფეროში ასეთი ბაზრის არსებობა შეუძლებელს წარმოადგენს, რადგან არაკვალიფიცირებული ექიმის მიერ დაშვებულმა შეცდომებმა შეიძლება პაციენტისათვის ფატალური შედეგი გამოიწვიოს.

თუ ყველას მიეცემა საექიმო პრაქტიკის უფლება მაშინ როგორ დაიცვას თავი პაციენტმა არაკომპეტენტური ექიმებისაგან, რომლებიც სთავაზობენ მკურნალობას, მაგრამ შესაბამისი არც გამოცდილება აქვთ და არც შესაფერისი განათლება გააჩნიათ. პაციენტთა არასაკმარისი სამედიცინო განათლების და ჯანდაცვის სფეროში ექიმთა განსაკუთრებული როლის (როგორც მიმ-

წოდებული და მოთხოვნების განმსაზღვრელი) გამო, მნიშვნელოვნად იზრდება სახელმწიფოს მარეგულირებელი ფუნქცია. სახელმწიფო გვევლინება არამართო საზოგადოების ინტერესების დამცველი, არამედ მისთვის საჭირო სამედიცინო დახმარების მყიდველიც.

სამედიცინო ბაზარზე შეზღუდვები ვრცელდება არამართო შრომით არამედ მატერიალურ რესურსებზეც. ყველა დაწესებულებას არ შეუძლია განახორციელოს სამედიცინო საქმიანობა. მათ ამისათვის შესაბამისი პირობები უნდა გააჩნდეთ და ქვეყანაში დადგენილ გარკვეულ სტანდარტებს უნდა შეესაბამებოდნენ. ხშირად სტანდარტში შედის ისეთ რთულ საქმიანობებზე მინიმალური მოცულობის მოთხოვნა, რომლებიც განსაკუთრებულ კვალიფიკაციას და მუდმივ პრაქტიკას საჭიროებს.

აშშ-ში საავადმყოფოს არ აქვს უფლება ჩაატაროს გულის ქირურგიული ოპერაცია, თუ წინა წელს ჩატარებული გულის ოპერაციათა რაოდენობა 150-ზე ნაკლებია. შესაბამისად, ასეთ საავადმყოფოს არ შეუძლია პრეტენზია განაცხადოს ამ ოპერაციის ჩატარებისათვის კონტრაქტის მიღებაზე.

სამედიცინო მომსახურების ცალკეული სახეები შეუცვლელია, ოლიგოპოლისტიკური კონკურენცია

ჩვეულებრივ, რაც უფრო ძლიერია ბაზარზე საწარმოს ძალა მით უფრო დიდია მოგების მიღების პოტენცია. როდესაც კონკურენცია ახალ-ახალი კონკურენტი საწარმოების გაჩენით იზრდება, საწარმოს შეუძლია:

შეცვალოს კონკურენციის ხასიათი კომპანიათა გაერთიანების გზით, რომ შეამციროს ხარჯები და სახელშეკრულებო გარიგებისას განავითაროს საკუთარი პოზიციები;

მოძებნოს გზები, რომ გაზდეს ნაკლებხარჯიანი მწარმოებელი;

შექმნას კონკურენტი საგან განსხვავებული პროდუქტი.

ზოგიერთ სამედიცინო დაწესებულებას ბაზარზე აქვს მკვეთრად გამოხატული ძალაუფლება, რადგან მის კონკურენტ სამედიცინო დაწესებულებებს არ შეუძლიათ იგივე სახის სამედიცინო მომსახურების გაწევა, ან თუ შეუძლიათ, იგი მაინც *არასრულყოფილ შემცვლელს* (imperfect substitutes) წარმოადგენს.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის ბაზრისთვის დამახასიათებელია *ოლიგოპოლისტიკური კონკურენცია*.

სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენცია განსაკუთრებით დაბალია რაიონებში, სადაც ხშირ შემთხვევაში მხოლოდ ერთი საავადმყოფო ფუნქციონირებს. აღნიშნულის შედეგად ირღვევა თავისუფალი ბაზრისათვის აუცილებელი კონკურენციის პირობები და რაიონული საავადმყოფო გვევლინება როგორც მონოპოლისტი. *მონოპოლისტური ბაზარი*, სადაც მხოლოდ ერთი მიმწოდებელია, ზღუდავს პაციენტების არჩევანს, ამცირებს სადაზღვევო ორგანიზაციის ან ჯანდაცვის მართვის ორგანოების შესაძლებლობას მოახდინონ სამედიცინო მომსახურების შესყიდვა პაციენტების ინტერესების გათვალისწინებით.

სამედიცინო ბაზარზე მიმწოდებლების სიმცირე განსაკუთრებით შესამჩნევია სოფლად, სადაც სამედიცინო მომსახურებას შეიძლება მხოლოდ ერთი სამედიცინო პერსონალი ეწეოდეს.

სტაციონარული მომსახურებისგან განსხვავებით, ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების პირობებში, მონოპოლისტური მდგომარეობა შედარებით მცირე ხასიათს ატარებს. დასავლეთ ევროპის უმრავლეს ქვეყნებში (ხოლო უკანასკნელ დროს ყოფილ სოციალისტურ ქვეყნებშიც, მაგალითად, ჩეხეთში, სლოვაკიაში, აღმოსავლეთ გერმანიაში) ამბულატორიული დახმარების ძირითადი ნაწილი დამოუკიდებელი ინდივიდუალური და ჯგუფობრივი საექიმო პრაქტიკების მიერ ხორციელდება. პაციენტების მოსაზიდად ისინი ერთმანეთს უწევენ კონკურენციას.

ამბულატორიულ სექტორში სამედიცინო ორგანიზაციების მოცულობა შედარებით მცირეა, ხოლო სამედიცინო დახმარების მიწოდება მთლიანობაში ერთგვაროვანია – მსხვილი დიაგნოსტიკური ცენტრების და სპეციალიზებული საკონსულტაციო პოლიკლინიკების გარდა. არსებობენ მსხვილი საავადმყოფოები (ასე მაგალითად, საქალაქო საავადმყოფოები მსხვილ დასახლებულ პუნქტებში), რომლებიც ერთგვაროვან მომსახურებას აწვდიან მოსახლეობას. კონკურენცია შესაძლებელია აგრეთვე სხვადასხვა ტერიტორიალურ სამედიცინო დაწესებულებებს შორისაც.

მთლიანობაში ჯანდაცვის ბაზარი **ოლიგოპოლისტიკურ ბაზარს** წარმოადგენს, სადაც შეინიშნება მიმწოდებელთა მცირე რაოდენობა.

ბაზარზე ახალი კონკურენტების შემოსვლის საწინააღმდეგოდ, მაღალკონკურენტუნარიანი დაწესებულება ლებულობს შემდეგ ღონისძიებებს:

† სხვებზე ადრე ყიდვა (**Preemption**) – ყიდვაზე უფლებრივი უპირატესობის შექმნა. სიუხვის სწრაფად ფორმირების უნარი, რომ წინააღმდეგობა გაუწიო ბაზარზე შემოსულ ახალ წევრებს.

† ფასის ლიმიტირება – მომსახურებაზე დაბალი ფასების დადგენა;

† ინოვაციები – ხარჯების განუწყვეტლივ შემცირება და ხარისხის გაძლიერება;

† კომპანიათა გაერთიანება – ბაზრის სტრუქტურის შეცვლა.

ბაზარზე მაღალკონკურენტული დაწესებულება ცდილობს გაზარდოს მომსახურების (პროდუქტის) ფასები. ასე რომ ზღვრული შემოსავალი = ზღვრულ ხარჯებს.

ბაზარზე მაღალკონკურენტული დაწესებულების სტრატეგიას შეადგენს:

† ფასის დისკრიმინაცია;

† მომსახურების დიფერენცირება;

† გარიგება.

მომსახურების (პროდუქტის) დიფერენციაცია შეიძლება იყოს მომსახურების (პროდუქტის) ნიშან-თვისებებზე დაფუძნებული, ან ინფორმაციაზე დაფუძნებული. ზღვრული ხარჯების გაანგარიშებისას მომსახურების (პროდუქტის) სარეკლამო ხარჯები უნდა დაემატოს მომსახურების წარმოების ხარჯებს.

თამაშის თეორიის მიხედვით ბაზარზე არსებობს თამაშის ორი სახე:

† კოოპერაციული – მოთამაშეები შეიძლება შეთანხმდნენ და დაამყარონ სახელშეკრულებო ურთიერთობები მეტი ეფექტურობის მისაღწევად.

† არაკოოპერაციული – მოთამაშეები კონკურენციას უწევენ ერთმანეთს და წინააღმდეგობაში არიან ერთმანეთთან საკუთარი ინტერესების დაცვის მიზნით, მაშინაც კი როდესაც მათი რესურსები შეიძლება განსხვავებული იყოს.

ბაზარზე არაკოოპერაციული თამაში უფრო რთულს წარმოადგენს, რადგანაც დაწესებულებებს შორის არანაირი წესები ან შეთანხმება არ არსებობს.

80-იან წლებში დიდ ბრიტანეთში მ. ტეტჩერის მიერ განხორციელებული რეფორმების ერთ-ერთ მთავარ მიზანს წარმოადგენდა სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებს შორის კონკურენციის გაძლიერება. რადიკალურმა რეფორმებმა ჯანდაცვის სისტემაში სტრუქტურული ცვლილებები განაპირობა.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შედეგად მნიშვნელოვანი ნაბიჯები გადაიდგა კონკურენტუნარიანი სამედიცინო ბაზრის განვითარებისათვის. სამედიცინო დაწესებულებებს შორის ცხადდება კონკურსი სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებში მონაწილეობის მისაღებად. გაუქმდა საექიმო უბნების შექმნა ტერიტორიული პრინციპით და პაციენტს მიეცა ექიმის და სამედიცინო დაწესებულების არჩევის უფლება.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, აქტუალურს წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს შორის კონკურენციის სტიმულირების მექანიზმების ძიება.

სამედიცინო დახმარება არაერთგვაროვან პროდუქტს წარმოადგენს

მედიცინა შემოქმედებითი პროცესია, რომელიც არ არსებობს ერთგვაროვანი სახით. ჯანდაცვის სფეროში სამედიცინო დახმარების თითოეული სახე არაერთგვაროვან პროდუქტს წარმოადგენს. სამედიცინო დახმარების ხარისხი ბევრადაა დამოკიდებული იმაზე, თუ ვინ და რა პირობებში აწვდის მას. ერთიდაიგივე დაავადებას სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში განსხვავებული მეთოდებით მკურნალობენ. სხვადასხვა დაწესებულებების შესაძლებლობები (სადიაგნოზო მოწყობილობები, სპეციალისტების კვალიფიკაციის დონე, მედიკამენტებით უზრუნველყოფა და ა. შ). ავადმყოფს, რომელიც გემიურ ოპერაციას სამხარეო საავადმყოფოში იტარებს, შედარებით ნაკლები რისკი აქვს ვიდრე ავადმყოფს, რომელსაც გადაუდებელი ოპერაცია უტარდება რაიონულ საავადმყოფოში. აღნიშნულის გამო, სამედიცინო დაწესებულებები სამედიცინო დახმარების გარკვეულ სახეებზე გვეკვლინებიან როგორც მონოპოლისტები.

ჯანმოს მიერ წარმოდგენილი ფორმულირებით, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი წარმოადგენს მისი მახასიათებლებისა და თვისებების ერთობლიობას, რომელთაც აქვთ ემპირიული ბუნება და შეუძლიათ დააკმაყოფილონ დადგენილი მოთხოვნები.

სამედიცინო საქმიანობის მკაცრი რეგლამენტაციის მიუხედავად, ჯანდაცვაში არ არის და არც იარსებებს ყველა პაციენტის მკურნალობაზე ერთიანი მიდგომა, ერთი და იგივე დაავადებების არსებობის დროსაც კი. დიაგნოსტიკურ, ტაქტიკურ და ტექნიკურ ასპექტებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხობრივი მახასიათებლები შეიძლება ფართო საზღვრებში შეიცვალოს.

პროფესიული მოღვაწეობის სხვა სფეროებისაგან განსხვავებით, მედიცინაში ლეტალური გამოსავალი არ წარმოადგენს ანტიბუნებრივს და ანტისამართლებრივს. განუკურნებელი დაავადება, სამედიცინო დახმარებაზე არადროული მიმართვა, ორგანიზმის საერთო სისუსტე, ცხოვრების ანტიპიგიენური ხასიათი ან თუ იმ მედიკამენტის მიმართ იდიოსინკრაზია – ყველა ეს ფაქტორები შესაძლოა გახდეს ლეტალური გამოსავლის მიზეზი და არ იქნება დამოკიდებული არც სამედიცინო ჩარევების ხასიათზე და არც სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციაზე.

ჩვეულებრივ, არასახარბიელო შედეგებს ყოფენ 3 ჯგუფად: უბედური შემთხვევები, საექიმო შეცდომები და დასჯადი შემთხვევები (პროფესიონალური სამართალდარღვევები, იატროგენული დელიქტი). ექსპერტული შეფასების მიხედვით, არასახარისხიანი მკურნალობის 9,4 % განპირობებულია პაციენტის დაგვიანებული მიმართვით და ჰოსპიტალიზაციაზე უარის თქმით; 5,5 % - სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციის ნაკლოვანებებით (სპეციალისტების არადროული კონსულტაციები, ექიმების მუშაობის სუსტი უწყვეტობა და ა. შ.)³. დიაგნოსტიკური დეფექტები (32,9 %), ტაქტიკური დეფექტები (36,2 %), ტექნიკური დეფექტები (30,9 %)³.

სასამართლო-სამედიცინო აქტების მიხედვით, 7,4 % არასახარბიელო გამოსავლების ძირითად მიზეზად მიჩნეულია პერსონალის არაკეთილსინდისიერება³. ზოგჯერ ექიმები წარმოადგენენ პაციენტებში იატროგენული (ბერძნ. *iatros* – ექიმი, *gennaio* - გამოწვეული) დაავადებების მიზეზს. ექიმის მიერ არასწორად ნათქვამმა სიტყვამ, სამედიცინო პერსონალის არაკორექტულმა ქცევამ, უყურადღებობამ, უტაქტობამ შეიძლება ნეგატიური გავლენა იქონიოს ავადმყოფის ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობაზე.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ცვალებადობის დამახასიათებელი ფაქტორი – თითოეული დაავადების კლინიკური სურათის უნიკალურობა. ნებისმიერი მკურნალობის კეთილსაიმედო გამოსავალი დამოკიდებულია დაავადების განკურნების ხარისხზე, ავადმყოფის ორგანიზმის დასუსტების ხარისხზე, სამედიცინო დახმარებაზე მიმართვის დროულობაზე და ა. შ.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ერთგვაროვნობის გაზრდაში მთავარ როლს თამაშობს სტანდარტიზაცია. ჯანდაცვაში სტანდარტიზაციის ძირითად ობიექტებს, სამედიცინო მომსახურების და ხარისხის ტექნოლოგიური უზრუნველყოფის გარდა, წარმოადგენს ორგანიზაციული და ინფორმაციული ტექნოლოგიები, პერსონალის კვალიფიკაცია, მედიკამენტების და სამედიცინო ტექნოლოგიების ხარისხი, ანგარიშგების დოკუმენტაცია, ჯანდაცვის ეკონომიკური ასპექტები.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, როდესაც საქონელი არაერთგვაროვანია და

მომხმარებელი სრულყოფილად არ არის ინფორმირებული, მისთვის ძნელია განსაზღვროს, რას ნიშნავს უფრო დაბალი ფასი – უფრო ხელსაყრელი ყიდვის ან საქონლის დაბალი ხარისხის სიგნალი. როდესაც მომხმარებლები ინფორმირებული არიან ფასზე, საწარმოებს შეუძლიათ აღნიშნული ფასი წონასწორობის ფასის დონეზე მაღლა მხოლოდ მიმწოდებლების რაოდენობის შემცირების შემთხვევაში აწიონ.

ჯანდაცვაში წარმოების ფაქტორები ნაკლებად მობილურია

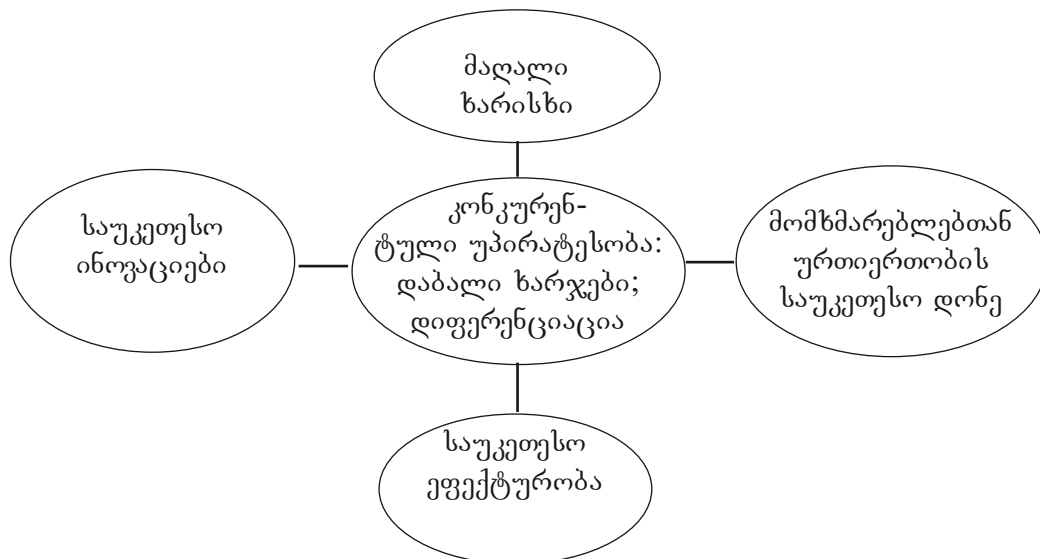
ჯანდაცვაში წარმოების ფაქტორები ნაკლებად მობილურია, ამიტომ წარმოება ძალიან ნელა ეგუება (ან საერთოდ არ ეგუება) საბაზრო სიტუაციას. ასე მაგალითად, სამედიცინო პერსონალის მოშვება მოითხოვს ძალიან დიდ დროს, ხოლო მოსამზადებელ პირთა რიცხვს და სწავლის ფასს აკონტროლებენ ცენტრალური ორგანოები – მთავრობა ან პროფესიული კავშირები, ამიტომ მწარმოებლებს ბაზარზე სიტუაციის ცვლილებისას არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად შეცვალონ ფაქტორები.

5.7. ჯანდაცვის სექტორში კონკურენტული ორგანიზაციების შესაძლებლობების შეფასების მეთოდები

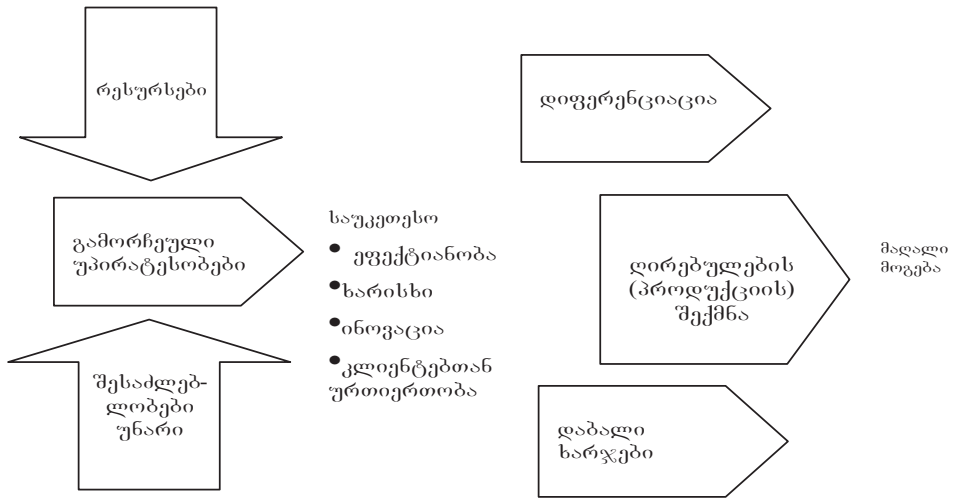
კონკურენტების შესაძლებლობების ანალიზი. კონკურენციის არსებობა ღია საბაზრო ეკონომიკის განვითარების უმთავრეს ფაქტორს წარმოადგენს. თანამედროვე საბაზრო ეკონომიკაში კონკურენტული გარემოს ხელშეწყობაში უმნიშვნელოვანესი როლი ენიჭება სახელმწიფოს.

კონკურენტული უპირატესობის უმთავრესი წყაროა ორგანიზაციის ძირითადი კომპეტენცია (Core competence), მის მიერ წარმოებული პროდუქცია და ბაზარზე პოზიცია. კონკურენტული უპირატესობის მდგრადობა დამოკიდებულია იმაზე თუ რამდენად შეესაბამება ორგანიზაციის ძირითადი კონკურენტული უპირატესობა გარემო ცვლილებებს. ორგანიზაციის ძირითადი კონკურენტული უპირატესობა, გარემოს, ბაზრის და კონკურენტების ანალიზთან ერთად განაპირობებს ორგანიზაციის სტრატეგიის შერჩევას.

სქემა 6: კონკურენტული უპირატესობის ფაქტორები



სქემა 7: გამორჩეული უპირატესობები, რესურსები და შესაძლებლობები (Capabilities)



არსებობს კონკურენტული უპირატესობის 4 კრიტერიუმი:

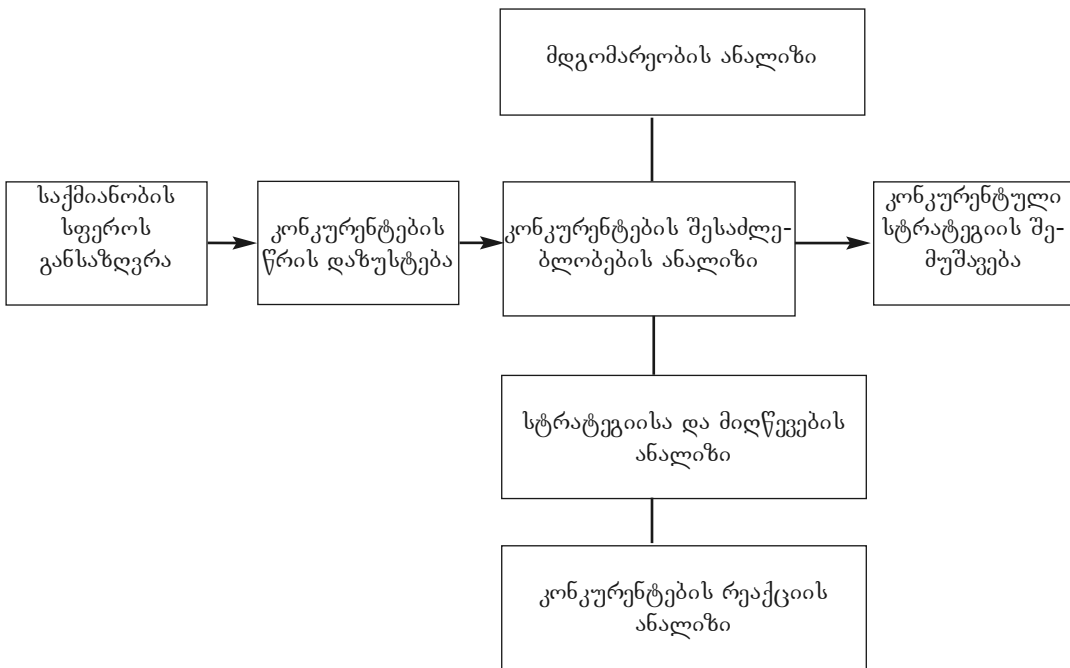
- † ფასეული - საშიშროების ნეიტრალიზაცია და შესაძლებლობების გამოყენება;
- † იშვიათი - ცოტა ფირმა ფლობს;
- † რთულად კოპირებადი - უნიკალური ფიზიკური და ხარისხობრივი მახასიათებლებით; ბრენდი, იმიჯი;
- † არ აქვს შემცვლელი - არ არის ექვივალენტური სტრატეგიული რესურსები.

ცხრილი 2: მდგრადი კონკურენტული უპირატესობის კრიტერიუმები

ფასეული	იშვიათი	რთულია კოპირება	არ აქვს შემცვლელი	კონკურენტუნარიანობის დონე	შედეგი
არა	არა	არა	არა	არახელსაყრელი მდგომარეობა	საშუალოზე დაბალი მოგება
კი	არა	არა	კი/არა	თანაბარი მდგომარეობა კონკურენტებთან	საშუალო მოგება
კი	კი	არა	კი/არა	დროებითი უპირატესობა	საშუალო ან საშუალოზე მაღალი მოგება
კი	კი	კი	კი	მდგრადი უპირატესობა	საშუალოზე მაღალი მოგება

სამედიცინო მომსახურების და საქონლის ბაზარზე მონაწილე სუბიექტებისათვის პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვს კონკურენტების სუსტი და ძლიერი მხარეების ობიექტურ შეფასებას, რომელიც ხორციელდება მათი საქმიანობის შესახებ მოპოვებული ინფორმაციის ანალიზის საფუძველზე. კონკურენტების შესაძლებლობების შესწავლა ხორციელდება თანმიმდევრული წესით, რაც ნახატზეა გამოსახული.

სქემა 8: კონკურენტების შესაძლებლობების შესწავლის თანმიმდევრობა



კონკურენტების სახეები და მიზნები. კონკურენტები შესაძლოა დავეყოთ ლიდერებად, პრეტენდენტებად, მესაკუთრეებად და მიმდევრებად. თითოეულს გააჩნია განსაზღვრული მიზნები, რომლებიც გამოსახულია ნახატზე.

ცხრილი 3: სამედიცინო ბაზარზე სხვადასხვა ტიპის კონკურენტების მიზნები

ლიდერი	პრეტენდენტი	მესაკუთრე	მიმდევარი
მიზნობრივი ბაზრის წილის გაზრდა და მოგების მაქსიმიზაცია ძირითადი მოთხოვნის სტიმულირების საფუძველზე, მომხმარებელთა ახალი სეგმენტების შექმნა, არსებული შესაძლებლობების რეალიზაციის ახალი უფრო სრულყოფილი მეთოდების შემუშავება	მიზნობრივი ბაზრის წილის გაფართოება	იმიჯის გაძლიერება (იზრდება ბაზარზე ლიდერობისაკენ მიდრეკილება)	თვითგადარჩენა არამიმზიდველ ბაზრებზე (დაბალფასიანი ბაზრები, ადგილობრივი ბაზრები)

სხვადასხვა ტიპის კონკურენტების თავისებურებების გათვალისწინებით ხორციელდება ორგანიზაციის შესაძლებლობების, კონკურენტების სტრატეგიების, ორგანიზაციის საქმიანობის შედეგების მომხმარებლების ინტერესებთან შესაბამისობის ხარისხის ანალიზი, მარკეტინგული კომპლექსების ეფექტურობის კოპლექსური შეფასება.

ანალიზისას განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა შემდეგ საკითხებს:

† ვინ შეიძლება ჩაითვალოს რეალურ კონკურენტად მოცემულ მიზნობრივ ბაზარზე;

† რა მდგომარეობაშია კონკურენტების ბიზნესი (გაფართოება, სტაბილურობა);

† მიზნობრივი ბაზრის რომელ ნაწილს აკონტროლებენ ისინი?

† რა განმასხვავებელი ნიშნები აქვს კონკურენტების მიერ წარმოებულ პროდუქციას?

† კონკურენტის რომელ ზონაშია მათი პოზიციები უფრო ძლიერი?

† რა სარგებელი შეიძლება ავიღოთ კონკურენტების გამოცდილებიდან?

ორგანიზაციების კონკურენტული უპირატესობების შედარების ანალიზისათვის გამოიყენება შემდეგი კრიტერიუმები:

† მომსახურების (საქონლის) განსაკუთრებულობა;

† ასორტიმენტი;

† ხარისხი;

† გარანტიები;

† სპეციალისტების კონსულტაციები;

† ადგილმდებარეობა;

† მუშაობის რეჟიმი;

† ფასის დონე;

† შეღავათების სისტემა;

† თავაზიანობა და ტაქტიკურობა;

† სხვა მაჩვენებლები.

კონკურენტების შესაძლებლობების შეფასება უნდა იყოს ობიექტური: კონკურენტების შესაძლებლობების შეუფასებლობა და საკუთარ ძალებში ზედმეტი დარწმუნება შეიძლება გახდეს ორგანიზაციის ფინანსური ზარალის მიზეზი. კონკურენტების უპირატესობების ცოდნა წარმოადგენს საბაზრო სიტუაციასთან ადექვატური ფორმების და მეთოდების შემუშავების საფუძველს.

კონკურენტული გარემოს შესწავლის პროცესი უნდა ხორციელდებოდეს მუდმივად: საბაზრო კონიუნქტურის მიმდინარე მდგომარეობაზე და კონკურენტების ქცევის შესახებ ინფორმაციის გარეშე შეუძლებელია ორგანიზაციის საქმიანობაში დაშვებული შეცდომების გამოვლენა, აგრეთვე მათი კონკურენტული სტრატეგიების კორექცია.

სამედიცინო დანიშნულების პროდუქციის ბაზარზე კონკურენტის ინტენსივობაზე არსებით გავლენას ახდენს ამ პროდუქციის შემცველები. მათ მიმართ მოქმედებს ფასისმიერი მიზიდველობის წესი: სამედიცინო მომსახურებაზე, მედიკამენტებზე, სამედიცინო მოწყობილობებზე ფასის ზრდისას იზრდება მათ შედარებით იაფფასიან შემცველებზე მოთხოვნა.

5.8. სამედიცინო-სოციალური მარკეტინგი

სამედიცინო-სოციალური მარკეტინგის არსი. საბაზრო პროცესების მართვის უნივერსალურ მექანიზმს წარმოადგენს სამედიცინო-სოციალური მარკეტინგი. სამედიცინო-სოციალური მარკეტინგი არის სამედიცინო ბაზარზე კომპლექსური პროგრამულ-მიზნობრივი მოქმედება, რომელითაც ხდება სამედიცინო დანიშნულების პროდუქციის წარმოებისა და რეალიზაციის პროცესების ინტეგრაცია, მათზე რეალური და პოტენციური მოთხოვნის შესწავლის საფუძველზე.

სამედიცინო-სოციალური მარკეტინგის უმთავრეს ინსტრუმენტს წარმოადგენს კონკურენტული სტრატეგია და სამედიცინო-სოციალური მარკეტინგული კომპლესი. ამ მხრივ მიზანშეწონილია SWOT ანალიზის გამოყენება.

SWOT ანალიზი. SWOT ანალიზი საშუალებას იძლევა გამოავლინოთ დაწესებულების სუსტი და ძლიერი მხარეები, პოტენციური შესაძლებლობები და საფრთხეები. სახელწოდება წარმოდგება ინგლისური სიტყვების საწყისი ასოებისაგან: **Strengths** – სიძლიერეები, **Weaknesses** – სისუსტეები, **Opportunities** – შესაძლებლობები, **Threats** – საფრთხეები.

SWOT ანალიზი წარმოადგენს სტრატეგიული ანალიზის განხორციელების ყველაზე ცნობილ და გავრცელებულ მეთოდს. მისი პოპულარობა განპირობებულია ერთი მხრივ მისი სიმარტივით, უნივერსალურობით და ხელმისაწვდომობით, მეორე მხრივ, კომპანიას და მის საქმიან გარემოზე კომპლექსური ხედვის შესაძლებლობით. SWOT ანალიზით მიღებული შედეგების წარმოდგენის ფორმას წარმოადგენს SWOT მატრიცა.

ცხრილი 4: SWOT ანალიზის მატრიცა

შიდა ფაქტორები	კომპანიის სიძლიერე (შ)	კომპანიის სისუსტეები (ჭ)
გარე ფაქტორები	<p>გარემოს შესაძლებლობები (O)</p> <p>გარემო ფაქტორები, რომელთა გამოყენება განაპირობებს თქვენი ორგანიზაციის სიძლიერეს ბაზარზე</p>	<p>გარემოს საფრთხეები (თ)</p> <p>გარემო ფაქტორები, რომლებიც პოტენციურად აუარესებენ თქვენი ორგანიზაციის სიძლიერეს ბაზარზე</p>

სიძლიერე – რითაც დაწესებულება წარმატებულია, ან განსაკუთრებული თვისება, რაც განარჩევს სხვებისგან და დამატებით შესაძლებლობას ქმნის (გამოცდილება, უნიკალურ რესურსების ხელმისაწვდომობა, მოწინავე ტექნოლოგიის და თანამედროვე მოწყობილობის არსებობა, პერსონალის მაღალი კვალიფიკაცია, გამოშვებული პროდუქციის მაღალი ხარისხი, თქვენი სავაჭრო მარკის ცნობადობა).

სისუსტეები – გამოშვებული საქონლის ვიწრო ასორტიმენტი, ბაზარზე კომპანიის ცუდი რეპუტაცია, დაფინანსების უკმარისობა, სერვისის დაბალი დონე.

შესაძლებლობები – წარმატების მისაღწევად საჭირო ხელსაყრელი მდგომარეობა (კონკურენტების პოზიციის შესუსტება, მოთხოვნის სწრაფი ზრდა, პროდუქციის შესაქმნელად ახალი ტექნოლოგიების გამოჩენა, მოსახლეობის შემოსავლის დონის ზრდა)

საფრთხე – მოვლენები, რომლებიც არაკეთილსაიმედოდ მოქმედებენ საწარმოზე (ახალი კონკურენტების გამოჩენა, გადასახადების ზრდა, მყიდველების გემოვნების ცვლა)

ცხრილი 5: SWOT ანალიზის მატრიცა

<p>ძლიერი მხარე (S)</p> <p>† სპეციალური გამოცდილება მარკეტინგში; † ბუნებრივ რესურსებზე განსაკუთრებული ხელმისაწვდომობა; † პატენტები; † ახალი ინოვაციური პროდუქტი ან სერვისი; † თქვენი ბიზნესის განლაგება; † ხარისხის პროცესები და პროცედურები; † ძლიერი ბრენდი ან რეპუტაცია</p>	<p>სისუსტეები (W)</p> <p>† მარკეტინგში გამოცდილების არქონა; † ნაკლებად დიფერენცირებული პროდუქტი და სერვისი; † თქვენი კომპანიის განლაგება; † კონკურენტებს აქვთ უფრო მეტი ხელმისაწვდომობა ბაზრის სხვადასხვა არხებზე; † პროდუქტისა და სერვისის ცუდი ხარისხი; † გაფუჭებული რეპუტაცია.</p>
<p>შესაძლებლობები (O)</p> <p>† განვითარებადი ბაზარი (ჩინეთი, ინტერნეტი); † შერწყმა, ერთობლივი საწარმოები, სტრატეგიული გაერთიანებები; † ახალ მიმზიდველ საბაზრო სემენტებზე გადასვლა; † ახალი საერთაშორისო ბაზარი; † რეგულირების შესუსტება; † საერთაშორისო ბაზარზე წინააღმდეგობების აღმოფხვრა; † ბაზარი სუსტი ლიდერ-კონკურენტით</p>	<p>საფრთხეები (T)</p> <p>† ახალი კონკურენტი თქვენს ტრადიციულ ბაზარზე; † გამძაფრებული ფასის კონკურენცია; † კონკურენტს აქვს ახალი ინოვაციური პროდუქტები-სერვისები; † ახალი რეგულირება; † გაზრდილი სავაჭრო ბარიერები; † პოტენციურად ახალი გადასახადი თქვენს პროდუქტზე, სერვისზე.</p>

SWOT ანალიზის I ნაბიჯს წარმოადგენს ორგანიზაციის ძლიერი და სუსტი მხარეების დადგენა. ამისათვის განისაზღვრება მისი შესაფასებელი პარამეტრები. თითოეული პარამეტრის მიხედვით დგინდება დაწესებულების ძლიერი და სუსტი მხარეები. ყველა ჩამონათვლიდან შემდეგ ირჩევენ ყველაზე მნიშვნელოვან ძლიერ და სუსტ მხარეებს და შეაქვთ SWOT ანალიზის მატრიცაში.

ორგანიზაციის სიძლიერისა და სისუსტის შიდა პარამეტრებს განეკუთვნება:

† პერსონალი - უნარ-ჩვევები, კვალიფიკაცია, დაინტერესება საწარმოს განვითარებაში;

† ორგანიზაცია - სტრუქტურა, განყოფილებებს შორის კავშირები, კომუნიკაცია, ხელმისაწვდომი მონაცემები, გუნდის ინფორმირება;

† წარმოება - საწარმოო ძალების შეფასება, მოწყობილობების ხარისხი, ნედლეულის და მასალების მოწოდების სანდობა;

† სერვისები - საქონელი, მომსახურება (ხარისხი, პატენტების და ლიცენზიების არსებობა, სიცოცხლის ხანგრძლივობა, თვითღირებულება, მიწოდების ბუნება, პოტენციალი);

† მარკეტინგი - მომხმარებლის შეფასება ხარისხზე, მათი რწმენა, საწარმოს რეპუტაცია, იმიჯი, მარკის ცნობადობა, ფასების დონე, რეკლამის ეფექტურობა, კონკურენტების ცოდნა;

† ფინანსები - ხარჯები, კაპიტალის ხელმისაწვდომობა და ბრუნვის სისწრაფე, საწარმოს

ფინანსური სიმყარე, მომგებიანობა, ინფორმაციის ხარისხი, მოწოდებული მონაცემების სანდოობა;

† ინოვაციები – ახალი სერვისების დანერგვის სიხშირე, სიახლის ხარისხი (უმნიშვნელო თუ კარდინალური ცვლილება), ამოგების ვადა.

ცხრილი 6: დაწესებულების ძლიერი და სუსტი მხარეების დადგენა

შეფასების პარამეტრები	ძლიერი მხარეები	სუსტი მხარეები
ორგანიზაცია	საწარმოს ხელმძღვანელი პირების მაღალი კვალიფიკაციის დონე	რიგითი მუშაკების დაბალი დაინტერესება წარმოების განვითარებით
წარმოება	გამომშვებელი საქონლის მაღალი ხარისხი, ნედლეულის და მასალების სანდო მომწოდებელი	მოწყობილობის 80 % მოძველებულია; საქონლის თვითღირებულება 10 %-ით მეტია კონკურენტებთან შედარებით
და ა. შ		

SWOT ანალიზის II ნაბიჯს წარმოადგენს ბაზრის შესაძლებლობების და საფრთხეების დადგენა. იგი წარმოადგენს ბაზრის დაზვერვას და გარე ფაქტორების შეფასებას. ამისათვის აუცილებელია:

1. ჩამოთვალეთ პარამეტრები, რომლის მიხედვით უნდა შეეფასოს ბაზრის მდგომარეობა
2. თითოეული პარამეტრის მიხედვით დავადგინოთ დაწესებულების შესაძლებლობები და საფრთხეები
3. ყველა ჩამონათვლიდან ავირჩიოთ ყველაზე მნიშვნელოვანი შესაძლებლობები და საფრთხეები და შევიტანოთ იგი SWOT ანალიზის მატრიცაში

შესაძლებლობებსა და საფრთხეებს, ანუ გარე პარამეტრებს განეკუთვნება:

† მოთხოვნის ფაქტორები - ბაზრის ტევადობა, ზრდის ტემპები, თქვენს საქონელზე მოთხოვნის სტრუქტურა;

† კონკურენციის ფაქტორები - ძირითადი კონკურენტების რაოდენობა, ბაზარზე შემცველი საქონლის არსებობა, ბაზარზე შესვლის და გამოსვლის ბარიერების სიმაღლე, საბაზრო წილების განაწილება ბაზრის ძირითად მონაწილეებს შორის;

† ეკონომიკური ფაქტორები – ვალუტის კურსი (დოლარი, ევრო), ინფლაციის დონე, მოსახლეობის შემოსავლების დონის ცვლილება, სახელმწიფოს საგადასახადო პოლიტიკა);

† პოლიტიკური და სამართლებრივი ფაქტორები – ქვეყნის პოლიტიკური სტაბილურობის შეფასება, მოსახლეობის სამართლისმცოდნეობის დონე, კანონმორჩილობის დონე, ხელისუფლების კორუმპირებულობის დონე;

† სამეცნიერო ტექნიკური ფაქტორები - მეცნიერების განვითარების დონე, წარმოებაში ინოვაციების (ახალი საქონელი, ტექნოლოგიები) დანერგვის დონე, სახელმწიფოს მხარდაჭერა მეცნიერების განვითარებაში;

† სოციალურ-დემოგრაფიული ფაქტორები - იმ რეგიონის მოსახლეობის რაოდენობა და ასაკობრივ სქესობრივი განაწილება სადაც ფუნქციონირებს დაწესებულება, შობადობის და სიკვდილობის მაჩვენებელი, მოსახლეობის დასაქმების დონე.

- † სოციალურ-კულტურული ფაქტორები - საზოგადოების ტრადიციები და ფასეულობები, საქონლის და მომსახურების მოხმარების კულტურა. ქცევის სტერეოტიპები.
- † ბუნებრივი და ეკოლოგიური ფაქტორები - კლიმატური ზონა, ბუნებრივი გარემო, საზოგადოების დამოკიდებულება;
- † საერთაშორისო ფაქტორები - სტაბილურობის დონე, კონფლიქტები.

ცხრილი 7: დაწესებულების შესაძლებლობების და საფრთხეების დადგენა

შეფასების პარამეტრები	შესაძლებლობები	საფრთხეები
კონკურენცია	გაიზარდა ბაზარზე შესვლის ბარიერები: საჭიროა ლიცენზიის ქონა საქმიანობის მოცემულ სფეროში	ამ წელს მოსალოდნელია ბაზარზე მსხვილი უცხო კომპანიის გამოჩენა
და ა. შ		

SWOT ანალიზის მესამე ნაბიჯს წარმოადგენს დაწესებულების ძლიერი და სუსტი მხარეების შეპირისპირება შესაძლებლობებთან და საფრთხეებთან. იგი საშუალებას გვაძლევს პასუხი გავცეთ შემდეგ კითხვებზე:

- † როგორ ვისარგებლოთ ორგანიზაციის ძლიერი მხარეების შესაძლებლობებით;
- † დაწესებულების რომელი სუსტი მხარეებია ხელისშემშლელი;
- † რომელი ძლიერი მხარეების საშუალებით შეიძლება საფრთხეების განეიტრალება;
- † დაწესებულების სუსტი მხარეებით გაღრმავებული რომელი საფრთხეებია ყველაზე მეტად მოსარიდებელი.

ცხრილი 8: SWOT ანალიზის მატრიცა

	შესაძლებლობები	საფრთხეები
	† ახალი საბითუმო ქსელის გამოჩენა † და ა. შ	მსხვილი კონკურენტის გამოჩენა
ძლიერი მხარეები † პროდუქციის მაღალი ხარისხი † და. ა. შ	როგორ ვისარგებლოთ შესაძლებლობით ვეცადოთ შევიდეთ ახალი ქსელის მიმწოდებლების რიცხვში, რომ გავაკეთოთ აქცენტი ახალი პროდუქციის ხარისხზე	როგორ შეიძლება საფრთხეების შემცირება შევაკაოთ ჩვენი მომხმარებლები რომ არ გადავიდნენ კონკურენტის მხარეზე, მივაწოდოთ ინფორმაცია, რომ ჩვენი საქონელი არის უფრო მაღალხარისხიანი
სუსტი მხარეები † პროდუქციის მაღალი თვითღირებულება † და ა. შ.	რა შეგვიშლის ხელს რომ ვისარგებლოთ ჩვენი შესაძლებლობებით. ახალი ქსელმა შეიძლება უარყოს ჩვენი პროდუქციის ყიდვა, რადგან ჩვენი საბითუმო ფასები უფრო ძვირია, ვიდრე კონკურენტებისა.	ყველაზე დიდი საფრთხე ახალმა კონკურენტმა შეიძლება ბაზარს მივაწოდოს ჩვენი საქონლის ანალოგიური პროდუქცია უფრო დაბალ ფასებში

SWOT მატრიცის შედგენა

თითოეულ კონკრეტულ შემთხვევაში SWOT მატრიცის შედგენა იწყება სამედიცინო ორგანიზაციის ძლიერი და სუსტი მხარეების გამოვლენით, მისი პოტენციური შესაძლებლობების გამოვლენის და გარე საფრთხეების იდენტიფიკაციით. SWOT მატრიცის ზოგადი სახე მოცემულია ნახატზე.

ცხრილი 9: SWOT ანალიზის მატრიცა

	ძლიერი მხარეები (S)	სუსტი მხარეები (W)
შესაძლებლობები (O)	S/O კომბინაცია	W/O კომბინაცია
საფრთხეები (T)	S/T კომბინაცია	W/T კომბინაცია

SWOT ანალიზის პროცედურა მდგომარეობს ორგანიზაციის ძლიერი და სუსტი მხარეების მაჩვენებლების თანხვედრაში ორგანიზაციის პოტენციური შესაძლებლობების და საფრთხეების შეფასებასთან. ყველა შესაძლებელი ლოგიკური წყვილიდან გენერირდება 4 ძირითადი კომბინაცია:

- † ძირითადი ძლიერი მხარის თანხვედრა შესაძლებლობასთან - S/O;
- † ძირითადი ძლიერი მხარის თანხვედრა მთავარ საფრთხესთან - S/T;
- † ძირითადი სუსტი მხარის თანხვედრა მთავარ შესაძლებლობასთან - W/O;
- † ძირითადი სუსტი მხარის თანხვედრა მთავარ საფრთხესთან - W/T.

თითოეული გენერირებული კომბინაციას შეესაბამება საკუთარ სტრატეგიულ ალტერნატივებს. SWOT მატრიცის შედგენით დგინდება დაწესებულების განვითარების ძირითადი მიმართულებები, ხორციელდება დაწესებულების ძირითადი პრობლემების ფორმულირება, რომლებიც ბიზნესის წარმატებით განვითარებისათვის საჭიროებენ სწრაფ გადაწყვეტას. ამგვარად, ორგანიზაციის პოტენციური საფრთხეების და შესაძლებლობების გამოვლენით გარემოს ანალიზის როლი, არსებითად, მდგომარეობს სამ კითხვაზე პასუხის გაცემაში:

- D სად არის მოცემული ორგანიზაციის ადგილი სამედიცინო ბაზარზე?
- ხელმძღვანელობის აზრით სად უნდა იმყოფებოდეს იგი მომავალში?
- რა უნდა გაკეთდეს, რომ ორგანიზაცია იმ მდგომარეობიდან, რომელშიც იგი დღეს იმყოფება მომავალში გადაადგილდეს ხელმძღვანელობისათვის სასურველ მდგომარეობაში.

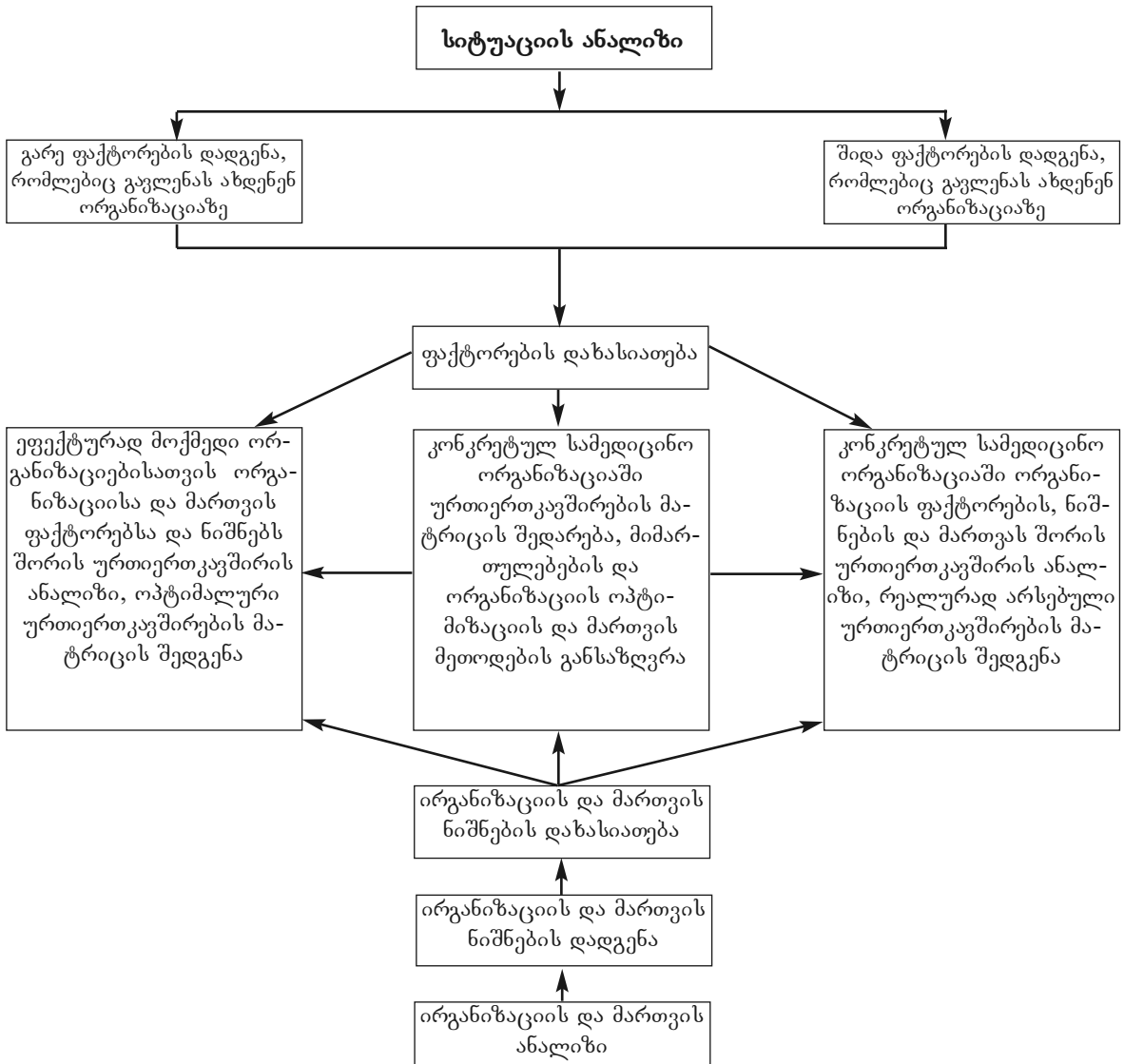
ცხრილი 10: SWOT ანალიზის მატრიცა

შიდა ფაქტორები გარე ფაქტორები	კომპანიის სიძლიერე (S) ჩამოთვალეთ 5-10 შიდა სიძლიერე	კომპანიის სისუსტეები (W) ჩამოთვალეთ 5-10 შიდა სისუსტე
გარემოს შესაძლებლობები (O) ჩამოთვალეთ 5-10 გარე შესაძლებლობები	(SO) სტრატეგია მოახდინეთ იმ სტრატეგიების გენერირება, რომელსაც იყენებს კომპანიის ძალები გარე პრობემების შესაძლებლობების სარეალიზაციოდ	(WO) სტრატეგია მოახდინეთ იმ სტრატეგიების გენერირება, რომელსაც იყენებს გარემოს შესაძლებლობებს შიდა სისუსტეების დასაძლევად
გარემოს საფრთხეები (T) ჩამოთვალეთ 5-10 გარე საფრთხეები	(ST) სტრატეგია მოახდინეთ იმ სტრატეგიების გენერირება, რომელსაც იყენებს კომპანიის ძალები გარე საფრთხეებისგან თავდასაღწევად	(WT) სტრატეგია მოახდინეთ იმ სტრატეგიების გენერირება, რომლებიც ამცირებენ სისუსტეებს და გეგნობრივად საფრთხეების დასაძლევად (სტრატეგია თავდაცვის ძალაა)

სიტუაციური ანალიზი. სამედიცინო ბაზრის სიტუაციური ანალიზი ხორციელდება შემდეგი ძირითადი მიმართულებებით:

- † ბაზარი (სტრუქტურა, მოცულობა, ზრდის ტემპები);
- † კონკურენცია (კონკურენციის სახე, კონკურენტების რაოდენობა და შემადგენლობა, კონკურენტული გარემოს სახე, მთავარი კონკურენტების სტრატეგია და პოტენციალი და ა. შ.);
- † მაკროგარემო (მოქმედი კანონმდებლობა, პოლიტიკური, სოციალურ-ეკონომიკური, სამედიცინო-დემოგრაფიული, ეკოლოგიური და სხვა ფაქტორები).

სქემა 9: სიტუაციური ანალიზის გამოყენება სამედიცინო ორგანიზაციაში



5.9. კონკურენტული სტრატეგია სამედიცინო ბაზარზე

კონკურენტული სტრატეგიის შემუშავება. კონკურენტული სტრატეგიის შემუშავება იწყება კონკრეტული სამედიცინო ორგანიზაციის კონკურენტული ბუნების დაზუსტებით. ყველა კონკურენტული უპირატესობა შეიძლება შეფასდეს ან “მწარმოებლურობის” (უპირატესობა დანაკარგებით), ან “საბაზრო ძალის” (გაყიდვისათვის მისაღები მაქსიმალური ფასის უპირატესობა) მიხედვით. იმის გასაგებად, თუ რომელი კონკურენტული უპირატესობა შეიძლება ჩაითვალოს პრიორიტეტულად ამა თუ იმ საბაზო სიტუაციაში, საჭიროა პასუხი გაეცეს შემდეგ კითხვებს:

† სამედიცინო დანიშნულების საქონლისა და მომსახურების შესასწავლ მიზნობრივ ბაზარზე (ბაზრის სეგმენტში) წარმატების რა მთავარი ფაქტორები არსებობს?

† ამ ფაქტორებთან მიმართებაში რაში მდგომარეობს ორგანიზაციის სიძლიერე და სისუსტე?

† ამ ფაქტორებთან მიმართებაში რაში მდგომარეობს ორგანიზაციის მთავარი (ყველაზე “საშიში”) კონკურენტის სიძლიერე და სისუსტე?

ამ ინფორმაციის გაანალიზებისას მენეჯერებს შეეძლება:

† განსაზღვრონ კონკურენტული ბრძოლის შესაძლო მიმართულებები (გამოყონ კონკურენტული უპირატესობები, რომელთა მიმართ ორგანიზაციას აქვს საუკეთესო პოზიციები);

† მიიღონ გადაწყვეტილება საქმიანობის კონკრეტულ სფეროში კონკურენტული უპირატესობის მისაღწევად;

† დასახონ კონკურენტების კონკურენტული უპირატესობების გასანეიტრალებელად საჭირო გზები.

არსებობს კონკურენტული სტრატეგიის სამი ძირითადი სახე:

† მცირე დანახარჯებზე დაფუძნებული ლიდერობის უზრუნველყოფის სტრატეგია

† დიფერენციაციის სტრატეგია;

† სპეციალიზაციის სტრატეგია

მცირე დანახარჯებზე დაფუძნებული ლიდერობის უზრუნველყოფის სტრატეგია. როგორც ცნობილია, კონკურენტული ბრძოლის პირველ მსხვერპლს წარმოადგენს ნაკლებად ეფექტური სუბიექტები. მცირე დანახარჯებზე დაფუძნებული ლიდერობის უზრუნველყოფის სტრატეგია დაფუძნებულია შრომის მაღალ მწარმოებლურობაზე და გამოცდილების ეფექტზე. ასეთი სტრატეგიის რეალიზაცია გულისხმობს ხარჯებზე ზედმიწევნით კონტროლს, წარმოებაში ინვესტიციების განხორციელებას, სამედიცინო მომსახურებისა და საქონლის ახალი სახეების შემუშავებას.

ასეთი სტრატეგიისათვის დამახასიათებელია:

† კონკურენტების მსგავსი პროდუქციის წარმოება კონკურენტებთან შედარებით დაბალი დანახარჯებით

† შედარებით სტანდარტიზებული პროდუქტები

† მომხმარებელთა დიდი რაოდენობისათვის მისაღები პროდუქციის მახასიათებლები

† დაბალი კონკურენტული ფასი

დანახარჯების შემცირებისთვის შემდეგი ღონისძიებები ტარდება:

† ეფექტიანი დიდმასშტაბიანი საწარმოო შენობები;

† კონტროლირებადი წარმოების დანახარჯები;

† გაყიდვების სისტემასთან, სერვისთან, კვლევებზე და ტექნოლოგიურ განვითარებასთან დაკავშირებული ხარჯების შემცირება;

† ეფექტიანი საწარმოო სიმძლავრეების შექმნა;

† აუტსაიდერების მიერ განხორციელებული მოქმედებების ღირებულებების მონიტორინგი;

† გამარტივებული წარმოების პროცესები.

ასეთი სტრატეგიისას სამედიცინო ორგანიზაციას შეუძლია წინააღმდეგობა გაუწიოს კონკურენტებს ფასისმიერი ომის შემთხვევაშიც, რადგან მოგებას ღებულობს კონკურენტებისათვის მინიმალურად დაშვებულ ფასზე. შედარებით მცირე დანაკარგები ზღუდავს ბაზარზე ახალი კონკურენტების შეღწევას და უზრუნველყოფს შემცველი საქონლისა და მომსახურებებისგან დაცვას.

მცირე დანახარჯებზე დაფუძნებული ლიდერობის სტრატეგიის დროს შესაძლოა წარმოიშვას კონკურენტული რისკები, კერძოდ, პროდუქციის წარმოების და დისტრიბუციის პროცესები შეიძლება არაეფექტური აღმოჩნდეს კონკურენტების ინოვაციების შედეგად. აგრეთვე, კონკურენტებმა, საკუთარი კომპეტენციებიდან გამომდინარე შეიძლება მოახდინონ დაბალი დანახარჯების სტრატეგიის კოპირება.

დიფერენციაციის სტრატეგია. დიფერენციაციის სტრატეგია გულისხმობს პროდუქციის ან სერვისის წარმოებისთვის საჭირო მოქმედებათა ინტეგრირებულ ერთობლიობას, რომლის დროს იწარმოება პროდუქცია, რაც აღიქმება მომხმარებლის მიერ როგორც განსხვავებული/დიფერენცირებული. ამ შემთხვევაში მომსახურების მიმწოდებელი ცდილობს შექმნას მონოპოლისტური კონკურენციის სიტუაცია. ასეთი პროდუქტები წარმოადგენენ არასტანდარტიზებულს, ისინი ორიენტირებული არიან მომხმარებელთა ფენაზე, რომლისთვისაც დაბალ ფასზე უფრო მნიშვნელოვანია პროდუქტის/სერვისის განმასხვავებელი ნიშნები.

დიფერენციაცია ნიშნავს რაიმე უნიკალურის შეთავაზებას მომხმარებელზე რაც ღირებულია მყიდველისთვის. დიფერენციაციამ შესაძლებელია მიიღოს მრავალი ფორმები, რომლებიც თავის მხრივ, შესაძლებელია დაიყოს ორ სახედ: ხელშესახები და არამატერიალური ფორმები. ხელშესახები დიფერენციაციის პროდუქტებისთვის დამახასიათებელია: განსხვავებული ზომა, ფერი, მასალები, დაფასოება, დამატებითი სერვისები. არამატერიალური დიფერენციაციისათვის დამახასიათებელია სუბიექტური მახასიათებლები, რაც უკავშირდება იმიჯს, ექსკლუზიურობას, ბრენდს, სპეციალისტების მაღალ კვალიფიკაციას (სამეცნიერო ხარისხებისა და წოდებების არსებობა).

დიფერენციაციის მიხედვით კონკურენტული უპირატესობისათვის მისაღწევად საჭიროა პროდუქტის ან სერვისის გაუმჯობესება, კონკურენტული უპირატესობის მდგრადობის მიღწევა, რაც გულისხმობს მყიდველის მიერ აღქმული პროდუქტის უნიკალურობას, აგრეთვე, მყიდველებს არ სურთ გადაერთონ სტანდარტულ, არადიფერენცირებულ პროდუქტზე.

დიფერენციაციის სტრატეგიისას შესაძლოა წარმოიშვას კონკურენტული რისკები, კერძოდ, საფასო სხვაობა დიფერენცირებულ პროდუქტს და საფასო ლიდერს შორის იზრდება, დროთა განმავლობაში მომხმარებლები უკვე ნაკლებად აღიქვამენ პროდუქტის დიფერენციაციას, ფალსიფიცირებული პროდუქტი ახდენს დიფერენცირებული პროდუქციის მახასიათებლების იმიტაციას.

სპეციალიზაციის სტრატეგია. სპეციალიზაციის სტრატეგია წარმოადგენს კონკრეტულ სემენტზე ფოკუსირებულ სტრატეგიას. მისთვის დამახასიათებელია:

† განსაკუთრებული მყიდველთა ჯგუფი (მაგ. ახალგაზრდები ან უფროსი თაობა, მაღალშემოსავლიანი ფენა);

† პროდუქციის ასორტიმენტის სხვადასხვა სემენტი (მაგ. ლაპარასკოპია/ლაპარატომია);

სხვადასხვა გეოგრაფიული ბაზარი.

სპეციალიზაციის სტრატეგიის მამოძრავებელი ფაქტორებია:

† დიდ ფირმებმა შეიძლება ვერ შეამჩნიონ საინტერესო ნიშა;

† ფირმას შეიძლება არ ქონდეს საჭირო რესურსები დიდ ბაზრებზე სამოქმედოდ;

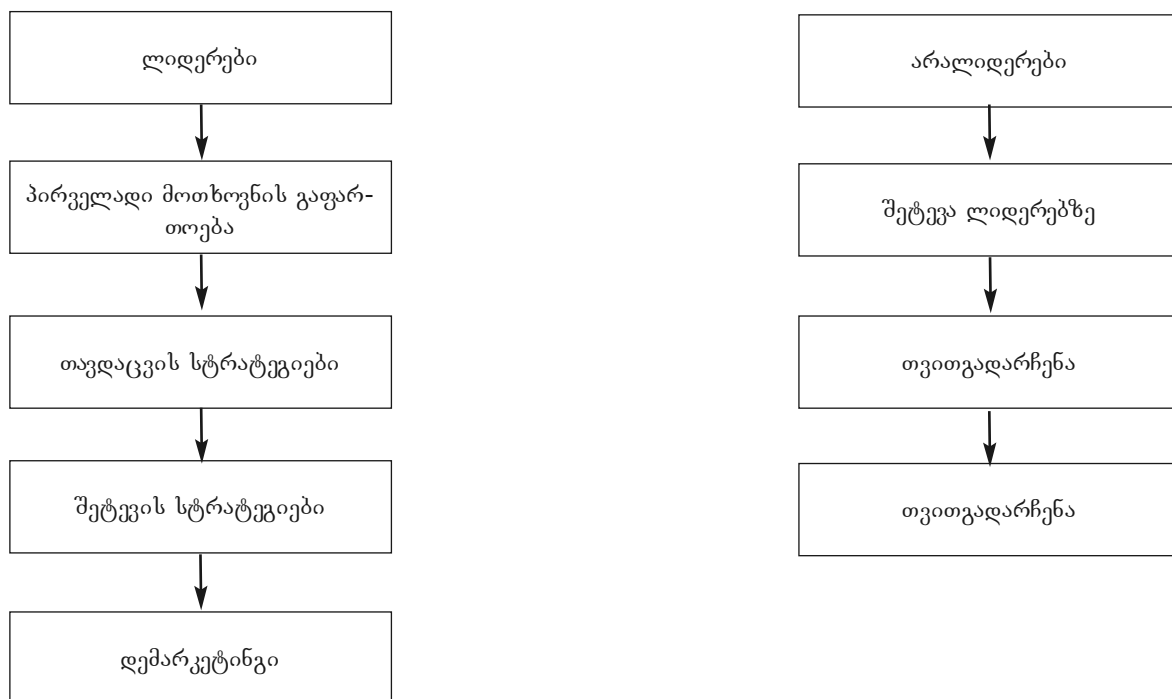
† ფირმას შეუძლია უფრო ეფექტურად იმოქმედოს ვიწრო ბაზრის სეგმენტზე ვიდრე მათი კონკურენტები, რომლებიც დიდ ბაზრებზე მოქმედებენ;

† ფოკუსირება ეხმარება ფირმებს მიმართონ რესურსები ღირებულებათა ჯაჭვის კონკრეტული საქმიანობებისკენ რაც ხელს უწყობს საჭირო კონკურენტული უპირატესობის ფორმირებას.

დიფერენციაციის სტრატეგიისას შესაძლოა წარმოიშვას კონკურენტული რისკები, კერძოდ, ძლიერ კონკურენტს შეუძლია ყურადღება გაამახვილოს ფირმის ბაზრის ნიშნზე და შემოვიდეს ამ სეგმენტზე, მყიდველის სამომხმარებლო ჩვევები და გემოვნება ბაზრის ნიშანზე შეიძლება შეცვალოს.

“ლიდერებზე” და “არალიდერებზე”. სამედიცინო ორგანიზაციების კონკურენტული სტრატეგია ბევრადაა დამოკიდებული იმაზე, თუ რა მდგომარეობა უკავიათ მათ ბაზარზე. ასეთი კლასიფიკაციის მიხედვით განასხვავებენ ლიდერების კონკურენტულ სტრატეგიას, რომელთაც წამყვანი მდგომარეობა უკავიათ ბაზარზე და “არალიდერებს”.

სქემა 10: “ლიდერების” და “არალიდერების” კონკურენტული სტრატეგიები



პირველადი მოთხოვნის გაფართოებული სტრატეგია გულისხმობს არამართო სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ სახეებზე ახალი მომხმარებლების მოზიდვას, არამედ მიზნობრივი ბაზრის გეოგრაფიული საზღვრების გაფართოებას.

თავდაცვის სტრატეგიები (ტექნოლოგიური სრულყოფა, ბაზრის კონსოლიდაცია მომსახურების ინტენსიფიკაციის და პროდუქციის ასორტიმენტის გაფართოების გზით, პირდაპირი კონფრონტაცია – სარეკლამო და ფასისმიერი ომი) მიმართულია ორგანიზაციის მიერ დაკავებული მიზნობრივი ბაზრის წილის დასაცავად, ყველაზე სახიფათო კონკურენტის წინააღმდეგ, მისთვის დამატებითი სირთულეების შესაქმნელად.

შეტევითი სტრატეგიების საფუძველად დევს სამედიცინო-მწარმოებლური საქმიანობის რენტაბელობის გაზრდა გამოცდილების ეფექტის მაქსიმალურად გამოყენების მეშვეობით.

დემარკეტინგის სტრატეგია გამოიყენება მაშინ, როდესაც შექმნილი მდგომარეობა ლიდერს აიძულებს შეამციროს მის მიერ დაკავებული ბაზრის წილი (ძირითადად, ანტიმონოპოლური კანონმდებლობის დარღვევის ბრალდებისგან თავდასაღწევად).

არალიდერების სტრატეგია დამოკიდებულია სტრატეგიულ მიზნებზე. ლიდერებად გახდომის მიზნით ისინი ახორციელებენ შეტევით სტრატეგიებს. მათ ვისაც არ შეუძლიათ შეტევის განხორციელება იბრძვიან თვითგადარჩენისათვის, რისთვისაც იმყარებენ საკუთარ პოზიციებს მკვეთრი პოზიციონირების და სეგმენტაციის მეშვეობით. ბევრი “არალიდერი” (ძირითადად კერძო პრაქტიკის ექიმები, ფარმაცევტები და წვრილი სამედიცინო ორგანიზაციები) განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს ვიწრო სპეციალიზაციას და ჰერსონალის მაღალ კვალიფიკაციას.

საკონტროლო კითხვები და ამოცანები

1. განმარტეთ, რას ნიშნავს საქონლის მოხმარება, მომხმარებელი?
2. რა არის საბაზრო ეკონომიკა?
3. რას ნიშნავს გამყიდველის ბაზარი?
4. რას ნიშნავს მყიდველის ბაზარი?
5. იდეალური ბაზრისთვის რა ნიშნებია დამახასიათებელი?
6. რას ნიშნავს კონკურენტული ბაზარი?
7. კონკურენციისათვის რა პირობებია დამახასიათებელი?
8. რას ნიშნავს ოლიგოპოლია?
9. რას ნიშნავს მონოპოლია?
10. რა არის მონოპოლიის ძირითადი მიზეზი?
11. რას ეწოდება ბუნებრივი მონოპოლია?
12. რას ნიშნავს ფასისმიერი დისკრიმინაცია?
13. რით არის განპირობებული სამედიცინო ბაზრის განსხვავება ჩვეულებრივი ბაზრი-საგან?
14. რა არის შეზღუდული კონკურენციის ძირითადი მიზეზები?
15. არის თუ არა აუცილებელი მიმწოდებლების დიდი რაოდენობით არსებობა სამედიცინო ბაზარზე?
16. ჩამოთვალეთ სამედიცინო ბაზრისათვის დამახასიათებელი ძირითადი ნიშნები.
17. ჩამოთვალეთ სამედიცინო ბაზარზე კონკურენციის შეფასების ძირითადი კრიტერიუმები
18. რატომ წარმოადგენს სამედიცინო დახმარება არაერთგვაროვან პროდუქტს?
19. ცრატომ არის ჯანდაცვის სისტემაში წარმოების ფაქტორები ნაკლებად მობილური?
20. რატომ გააჩნია სამედიცინო დახმარების ბევრ სახეს საზოგადოებრივი საქონლის თვისებები?
21. რას გულისხმობს სტაციონარული სამედიცინო დახმარების მიწოდების იერარქიული სისტემა?
22. რას გულისხმობს ოლიგოპოლისტური კონკურენცია?
23. რატომ წარმოადგენს სამედიცინო ბაზარი ოლიგოპოლისტურ ბაზარს?
24. ბაზარზე ახალი კონკურენტების შემოსვლის საწინააღმდეგოდ რა ღონისძიებებს ღებულობს მაღალკონკურენტუნარიანი დაწესებულება?
25. რა შეადგენს ბაზარზე მაღალკონკურენტული დაწესებულების სტრატეგიას?
26. ჩამოთვალეთ კონკურენტული უპირატესობების კრიტერიუმები.
27. რაში მდგომარეობს სამედიცინო-სოციალური მარკეტინგის არსი?
28. რას ნიშნავს შტოთ ანალიზი?
29. რას წარმოადგენს დაწესებულების სიძლიერე, სისუსტე, შესაძლებლობები და საფრთხე?
30. რა განეკუთვნება ორგანიზაციის სიძლიერისა და სისუსტის პარამეტრებს?
31. რა განეკუთვნება ორგანიზაციის შესაძლებლობებისა და საფრთხეების პარამეტრებს?
32. ჩამოთვალეთ კონკურენტული სტრატეგიის ძირითადი სახეები.
33. რაში მდგომარეობს მცირე დანახარჯებზე დაფუძნებული ლიდერობის უზრუნველყოფის სტრატეგიის არსი?
34. რაში მდგომარეობს სპეციალიზაციის სტრატეგიის არსი?

ლიტერატურა

1. Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.
2. Thomas E. Getzen, The Medical Share of GDP: 1450-1999. Temple University
3. ო. ვასაძე, ც. ჯანელიძე, ლ. კობალაძე, ჯანდაცვის მენეჯმენტის განმარტებითი ლექსიკონი, თბილისი, 2002 წ.
4. მარკუნი ე., ჯანდაცვის ეკონომიკური მექანიზმის თავისებურებები, რესპუბლიკური კონფერენცია “ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე”, მოხსენებათა თეზისები, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება, თბილისი, 1991 წ.
5. Акопян А.С., Шиленко Ю.В., Юрьева Т.В., Индустрия здоровья: экономика и управление, Москва: Дрофа, 2003
6. გერზმაჟა ო, ვასაძე ო, ვესტი დ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი, თბილისი 2003 წ.
7. E.Jerome McCarthy. Basic Marketing: A Managerial Approach, 1996.
8. ჩხეიძე ქ. სტრატეგიული შესყიდვების კონცეფცია, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, თბილისი, 2008 წ.
9. Шейман И.М. Экономика Здравоохранения, Москва, ТЕИС, 2001.
10. Witter S. and Ensor T. Health economics for Developing Countries. The University of York, Centre for Health Economics International Programme. Macmillan, 2000.
11. თ. ჯინჯოლაჟა. საქართველოს ჯანდაცვის რეორგანიზაციის კონცეფციის ეკონომიკური საფუძვლები. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო. 1994 წ.
12. კახაბერ ჯაყელი, გ. ხაჭაპურიძე, ჯანმრთელობის დაცვის ეკონომიკის განვითარების მნიშვნელოვანი მიმართულებები მსოფლიოს გამოცდილების გათვალისწინებით, თბილისი, 2003.
13. Djakeli K. (2002 - N65) “Important Ways for Development of Health Economics”, Publishing House: Center for Strategic Research and Development of Georgia.
14. ბრეგვაძე. სამედიცინო დახმარების სტანდარტიზაცია და ფასწარმოქმნის მეთოდოლოგიური ასპექტი. საქართველოს რესპუბლიკის ჯანდაცვის სამინისტრო, 1994 წ.

თავი VI

ასიმიტრიული ინფორმაცია

6.1. მომხმარებლის არასაკმარისი ინფორმირებულობა, ასიმიტრიული ინფორმაცია

თავისუფალი ბაზრის ერთ-ერთი ძირითადი მოთხოვნაა მომხმარებლის სრული ინფორმირებულობა შესაძენი საქონლის (ან მომსახურების) ფასზე, მოცულობაზე და ხარისხზე. ხშირად ბაზარზე ინფორმაცია ასიმიტრიულია, რადგან მიმწოდებელმა უფრო მეტი იცის თავისი საქონლის შესახებ, ვიდრე მომხმარებელმა. *მდგომარეობას, როდესაც ინფორმაცია პროდუქტზე ხელმისაწვდომია ბაზრის მხოლოდ ზოგიერთი მონაწილისათვის და არა ყველასათვის, ინფორმაციის ასიმიტრია ეწოდება.*

სამედიცინო ბაზარზე თავისი სპეციფიკურობიდან გამომდინარე უფრო რთული მდგომარეობა შეინიშნება, რაც განპირობებულია მოთხოვნასა და მიწოდებაზე სრულყოფილი ინფორმაციის და სამედიცინო დახმარების ხარისხის განსაზღვრის ზუსტი კრიტერიუმების არარსებობით.

ჯანდაცვის სფეროში ექიმებმა უფრო მეტი იციან ვიდრე პაციენტებმა, ანუ პროვაიდერებმა უფრო მეტი იციან ვიდრე მომხმარებლებმა, აგრეთვე დამზღვევებმა უფრო მეტი იციან ვიდრე შემსყიდველებმა.

პაციენტებს არ გააჩნიათ სამედიცინო დახმარების მოცულობისა და ღირებულების შეფასების საკმარისი განათლება. სამედიცინო დახმარება ძლიერ სპეციალიზირებულია და მასთან დაკავშირებული ხარჯების დადგენა რთულ პროცესს წარმოადგენს. პაციენტებმა არ იციან სამედიცინო დახმარების რომელი სახეა მათთვის ყველაზე ეფექტური, ან რა სარგებლობას მოუტანს შემოთავაზებული სამედიცინო დახმარება. პაციენტებისათვის სირთულეს წარმოადგენს, აგრეთვე მათზე ჩატარებული მკურნალობის შედეგის და ხარისხის შეფასებაც. პაციენტის ინფორმაციულობა უმთავრესად წინა მკურნალობით მიღებული გამოცდილებით განისაზღვრება.

განვიხილოთ ასეთი შემთხვევა, პაციენტი ირჩევს ექიმს, რომელსაც სამედიცინო მომსახურებაზე შედარებით დაბალი ფასი აქვს დაწესებული. მასთან კონკურენციაში მყოფი მეორე ექიმი აცნობებს, რომ ამორჩეულ ექიმზე საზოგადოებაში ნაკლები მოთხოვნაა და მის მიერ დაწესებული დაბალი ფასი სწორედ მისი დაბალი განსწავლულობითაა განპირობებული. რადგანაც პაციენტს სხვა ინფორმაცია არ აქვს ექიმის შესაფასებლად, გადაწყვეტს უარი თქვას არჩეულ ექიმზე. მისი აზრით, იგი არ არის კარგი ექიმი, რადგან მასზე ნაკლები მოთხოვნაა და დაბალი ფასი აქვს დაწესებული.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სამედიცინო დახმარების ხარისხზე და მკურნალობის შედეგების შედეგიანობაზე არასრულყოფილი ინფორმაცია აძლიერებს კონკურენციის არაეფექტურობას (Propper, 2004) და მოთხოვნისა და მიწოდების ჩვეულებრივი ურთიერთქმედების დეფორმირებას განაპირობებს.

6.2. აბნეტი ურთიერთობა

მოთხოვნაზე გავლენას ახდენს მომხმარებელი, მეწარმე, მომსახურების სისტემის გეოგრაფიული განაწილება. ეკონომიკის კლასიკური თეორიის მიხედვით, მომხმარებელი წარმოადგენს საკუთარი საჭიროებებისა და მოთხოვნების განსაზღვრის უმაღლეს მსჯულს, რომელიც

დამოუკიდებლად წყვეტს, თუ რა შეიძინოს ბაზარზე (დამოუკიდებელი მომხმარებლის პრინციპი). ასეთი მომხმარებელი საქონელს და მომსახურებას თავისუფალ ბაზარზე იძენს ბიუროკრატიული სისტემის ყოველგვარი ზემოქმედების, ანუ მისი სუბიექტური მოთხოვნების გარე დაგეგმვის გარეშე. თავისუფალი ბაზრის თეორია მომხმარებელს განიხილავს როგორც მთავარ ინსტანციას, რომელიც თავადაა პასუხისმგებელი გადაწყვეტილების მიღებაში. აღნიშნული თვალსაზრისი არ ითვალისწინებს სამედიცინო მომსახურების შეძენას და გარკვეული საქონლის, მაგ. ფეხსაცმლის შეძენას შორის სხვაობას, ორივე შემთხვევაში ყველაფერი განისაზღვრება თავად მომხმარებლის არჩევანით და შეხედულებებით. ინდივიდუალური გადაწყვეტილებები მიიღება ცალკეული მომხმარებლის ინფორმირებულობის და ფინანსური შესაძლებლობების შესაბამისად.

კლასიკური მოდელის შესაბამისად აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების შესაძენად გადაწყვეტილება თავად მომხმარებელმა უნდა მიიღოს. ჯანდაცვის სექტორში ბაზრის თეორიის მიმდევრები თვლიან რომ მომხმარებლებს თავად უნდა ჰქონდეთ არჩევანის გაკეთების უფლება, რაც კონკურენციის ზრდას და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას განაპირობებს.

მიუხედავად ამისა, საბაზრო მიდგომის სრულად გამოყენება ჯანდაცვის სფეროში შეუძლებელს წარმოადგენს, რადგან მომხმარებელი კვალიფიციური გადაწყვეტილების მისაღებად საკმარის ცოდნას და ინფორმაციას არ ფლობს.

ჯანდაცვის სფეროში მომხმარებელი (პაციენტი) იშვიათად ირჩევს მისთვის საჭირო სამედიცინო დახმარებას, რადგან მის მიერ გაკეთებული არჩევანი შეიძლება სახიფათო აღმოჩნდეს საკუთარი ჯანმრთელობისათვის. არაინფორმირებული პაციენტი იძულებულია მთლიანად მკურნალი ექიმის რჩევას დაეყრდნოს.

რადგან ექიმი და არა პაციენტი განსაზღვრავს გასაწევი სამედიცინო დახმარების მოცულობას, იგი გვევლინება როგორც პაციენტის მრჩეველი, მისი ინტერესების გამომხატველი ე. წ. ინფორმირებული აგენტი, რომელმაც საკმარისად კარგად იცის დაავადებისა და მკურნალობის მეთოდების შესახებ. აქედან გამომდინარე, **ექიმი განსაკუთრებულ მდგომარეობაში იმყოფება, იგი არის არამართო სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელი, არამედ მოთხოვნის განმსაზღვრელიც. ასეთ მოვლენას საშუაშალო, ანუ აგენტური ურთიერთობები ეწოდება.** აღნიშნული მდგომარეობის გამო, გარკვეულ შემთხვევებში, როდესაც ექიმის ანაზღაურება ხორციელდება სერვისების მიხედვით, მან შეიძლება დაუსაბუთებელი სამედიცინო პროცედურები მიაწოდოს პაციენტს.

“სრულყოფილი აგენტი გარკვეულწილად შიზოფრენიკის როლში გვევლინება. მიმწოდებელს გააჩნია საკუთარი ინტერესები – შემოსავალი, თავისუფალი დრო, პროფესიული დაკმაყოფილება, რომლებიც ნაწილობრივ შესაბამისობაშია და ნაწილობრივ წინააღმდეგობაშია პაციენტის ინტერესებთან. აგენტის ტვინი გახლეჩილ მდგომარეობაშია, რომლის ერთი ნაწილი პაციენტს ურჩევს მართლოდენ პაციენტის ინტერესების შესაბამისად, მეორე ნაწილი კი რეაგირებას ახდენს პაციენტის მიერ გაკეთებულ არჩევანს საკუთარი ინტერესებისა და კეთილდღეობის გაუმჯობესების გზების გათვალისწინებით. ეკონომიკური ანალიზი კი, რომელიც ტარდება მიმწოდებლების ინტერესების, მოვებისა და შემოსავლების მაქსიმალურად გაზრდის შესაფასებლად ყოველთვის ბუნდოვნად წარმოგვიჩენს ასეთ შიზოფრენიულ მდგომარეობას, ინფორმაციის ასიმეტრიულობის პრობლემას და აგენტურ ურთიერთობას”.

ევანსი (1984)

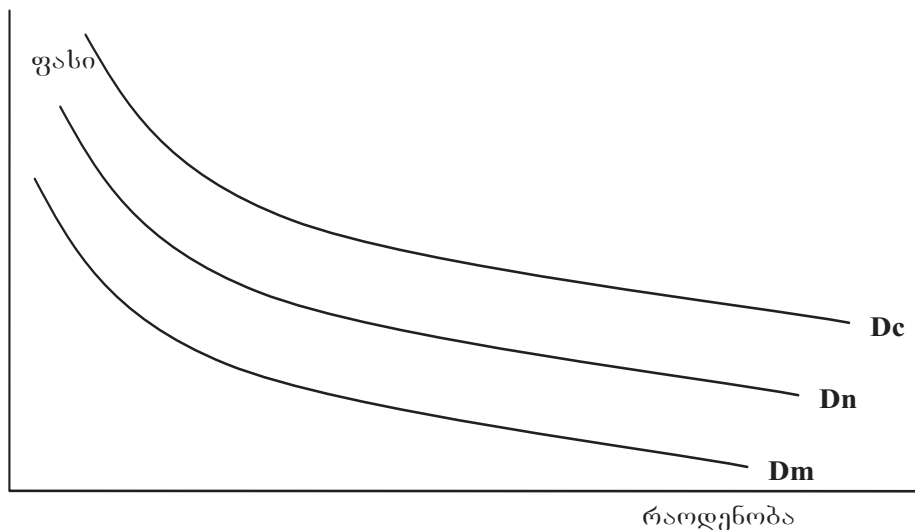
აღნიშნულიდან გამომდინარე ექიმი არ არის პაციენტისათვის სრულყოფილი აგენტი. უმრავლეს შემთხვევაში იგი უარყოფითად იყენებს მის განსაკუთრებულ როლს, განსაზღვროს მოთხოვნილება საკუთარი ინტერესების შესაბამისად. ეკონომიკური თეორიის მიხედვით ასეთ სიტუაციას **მიწოდებით პროვოცირებული მოთხოვნა**, ანუ **მიმწოდებლის მიერ სტიმულირებული მოთხოვნა** (supply induced demand) ეწოდება.

ექიმი ზეგაუღენას ახდენს პაციენტზე ჩასატარებელი სამედიცინო დახმარების რაოდენობაზე, რომელიც შეიძლება შეესაბამებოდეს არაინფორმირებული პაციენტის მოთხოვნას (Dm), რეალურად განსაზღვრულ საჭიროებას (Dn) და აუცილებელზე მეტ პროცედურებს (Dc).

ძნელია ისეთი მოვლენის სრულყოფილი ახსნა, როგორიცაა – მიმწოდებელი განსაზღვრავს მოთხოვნას, რადგანაც სამედიცინო დახმარების სარგებლიანობის შეფასება გარკვეულ სირთულეს წარმოადგენს. ჯერაც არაა ნათელი, სამედიცინო დახმარების რომელი დონეა ოპტიმალური.

მკვლევართა აზრით, ექიმის უარყოფითი სტიმული დამოკიდებულია ანაზღაურების მეთოდებზე, სამედიცინო დახმარების ღირებულებაზე და მისი შემოსავლების ზომაზე.

ნახაზი 1: ექიმის ზემოქმედება სამედიცინო დახმარების მოთხოვნაზე



6.3. მორალური საფრთხე (Moral Hazard)

სამედიცინო ბაზარზე პაციენტსა (მომხმარებელი) და ექიმს (მიმწოდებელი) შორის ურთიერთობა არსებითად განსხვავდება ჩვეულებრივ ბაზარზე არსებული ურთიერთობისგან. **სამედიცინო ბაზარზე ხშირ შემთხვევაში მოსალოდნელია პაციენტისა და ექიმის ქცევის ცვლილება, რომელსაც ეკონომიკური თეორიის მიხედვით მორალური საფრთხე (Moral Hazard) ეწოდება.**

მორალური საფრთხე გაცნობიერებულ იქნა 1960-იან წლებში, სამედიცინო ბაზრის ნეგატიური მხარეების კვლევის დროს. ნიმანის (Nyman, 2003) მიხედვით, “მორალური საფრთხე წარმოადგენს დაზღვეული პირის ქცევის ცვლილებას”. მორალური საფრთხე დაკავშირებულია დაზღვეულის მეტი რისკის შემცველ ქცევასთან.

მორალური საფრთხის ხარისხი დამოკიდებულია სამედიცინო დახმარების მოთხოვნის ელასტიკურობასთან. მორალურმა საფრთხემ შეიძლება გაზარდოს და სტიმული მისცეს სამედიცინო დახმარების ექსცესიურ გამოყენებას, რომელიც თავის მხრივ, ხარჯების ზრდას და პაციენტებზე არააუცილებელი, ზოგჯერ სიცოცხლისათვის საშიში გამოკვლევებისა და პროცედურების ჩატარების შესაძლებლობას განაპირობებს.

მორალური საფრთხის ორი სახე არსებობს: პაციენტის (მომხმარებლის) მორალური საფრთხე და ექიმის (მიმწოდებლის) მორალური საფრთხე.

მორალური საფრთხე და პაციენტის მოტივაცია

პაციენტის (მომხმარებლის) მორალური საფრთხე ძირითადად ორ ფაქტორთანაა დაკავშირებული.

უპირველეს ყოვლისა, დაზღვევა პაციენტის (მომხმარებლის) სხვადასხვა სახის არარაციონალურ ქცევას, გარკვეულ უარყოფით სტიმულებს და მორალურ საფრთხეებს განაპირობებს. ადამიანი, რომელიც დაზღვეულია ავადმყოფობის შემთხვევისაგან, ნაკლებად ფიქრობს ავადმყოფობაზე, რადგან თავი დაზღვეულად მიაჩნია, ნაკლებად ზრუნავს ცხოვრების ჯანსაღ წესზე. აღნიშნულის გამო, იზრდება ავად გახდომის რისკი და სამედიცინო მომსახურების მოხმარება იზრდება.

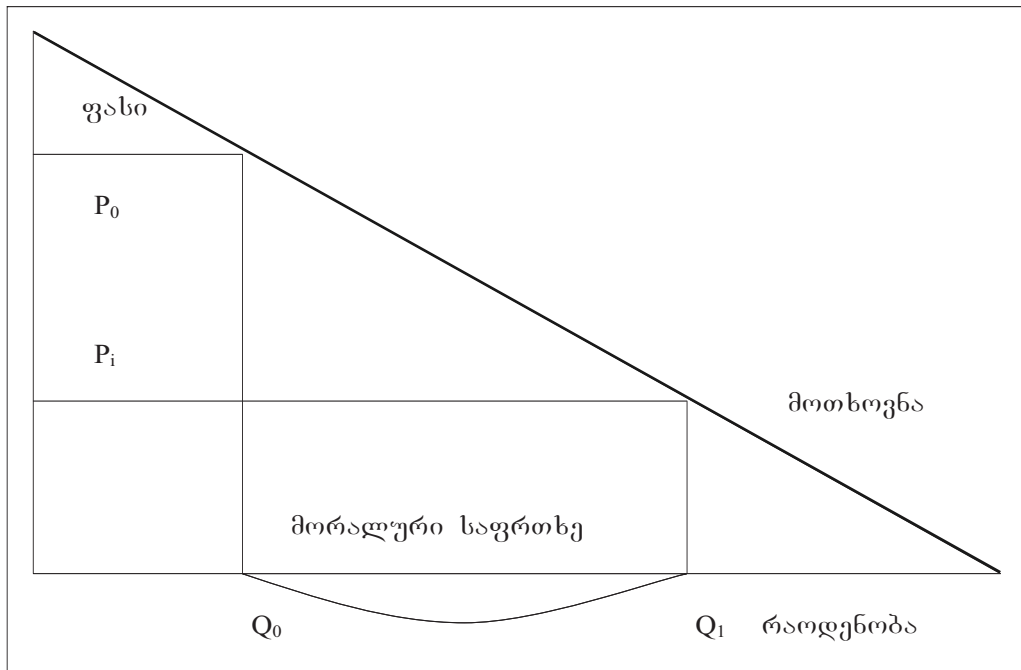
მეორე მხრივ, პაციენტის სტიმული დაკავშირებულია ინდივიდუალური არჩევანის (სურვილი) და მისი შეზღუდვის (შესაძლებლობა) ურთიერთქმედებასთან. შეზღუდვებს წარმოადგენს საკუთარი შემოსავალი და ფასი. თავის მხრივ, შემოსავალი და ფასი არამარტო პაციენტის არჩევანს განსაზღვრავს, არამედ დამოკიდებული არიან ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან, რადგან ცნობილია, რომ ავადმყოფობა ამცირებს ადამიანის მუშაობის სტიმულს და შესაბამისად შემოსავალს.

დაზღვევის შემთხვევაში, როდესაც პაციენტის მკურნალობის ხარჯებს ნაწილობრივ, ან მთლიანად იხდის დამზღვევი (ანუ ავად გახდომის შემთხვევაში, სამედიცინო მომსახურებას დებულობს უფასოდ ან მცირე თანაგადახდის საშუალებით), პაციენტს არ აქვს ფასის “სიგნალი”, რომელიც მოქმედებს სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელსა და მიმწოდებელს შორის და არეგულირებს მომსახურების მოხმარების მოცულობას. შედეგად, წარმოიქმნება “უფასო” სამედიცინო მომსახურების ზედმეტად მოხმარების პრობლემა. პაციენტს უჩნდება ცოუნება ზედმეტად მოიხმაროს სამედიცინო მომსახურება, კერძოდ, ჩაიტაროს სამედიცინო მომსახურება მაშინაც კი, როდესაც იგი არ არის აუცილებელი, უფრო ხშირად მიაკითხოს ექიმს, მოითხოვოს ჰოსპიტალიზაცია, უახლესი, ძვირადღირებული სამედიცინო ტექნოლოგია, მედიკამენტების დანიშვნა და ა. შ.

ექიმი მეტი ინფორმირებულობისა და ჯანდაცვის სფეროში განსაკუთრებული როლის გამო, ზღუდავს არამარტო პაციენტის სტიმულს, არამედ მის მიერ არჩევანის გაკეთებას. ექიმი წარმოადგენს როგორც სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელს, ასევე მოთხოვნილების განმსაზღვრელს. ამასთან, პაციენტის არარაციონალური ქცევა შეიძლება დაემთხვეს ექიმის დაინტერესებას – გაზარდოს მომსახურების მოცულობა, რაც კიდევ უფრო ზრდის შედარებით ძვირადღირებული, მაგრამ შეიძლება კლინიკურად არააუცილებელი მომსახურების მოცულობას. ამგვარად, სახეზეა ჯანდაცვაში ხარჯვითი მექანიზმის ფორმირება: იზრდება სამედიცინო დახმარების ძვირადღირებული სახეების ხვედრითი წილი, იზრდება მკურნალობის შემთხვევაზე დანახარჯები, მცირდება დაინტერესება დაავადებათა პროფილაქტიკაზე და შედარებით იაფი, მარტივი, მაგრამ ეფექტური სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენება. (ნახაზი 2: მორალური საფრთხე)

ნახატზე P₀ წერტილი შეესაბამება პაციენტის მიერ მკურნალობის ხარჯების 100 %-იან გადახდას (დაუზღვეველი პაციენტი). P₁ წერტილი – პაციენტი იხდის მკურნალობის ხარჯების 20 %-ს, ხოლო დამზღვევი 80 %-ს. როგორც გრაფიკიდან ჩანს, რაც უფრო იზრდება დამზღვევის მიერ პაციენტის მკურნალობაზე გასაწევი ხარჯები, მით იზრდება სამედიცინო დახმარების რაოდენობა Q₀ და პირიქით, რაც უფრო მეტი აქვს გადასახდელი პაციენტს, მით მცირდება დახმარების მოცულობა.

ნახაზი 2: მორალური საფრთხე



მორალური საფრთხე და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა მოტივაციები

ექიმის ქცევა ჯანდაცვის ეკონომიკის ერთ-ერთ ცენტრალურ პრობლემას წარმოადგენს. ნეო-კლასიკური თეორიის მიხედვით, ყოველი საწარმო ცდილობს საქონლის იმდენი რაოდენობა აწარმოოს და მასზე ისეთი ფასი დააწესოს, რომლითაც შესაძლებელი იქნება მაქსიმალური მოგების მიღება. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მოგებაზე თავის მხრივ, გარკვეულ გავლენას ახდენს ბაზრის შეზღუდული მოთხოვნა. სულ სხვა მდგომარეობაა სამედიცინო ბაზარზე არსებული “ექიმი-მეწარმის” შემთხვევაში. მოგების მაქსიმალურად მისაღებად ექიმს განსხვავებული სტიმული გააჩნია, ვიდრე ჩვეულებრივ ბაზარზე არსებულ მეწარმეებს. ისინი დაინტერესებული არიან პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობით და საქმიანობას ეწევიან როგორც თავის (შემოსავლების გაზრდა), ასევე პაციენტის სასარგებლოდ.

სამედიცინო ბაზარზე ექიმები ახდენენ ფასის დისკრიმინაციას (პაციენტებთან არაერთნაირი დამოკიდებულება), მაშინ როდესაც ჩვეულებრივ ბაზარზე მეწარმეები მაქსიმალური მოგების მიღების მიზნით ასეთ პრაქტიკას გამორიცხავენ. იგი განპირობებულია ექიმის განსაკუთრებული როლით, რომელიც გვევლინება როგორც მიმწოდებელი, ასევე მოთხოვნილების განმსაზღვრელი. ექიმის ასეთი მდგომარეობა მისი ეკონომიკური და სამედიცინო ინტერესების კონფლიქტს იწვევს. ითვალისწინებს რა პაციენტის არასაკმარის ინფორმირებას, ექიმი უარყოფითად იყენებს თავისი ცოდნის უპირატესობას. შემოსავლების გაზრდის მიზნით იგი ცდილობს პაციენტს თავს მოახვიოს ის პროცედურები, რომლებიც მას ნაკლებად, ან სავსებით არ სჭირდება, დანიშნოს ძვირადღირებული მედიკამენტები და მომსახურების ის სახეები, რომლებიც სამედიცინო დაწესებულების სრულ დატვირთვას უზრუნველყოფენ. ასეთი უარყოფითი მოტივაციის შედეგად ხელოვნურად იზრდება გასაწევი სამედიცინო დახმარების მოცულობა.

კვლევების მიხედვით, ბრიტანეთში არაადექვატური გადაუდებელი სტაციონარული დახმარება 6 %-ს შეადგენს, ხოლო იტალიაში პაციენტთა 27 %-ს გაეწია არაადექვატური ამბულატორიული სამედიცინო დახმარება.

ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით, სტაციონარში გატარებული არაადექვატური საწოლ-დღეების რაოდენობა საგრძნობლად აღემატება არაადექვატურ ამბულატორიულ სამედიცინო დახმარებას, ანუ მაშინაც კი როდესაც პაციენტი ადექვატურად არის სტაციონარში სამკურნალოდ გავზავნილი, იგი იქ უფრო დიდ ხანს რჩება ვიდრე საჭიროა

Hospitals in a Changing Europe, M. McKee & J. Healy Ed, 2000

პროვაიდერების მხრიდან მორალური საფრთხის მაგალითია ჩინეთში განხორციელებული ჯანდაცვის რეფორმის შედეგად წარმოქმნილი უარყოფითი მოტივაციები. 1979 წელს, როდესაც ჩინეთმა დაიწყო ეკონომიკური რეფორმები, სახელმწიფომ განიცადა შემოსავლის სწრაფი ვარდნა, რამაც, თავის მხრივ, ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრების შემცირება განაპირობა². 1990-იანი წლების დასაწყისისთვის სამედიცინო დაწესებულებების სახელმწიფოს მიერ სუბსიდირება იმდენად დაეცა, რომ იგი დაწესებულების მთლიანი შემოსავლის სულ რაღაც 10%-ს შეადგენდა². სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის შენარჩუნების მიზნით სახელმწიფომ კონტროლი დააწესა ფასებზე. სახელმწიფომ საბაზისო მომსახურებებზე თვითღირებულებებზე ქვევით დაწია ფასები. ამჟვე დროს, სახელმწიფოს სურდა, რომ დაწესებულებები ყოფილიყვნენ ფინანსურად უზრუნველყოფილი, რისთვისაც ახალ და მაღალტექნოლოგიურ გამოკვლევებზე თვითღირებულებებზე მაღალი ფასები დააწესა და ნება დართო დაწესებულებებს მედიკამენტებზე დაემატებინათ 15% ზღვრული მოგება. აღნიშნულმა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების საპირისპირო მოტივაცია გამოიწვია. ისინი იძულებული გახდნენ ბიუჯეტის 90%-იანი დანაკლისი მომგებიანი საქმიანობით შეეკოტნათ². საავადმყოფოები, რაიონული ცენტრების და სოფლის ექიმები მოგების მაძიებელ სუბიექტებად გარდაიქმნენ.

ამგვარად, ჩინეთში განფასების ასეთმა მიდგომამ, მანკიერი წრის ჩამოყალიბება განაპირობა⁶. გაიზარდა მედიკამენტების და გამოკვლევების ზედმეტად და დაუსაბუთებლად დანიშვნა. ექიმი ცდილობდა შვიდი დოლარის ღირებულების წამლები დაენიშნა პაციენტისათვის და ამით ერთი დოლარის მოგება მიეღო. საავადმყოფოები იყენებდნენ მაღალტექნოლოგიურ გამოკვლევებს და ძვირადღირებულ, იმპორტირებულ მედიკამენტებს, რასაც მოჰონდა უფრო მეტი მოგება⁴. მაგალითად, 75% პაციენტებს უბრალო გაცივებაზე უნიშნავდნენ ანტიბიოტიკებს, ისევე როგორც პოსპიტალიზირებული პაციენტების 79%-ს (საერთაშორისო საშუალო მაჩვენებელი შეადგენს 30%)⁵. შედეგად, ჩინეთის ჯანდაცვის ხარჯები იზრდება 16%-ით წელიწადში, რაც 7%-ით უფრო სწრაფად ხდება, ვიდრე მშპ-ს ზრდა ბოლო ორი დეკადის განმავლობაში (Blumenthal and Hsiao). აქვე აღსანიშნავია, რომ არასაჭირო ხარჯების გარდა, ასეთმა მკურნალობამ შეიძლება ზიანი მიიყენოს პაციენტის ჯანმრთელობას. სამწუხაროდ, არავინაა პროვაიდერთა ასეთ მოტივაციაზე პასუხისმგებელი².

გარდა ამისა, აღნიშნულ პრობლემას კიდევ უფრო ამძიმებს პროვაიდერებსა და ფარმაცევტულ კომპანიებს შორის წამლების საკომისიოებზე მოლაპარაკებები². საავადმყოფოები ფარმაცევტული კომპანიებისაგან საკომისიოს იღებენ მათი მედიკამენტების დანიშვნის შემთხვევაში, ხოლო ექიმების პრემიები (bonuses) ხშირად ამ საკომისიოზე არის დამოკიდებული². სოფლის ექიმები ვადაგასულ და ყალბ მედიკამენტებს ყიდულობენ იაფად და სოფლებში უფრო ძვირად ყიდიან როგორც ვალიდურ (გამოყენებად) პროდუქტებს. ჩინეთის “ხარბი” პროვაიდერული სისტემა შეიძლება დაგახასიათოთ როგორც აღვირახსნილი ცხენი (wild horses let out of the barn)².

ცხრილი 1: საწოლების არაადეკვატური გამოყენება (შერჩეული კვლევები)

კვლევა	მდებარეობა	შედეგები
Baré et al	ბარსელონა, ესპანეთი	9,1% მიღება, 29,2% საწოლ-დრე
Victor et al	ცენტრალური ლონდონი	14,6% მიღება
Namdarani et al	ედინბურგი	19% საწოლი ყველა სპეციალობისათვის; 33,1% საწოლი გერიატრია, ორთოპედიული რეაბილიტაცია; 29,6% საწოლი გერიატრიული რეაბილიტაცია და შეფასება
McClaran et al	მონრეალი, კანადა	19% საწოლი
Apolone et al	მილანი, იტალია	41% საწოლი ყველა სპეციალობისათვის; 60% საწოლ-დრე ფსიქიატრიის, გერიატრიის და ნევროლოგიისათვის
Hynes et al	დუბლინი, ირლანდია	46% საწოლი ყველა სპეციალობისათვის
Popplewell et al	ავსტრალია	9,2% მთლიანი დაყოვნების დონე

წყარო: Bare et al, 1995, "Appropriateness of admissions and hospitalization days in an acute-care teaching hospital", *Revue d'Epidemiologie et Santé Publique*, 43: 328-336

აღსანიშნავია, რომ პროვაიდერთა მოტივაციები დამოკიდებულია სამედიცინო დახმარების ღირებულებაზე, მისი შემოსავლების ზომაზე, ანაზღაურების მეთოდზე, სერვისების მიწოდების სისტემაზე (ფრაგმენტიზირებული თუ ინტეგრირებული სერვისები).

ძვირადღირებული პროცედურის შემთხვევაში იზრდება სამედიცინო დახმარების რაც შეიძლება მეტი რაოდენობით ჩატარების სტიმული. პირიქით, დაბალი ფასის დროს მნიშვნელოვნად მცირდება აღნიშნული დაინტერესება.

ექიმის მხრიდან უარყოფითი მოტივაცია განსაკუთრებით აღინიშნება მცირე ხელფასის შემთხვევაში. მიუხედავად იმისა, რომ ექიმს განსაკუთრებული როლი უჭირავს სამედიცინო ბაზარზე, ეკონომიკის სხვა სფეროებთან შედარებისას აღმოჩნდა, რომ ჯანდაცვაზე დანახარჯების მხოლოდ 20 %-ზე ნაკლები მოდის ექიმის ანაზღაურებაზე. შესაბამისად, დაბალი შემოსავლებისას იგი დაინტერესებულია საჭიროზე მეტი სამედიცინო დახმარება ჩაატაროს და ამით ხელოვნურად გაზარდოს ხელფასი.

ექიმის ქცევაზე მნიშვნელოვან ზემოქმედებას ახდენს ანაზღაურების მეთოდი. ექიმების მხრიდან "მორალური საფრთხე" განსაკუთრებით მოსალოდნელია სერვისების მიხედვით ანაზღაურების (fee for service) მეთოდის გამოყენების დროს, რადგანაც ამ შემთხვევაში მისი შემოსავალი დამოკიდებულია თითოეული ჩატარებული სამედიცინო დახმარების სახეზე და რაოდენობაზე. ქვეყნებში, სადაც ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების ანაზღაურება სერვისების მიხედვით ანაზღაურების (fee for service) მეთოდით ხორციელდება, სამედიცინო დახმარების მოცულობა მნიშვნელოვნად აღემატება იმ ქვეყნებისას, სადაც ანაზღაურება თითოეულ პაციენტზე ფიქსირებული თანხის (ან სულაღობრივი) მიხედვით ხორციელდება. გერმანიაში და საფრანგეთში, სადაც ანაზღაურება სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდით ხორციელდება, ამბულატორიული მიმართვიანობა შეადგენს შესაბამისად 11,5 და 7,2 თითო სულზე. დიდ ბრიტანეთში, სადაც

ანაზღაურების სულადობრივი მეთოდია გავრცელებული, ერთ სულზე საშუალოდ 5,5 მიმართვაა წელიწადში¹.

აშშ-ში, სადაც განსაკუთრებით ფართოდაა გავრცელებული შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი, ექიმები შედარებით ხშირად, ვიდრე სხვა ქვეყნებში, მიმართავენ ქირურგიულ ოპერაციებს, ნიშნავენ ძვირადღირებულ გამოკვლევებს და ა. შ. მაგალითად, ნადვლის ბუშტის ამოკვეთა აშშ-ში სამჯერ უფრო მეტია ვიდრე ინგლისში (100000 მოსახლეზე გათვლით), მასტექტომია – 3,5 ჯერ, ტონზილექტომია – 1,2-2,5 ჯერ. ამერიკელები ხუმრობენ, რომ ქირურგი მაშინ ნიშნავს ოპერაციას, როდესაც მეუღლეს სჭირდება ახალი ბეწვიანი მანტო. ამ ხუმრობაში არსებობს სიმართლის დიდი წილი.

ო. შეიმანი, 1982³

სამედიცინო მომსახურების მიწოდებელთა ქცევაზე აგრეთვე გავლენას ახდენს სერვისების მიწოდების სისტემა. ასე მაგალითად, ჩინეთში, სადაც ჯანდაცვის სისტემა ფრაგმენტიზირებულია და პირველადი, მეორეული და მესამეული დონის სერვისები ხორციელდება ცალ-ცალკე, თითოეული დონე ცდილობს საჭიროების მიუხედავად თავისთან დააკავოს პაციენტი². კერძოდ, ცარიელი საავადმყოფოები და კლინიკები იბრძვიან პაციენტების მისაღებად და აკავებენ მათ, იმ შემთხვევასაც კი როცა საჭიროა მათი გადამისამართება. პროვაიდერებს შორის არ ხორციელდება კოორდინირებული მუშაობა და როცა პაციენტი გადაინაცვლებს ერთი დონიდან მეორეზე ისევ მეორდება ერთიდაიგივე გამოკვლევების ჩატარება, რაც კიდევ უფრო ზრდის პაციენტის ხარჯებს².

მორალურ საფრთხეზე ზემოქმედების მეთოდები

მნიშვნელოვანია, რომ სამედიცინო ბაზარზე არამარტო პაციენტსა და ექიმს შორის წარმოებს ურთიერთობა, არამედ არსებობს მესამე მხარე დამფინანსებლის სახით (მაგ, სადაზღვევო ორგანიზაცია). დამფინანსებელი განსაზღვრავს სამედიცინო დახმარების ფასს. იგი აგრეთვე გარკვეულწილად მონაწილეობს ექიმებისათვის ანაზღაურების დადგენის პროცესშიც. აქედან გამომდინარე, დამფინანსებელი სამედიცინო ბაზარზე მარეგულირებელ ფუნქციას ასრულებს. იგი მნიშვნელოვნად ზღუდავს ექიმის გადაწყვეტილებას მკურნალობის პროცესში და შესაბამისად ამცირებს უარყოფით სტიმულს. აღსანიშნავია, სახელმწიფოს როლი ექიმის მხრიდან მორალური საფრთხის რეგულირებაში. პაციენტთა ინტერესების დასაცავად სახელმწიფო ადგენს სამედიცინო პერსონალის ლიცენზირებას, მათი საქმიანობის საკანონმდებლო რეგულირებას, პაციენტებისათვის სრული ინფორმაციით უზრუნველყოფას. ასე მაგალითად, ა.შ.შ.-ში, მთავრობის ინიციატივით 1995 წლიდან მოქმედებს სპეციალური ორგანიზაციები, რომლებიც ახდენენ ექიმთა საქმიანობის შეფასებას. ასეთ ორგანიზაციებს შეუძლიათ არაადექვატური საექიმო საქმიანობისათვის ექიმთა დისკვალიფიკაცია.

პაციენტის მხრიდან მორალურ საფრთხეზე ზემოქმედების შემდეგი მეთოდები არსებობს:

- † სამედიცინო მომსახურების მოხმარების მომენტში თანაგადახდის გამოყენება;
- † პაციენტის არჩევანის შეზღუდვა (სამედიცინო მომსახურების მიწოდებლების რაოდენობის შეზღუდვისათვის სტიმულების შექმნა);
- † პროცედურების არაფასისმიერი შეზღუდვა;
- † მკურნალობის ცალკეულ სახეებზე და გამოკვლევებზე დაცდის ფურცლების (Waiting List), შემოღება;

† თანადაზღვევის გამოყენება;

† ხარჯების არასრული კომპენსაცია.

აღსანიშნავია, რომ ფასისმიერი რეგულატორები (თანადაზღვევა, თანაგადახდა, არასრული კომპენსაცია) ფართოდ გამოიყენება კერძო და ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემებში.

არაფასისმიერი რეგულატორები (არჩევანის და ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა, დაცდის ფურცლები) ხშირად გამოიყენება ჯანდაცვის სახელმწიფო (ინტეგრირებულ) სისტემებში.

სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების მორალური საფრთხეების კომპენსაციის მეთოდები:

† სულადობრივი ანაზღაურების გამოყენება;

† ექიმების ანაზღაურება ფიქსირებული სახელფასო განაკვეთით;

† დაგეგმილი შედეგების მიღწევისას პრემირების სხვადასხვა მეთოდების გამოყენება;

† სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება გლობალური ბიუჯეტის მეთოდით;

† დასრულებული შემთხვევების აასანაზღაურებლად DRG (კლინიკურ-სტატისტიკური ჯგუფების და ა.შ.) მეთოდის გამოყენება, ანუ დასრულებული შემთხვევების ანაზღაურება წინასწარ დადგენილი ტარიფებით.

† ფონდისდამჭერი (fundholding) სქემების გამოყენება (პირველადი ჯანდაცვის ექიმები შეისყიდვიან საკუთარი პაციენტისათვის საჭირო სამედიცინო მომსახურებას);

† სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების საქმიანობის კონტროლი;

† გამოწერილი მედიკამენტების (უფასო) ჩამონათვალის შეზღუდვა;

† რესურსების მართვის ინტეგრირებული სქემები.

ამგვარად, ჯანმრთელობის დაზღვევის არარეგულირებად ბაზარს აქვს შემდეგი ნაკლოვანებები:

† რისკების შერჩევა;

† სამედიცინო დახმარების ზედმეტად მოხმარება;

† არაეკონომიურობა, რომელიც დაკავშირებულია მრავალი მცირე სადაზღვევო ორგანიზაციების მოქმედებასთან.

6.4. არასხელსაყრელი არჩევანი (Adverse Selection)

არახელსაყრელი არჩევანი განპირობებულია სადაზღვევო ბაზარზე არსებული ინფორმაციის ასიმეტრიით. **დაზღვეულებმა უფრო მეტი იციან თავიანთი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, ვიდრე სადაზღვევი კომპანიებმა მათ შესახებ.** სადაზღვევო ორგანიზაციაში დაზღვევასთან დაკავშირებული პრობლემების თავიდან ასაცილებლად, პაციენტებმა შეიძლება დამალონ საკუთარი ავადმყოფობა.

აღნიშნული მდგომარეობა განსაკუთრებით იმ ასაკოვანი ადამიანებისთვისაა დამახასიათებელი, რომლებსაც აქვთ ქრონიკული დაავადებები. ცხადია, ასეთ ადამიანებს სურვილი აქვთ თავი დაიზღვიონ ამა თუ იმ სადაზღვევო კომპანიაში. მეორე მხრივ, ახალგაზრდებს, რომლებიც შედარებით ჯანმრთელნი არიან და არ აწუხებთ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები, არ შეიძლება არ გააჩნდეთ დაზღვევის სურვილი. აღნიშნული წარმოადგენს არახელსაყრელ შერჩევას: მეტი რისკის ადამიანები ყიდულობენ დაზღვევას, ხოლო ნაკლები რისკის ადამიანები ცდილობენ არ დაეზღვიონ. სადაზღვევო კომპანია დაინტერესებულია მოახდინოს რისკის შეფასება ინდივიდუალურად და შესაბამისად სადაზღვევო პრემიები დააწესოს ინდივიდუალურ ღირებულებად. აღნიშნულ პროცესს **ანდერრაითინგი (Underwriting)** ეწოდება. ანდერრაითინგი პრემიების მნიშვნელოვან ზრდას განაპირობებს. თავის მხრივ, სადაზღვევო კომპანია ცდილობს თავიდან მოიშოროს მეტი რისკის მქონე პირები.

- ა.შ.შ-ში არახელსაყრელ შერჩევის ეფექტის შესამცირებლად გამოიყენებენ სამ მეთოდს:
- † დაქირავებულის მიერ დაფინანსებულ ჯანმრთელობის დაზღვევას;
- † სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ ჯანმრთელობის დაზღვევას;
- † სუბსიდირებულ ჯანმრთელობის დაზღვევას.

ა.შ.შ-ში 1998 წელს მოსახლეობის 84 %-ს გააჩნდა სხვადასხვა სახის ჯანმრთელობის დაზღვევა, 25 %-ს ჰქონდა სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ჯანმრთელობის დაზღვევა, და მოსახლეობის 60 %-ს – ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა (მედიქეას ბენეფიციარებს აქვთ როგორც სახელმწიფო ასევე ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა)¹.

6.5. რისკები და ბაზრკვევლობა

თავისუფალი ბაზრის ერთ-ერთი პირობაა მომხმარებლის გარკვეულობა. ჩვეულებრივ ბაზარზე მომხმარებელი თავისი შესაძლებლობის მიხედვით განსაზღვრავს თუ როდის, სად და რა ფასად იყიდოს საქონელი. საქონლის ყიდვისას მომხმარებელი პირდაპირ იხდის მთლიან ფასს, რითაც იგი გარკვეულ გარანტიას იძენს, რომ მის მიერ ნაყიდი საქონელი უფრო სარგებლობის მომტანია, ვიდრე მასზე დახარჯული თანხა.

ჯანდაცვის სისტემაში ჩვეულებრივი ბაზრისათვის დამახასიათებელი პრინციპები დარღვეულია, რადგან სამედიცინო ბაზარზე არაფერ იცის როდის ან რით გახდება ავად, და რა მოცულობის სამედიცინო დახმარება დასჭირდება. მას არ შეუძლია რაციონალურად დაგეგმოს სამედიცინო დახმარების ხარჯები. ყოველი ადამიანი იძულებულია გაითვალისწინოს, რომ არსებობს ავად გახდომის რისკი და მასთან დაკავშირებული დანახარჯები. ამ დანახარჯების მოცულობა შესაძლებელია მნიშვნელოვანს შეადგენდეს, როდესაც სამედიცინო მომსახურების ყიდვა ხორციელდება მოთხოვნის გაჩენის მომენტში.

ავადმყოფობის შემთხვევაში ერთდროული, დიდი დანახარჯების თავიდან ასაცილებლად ადამიანი იძულებულია შექმნას გარკვეული თანხის რეზერვი, რომ შემთხვევისათვის დადგომისას გადაიხადოს სამედიცინო მომსახურების ხარჯები (ფასიანი ჯანდაცვის მოდელი). მაგრამ ადამიანთა უმრავლესობას რეზერვში ყოველთვის არ აქვს საჭირო თანხა, ამასთან, სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარების შედეგად ეს თანხა შეიძლება არ აღმოჩნდეს საკმარისი.

განსაზღვრული პერიოდისათვის შესაძლებელია სტატისტიკურად დადგინდეს იმ ადამიანთა რაოდენობა, რომელთაც სჭირდებათ სამედიცინო დახმარება, აგრეთვე თანხა, რომელიც საჭიროა სამედიცინო დახმარების დასაფინანსებლად, ანუ შესაძლებელია რისკის შეფასება. ადამიანთა გარკვეული რაოდენობა ერთიანდება განსაზღვრული თანხის წინდაწინ შეგროვების მიზნით, თანხა შეაქვთ საერთო ფონდში, ხოლო შემდეგ ამ სარეზერვო ფონდის მეშვეობით ახდენენ სამედიცინო დახმარების ანაზღაურებას იმ ადამიანისათვის, რომელსაც იგი დასჭირდება.

ამგვარად, ადამიანები იძულებული არიან გაითვალისწინონ ის გარემოება, რომ სერიოზული დაავადების შემთხვევაში, სამედიცინო მომსახურების ბაზარი არ უზრუნველყოფს დიდი დანახარჯებისგან დაცვას, რის გამოც ისინი მიმართავენ დაზღვევას. დაზღვევა წარმოადგენს მოდელს, რომელიც შეესაბამება სამედიცინო ბაზრის თავისებურებებს, და რომელიც დაკავშირებულია რისკთან და გაუზრუნველბასთან.

წარმოდგენილი სქემა გულისხმობს, რომ ყველა დაზღვეულს აქვს ავად გახდომის თანაბარი რისკი. თუმცა ფაქტიურად, რაც უფრო ასაკოვანია ადამიანი, მით უფრო დიდია მისი ავად გახდომის რისკი, გარდა ამისა, რისკი დამოკიდებულია პროფესიაზე, ქრონიკული დაავადებების არსებობაზე და ა. შ.

აღნიშნულის გათვალისწინებით ჯანმრთელობის დაზღვევის კერძო ბაზარზე ხორციელდება რისკების შერჩევა. კერძო სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაცია დაინტერესებულია საქმე იქონიოს

მოსახლეობის შედარებით ჯანმრთელ კატეგორიასთან და თავი აარიდოს ავადმყოფ პაციენტებს, რომელთა მკურნალობა მოითხოვს დიდ დანახარჯებს. დაზღვეულთა ჯგუფიდან ცალკე იქმნება ნაკლებრიისკიან დაზღვეულთა ქვეჯგუფი, რომლებიც იხდიან შედარებით ნაკლებ სადაზღვევო შენატანებს. დანარჩენი ნაწილი იძულებულია გადაიხადოს შედარებით დიდი სადაზღვევო შენატანი. ამგვარად, ჯანმრთელობის დაზღვევის კერძო ბაზარზე გამოიყოფა ორი ჯგუფი – ძალიან მდიდრები, რომლებსაც შეუძლიათ იყიდონ ნებისმიერი სამედიცინო მომსახურება, და ძალიან ღარიბები, რომლებსაც არ შეუძლიათ გადაიხადონ სადაზღვევო ორგანიზაციის მიერ დაწესებული სადაზღვევო შენატანები.

აღნიშნულის მაგალითს წარმოადგენს ა.შ.შ-ის ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სისტემა, სადაც მოსახლეობის დაახლოებით 15 % არ არის დაზღვეული, ხოლო არაადექვატურად დაზღვეული გაცილებით მეტს შეადგენს.

ასეთ შემთხვევებში, სადაზღვევო და სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის უზრუნველსაყოფად, საჭიროა სახელმწიფო რეგულირების სხვადასხვა ფორმების გამოყენება. ა.შ.შ-ის მთავრობა იძულებულია დააფინანსოს ორი სამედიცინო სადაზღვევო პროგრამა – ღარიბი და ასაკოვანი პირთათვის, რომ მათთვის უზრუნველყოს სამედიცინო მომსახურება.

ჯანმრთელობის დაზღვევის პროცესში კერძო ბაზარი მოიცავს მრავალ მცირე სადაზღვევო ორგანიზაციებს, რომელთა საქმიანობა მოითხოვს გარკვეულ ხარჯებს. ა.შ.შ-ში აღნიშნული ხარჯები ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების დაახლოებით 20 %-ს შეადგენს, ანუ სადაზღვევო ორგანიზაციების მცირე მასშტაბი განაპირობებს ჯანდაცვის რესურსების არაეკონომიურ ხარჯვას¹.

6.7. გარეგანი ეფექტი

წარმოებული პროდუქცია არამარტო მის უშუალო მწარმოებელს და მყიდველს ეხება, არამედ მოსახლეობის ფართო ნაწილსაც. *ერთი ადამიანის მიერ წარმოებული საქმიანობის ზემოქმედებას მეორე ადამიანის კეთილდღეობაზე “გარეგანი ეფექტი” (externality) ეწოდება.* თუ ასეთი ზემოქმედება არასახარბიელოა, მას უარყოფითი გარეგანი ეფექტი ეწოდება. საწინააღმდეგო შემთხვევაში იგი დადებით გარეგან ეფექტს წარმოადგენს.

საქმის წარმოებისას შეუძლებელია მის მიერ გამოწვეული გარეგანი ეფექტის შეფასება და ამ ეფექტთან დაკავშირებული ხარჯების ან მიღებული მოგების დადგენა. საქმე იმაშია, რომ საქმის წარმოებისას მომხმარებლები და მიმწოდებლები მხოლოდ მათთან დაკავშირებული ხარჯებისა და მოგების დადგენას ამჯობინებენ და ბევრ შემთხვევაში არც ფიქრობენ თუ რა ზემოქმედებას მოახდენს მის მიერ გამოწვეული გარეგანი ეფექტი სხვა ადამიანზე.

უარყოფითი გარეგანი ეფექტი

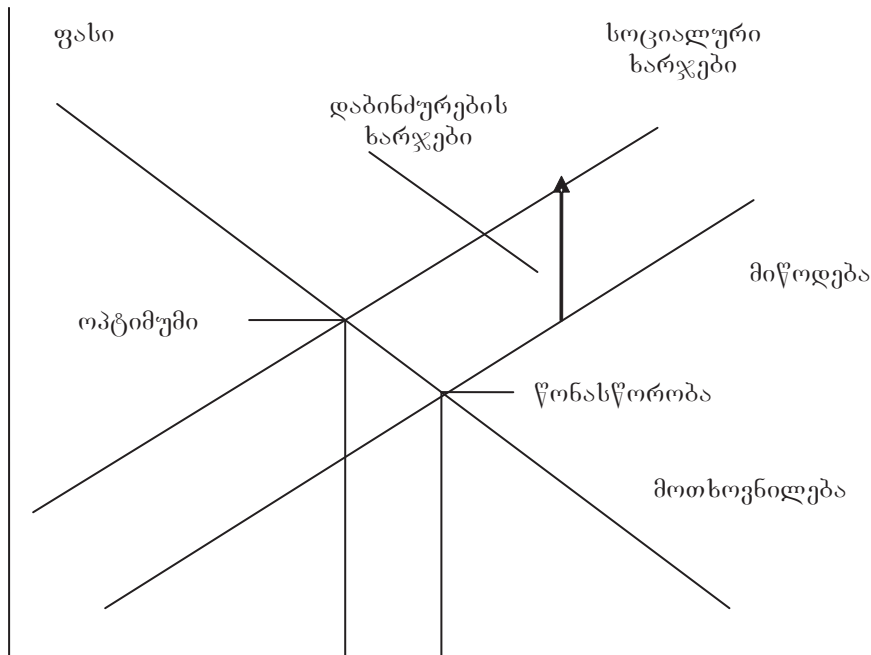
უარყოფითი გარეგანი ეფექტის მქონე პროდუქციის წარმოებისას მიმწოდებელი ხშირად არ ითვალისწინებს მის მაგნე ზემოქმედებას საზოგადოებაზე და თავის თავზე არ იღებს მიყენებული ზიანის ხარჯებს, რადგან მისი გათვალისწინება მნიშვნელოვნად ზრდის საქონლის ღირებულებას და შესაბამისად ამცირებს მოთხოვნილებას. ამრიგად, გარეგანი ეფექტის არსებობისას ბაზრის წონასწორობა არ არის ეფექტური.

მაგალითად, ზესტაფონის ფეროშენადნობთა ქარხანა მომხმარებელს აწვდის გარკვეული სახის პროდუქციას, რომელიც ორივე მხარისათვის მოგებია. ამავე დროს, ქარხანა აბინძურებს გარემოს, რომელიც მის სიახლოვეს მცხოვრები ადამიანების ჯანმრთელობაზე უარყოფითად მოქმედებს. მეცნიერები ასკვნა, რომ ქარხნის მიერ გამოყოფილი ქიმიური ნივთიერებები ხელს უწყობს ისეთი დაავადებების განვითარებას, როგორცაა თანდაყოლილი დეფექტები, სიმსივნე. აღსანიშნავია, რომ მწარმოებელი საზოგადოების ჯანმრთელობაზე მიყენებულ ზიანზე არანაირ კომპენსაციას არ იხდის. ცხადია, ადამიანთა ამ ნაწილისათვის ქარხნის მიერ გამოშვებული პროდუქცია წამებია, რადგან გარემოს დაბინძურებით

გამოწვეული დაავადების შემთხვევაში ხარჯებს დაზარალებული მხარე იხდის. აქედან გამომდინარე, საწარმოს მიერ გაწეული ხარჯები არ შეესაბამება საზოგადოების საერთო ხარჯებს.

უარყოფითი გარეგანი ეფექტის არსებობისას გარკვეული საქონლის წარმოებისას საზოგადოების ხარჯები აღემატება მწარმოებლის მიერ გაწეულ ხარჯებს. სოციალური ხარჯები წარმოადგენს საქონლის მწარმოებლის დანახარჯებისა და იმ ადამიანთა ხარჯებს, რომლებზეც უარყოფითად იმოქმედა მოცემული საქონლის გამოშვებამ. ნახატზე გამოსახულია უარყოფითი გარეგანი ეფექტის მიერ გამოწვეული სოციალური დანახარჯები. სოციალური დანახარჯების მრუდი მიწოდების (შესაბამისად მიმწოდებლის ხარჯების) მრუდზე მაღლაა განლაგებული, რადგან იგი საზოგადოების დანახარჯებსაც ითვალისწინებს. ორ მრუდს შორის სხვაობა ასახავს უარყოფითი გარეგანი ეფექტის ხარჯებს. ასეთ შემთხვევაში მიმწოდებელი საქონლის წარმოების ისეთ დონეს ირჩევს, როდესაც მოთხოვნილების მრუდი სოციალური დანახარჯების მრუდს გადაკვეთს. გადაკვეთის წერტილი საზოგადოების თვალსაზრისით საქონლის ოპტიმალურ რაოდენობას განსაზღვრავს. მიმწოდებელი ამ დონეს ირჩევს იმის გამო, რომ მის ქვევით წარმოებისას მომხმარებლისათვის საქონლის ფასი (რომელიც მოთხოვნილების მრუდით განისაზღვრება) მისი წარმოების სოციალურ ხარჯებს (რომელიც სოციალური ხარჯის მრუდით განისაზღვრება) აღემატება. თუ მწარმე გაზრდის მოცულობას, დამატებითი რაოდენობით გამოშვებული საქონლის სოციალური ხარჯები გადააჭარბებს მყიდველისათვის საჭირო ღირებულებას. როგორც ნახაზზეა გამოსახული, საქონლის რაოდენობის წონასწორობა, Q ბაზარი, აღემატება საქონლის სოციალურად ოპტიმალურ რაოდენობას Q ოპტიმუმს. არაეფექტურობის მიზეზი ძირითადად მდგომარეობს იმაში, რომ ჩვეულებრივ ბაზრის წონასწორობა მხოლოდ წარმოების კერძო დანახარჯებს ასახავს. მყიდველი საქონლის ღირებულებას სოციალურ დანახარჯებზე ნაკლებად აფასებს, ანუ წერტილში Q ბაზარი, მოთხოვნილების მრუდი სოციალურ დანახარჯებზე დაბლა მდებარეობს. ამგვარად, საქონლის წარმოებისა და მოხმარების ბაზრის წონასწორობაზე ქვევით შემცირებისას შესაბამისად იზრდება საერთო ეკონომიკური კეთილდღეობა.

ნახაზი 3: ბაზრის წონასწორობა და სოციალური ოპტიმუმი უარყოფითი გარეგანი ეფექტის შემთხვევაში



თავისუფალი ბაზრის მხოლოდ მოგების მიზნით მოქმედება არ უზრუნველყოფს საზოგადოებისათვის საერთო კეთილდღეობას. ამიტომ აუცილებელია სახელმწიფოს ზემოქმედება. ზემოქმედების ასეთ სახეს წარმოადგენს მიმწოდებლის მიერ წარმოებულ საქონელზე გარკვეული გადასახადის დაწესება. როდესაც გადასახადი ზუსტად ასახავს საქონლის სოციალურ დანახარჯებს, მიწოდების მრუდი სოციალური დანახარჯების მრუდს დაემთხვევა. ამის შედეგად ბაზარზე დამყარდება ახალი წონასწორობა, სადაც მიმწოდებლები აწარმოებენ სოციალურად ოპტიმალური რაოდენობის საქონელს. ასეთი გადასახადის შემოღებას გარეგანი ეფექტის ინტერნალიზაციის ნაწილი ეწოდება. გარეგანი ეფექტის ინტერნალიზაცია მყიდველებს და მიმწოდებლებს უბიძგებთ გაითვალისწინონ მათი საქმიანობის გარეგანი ეფექტები. როდესაც მეწარმეები საქონელს ასეთი სახით გადასახადის გათვალისწინებით აწარმოებენ, ისინი ფაქტიურად ითვალისწინებენ საქონლის გარეგან ეფექტით მიღებულ ხარჯებს.

დადებითი გარეგანი ეფექტი

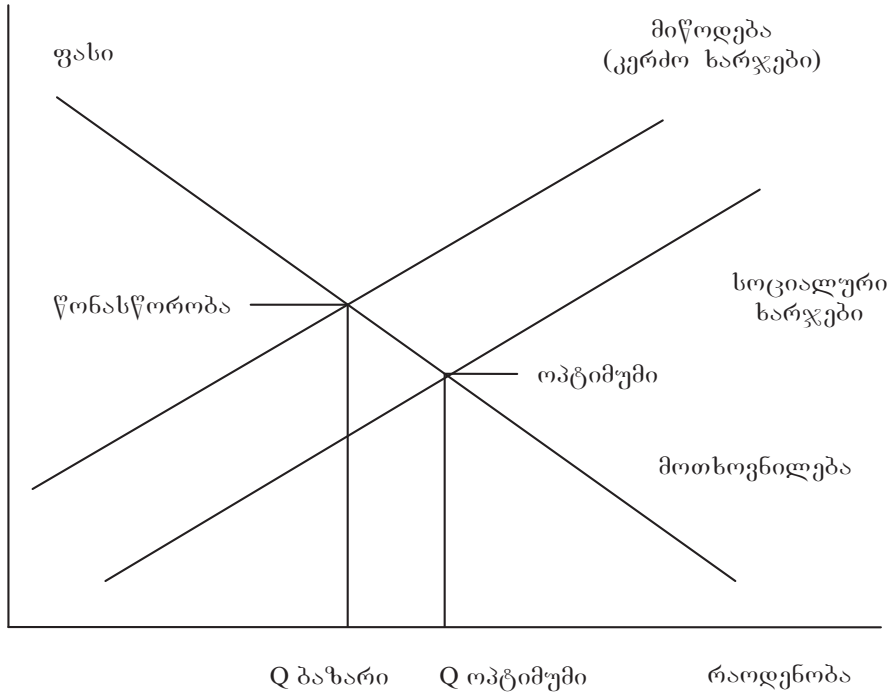
დადებითი გარეგანი ეფექტის შემთხვევაში საქონლის წარმოებას სარგებლობა მოაქვს საზოგადოების სხვა წევრებს. ასეთ შემთხვევაში საქონლის წარმოების სოციალური ხარჯები მიმწოდებლის მიერ გაწეულ ხარჯებზე ნაკლებია. საქონლის ოპტიმალური რაოდენობა (Q ოპტიმუმი) მეტია ბაზრის წონასწორობისათვის საჭირო რაოდენობაზე (Q ბაზარი). ასეთ შემთხვევაში სახელმწიფო ხელს უწყობს საქონლის დიდი რაოდენობით წარმოებას. იგი თავად მონაწილეობს ასეთი საქონლის წარმოების ნაწილობრივ ან მთლიანად დაფინანსებაში. ჯერ კიდევ ადამ სმიტი თავის შრომებში, “ეთიკური გრძნობის თეორია” და “ერის კეთილდღეობა” დიდ ყურადღებას უთმობდა სახელმწიფოს მხრიდან ადამიანთათვის დახმარების გაწევის აუცილებლობას ისეთ საკითხებში, როგორცაა განათლების მიღება, მართლმსაჯულების სისტემის უზრუნველყოფა, გზათა მშენებლობა, ღარიბთათვის დახმარების გაწევა, მუშებისათვის “კულტურული” ღირსძიებების ჩატარება. ამ დროს იგი ითვალისწინებდა იმ დადებით ეფექტს, რომელიც ასეთი სახის ღირსძიებებმა შეიძლება განაპირობოს.

ჯანდაცვის სისტემისათვის უფრო მეტად დადებითი გარეგანი ეფექტია დამახასიათებელი. ამის კლასიკური მაგალითია ინფექციური დაავადებების აღმოსაფხვრელად ჩატარებული ღირსძიებები. მაგალითად, დიფთერიის საწინააღმდეგო აცრა სასარგებლო არამარტო ერთი ადამიანისათვის, არამედ მთელი საზოგადოებისათვის, რადგანაც მნიშვნელოვნად მცირდება ამ დაავადების გავრცელება.

ნახატიდან ჩანს, თუ როგორ იწვევს პროფილაქტიკური აცრების რაოდენობის მომატებისათვის სახელმწიფოს მხრიდან დაფინანსება Q ბაზრიდან Q ოპტიმუმიზე გადავლას.

მოსახლეობის დაბალი ფენების არასახარბიელო სოციალურმა მდგომარეობამ შესაძლებელია შედარებით მდიდარი ფენის სიბრალოლი გამოიწვიოს. ასეთ შემთხვევაში საზოგადოების მდიდარ ჯანმრთელ და სოციალურად კარგად უზრუნველყოფილ ნაწილს შეიძლება სურვილი გაუჩნდეს ფინანსურად დაეხმაროს ღარიბებს და ავადმყოფებს. აღნიშნული მდგომარეობაც მზრუნველობის გარეგან ეფექტს (ალტრუიზმი) წარმოადგენს. მზრუნველობის გარეგანი ეფექტი ხშირად ქველმოქმედებისა და გულმოწყალების ხასიათს ატარებს.

ნახაზი 4: ბაზრის წონასწორობა და სოციალური ოპტიმუმი დადებითი გარეგანი ეფექტის შემთხვევაში



6.8. ჯანდაცვა და “საზოგადოებრივი სიკეთე”

ეკონომიკური თეორია გამოყოფს სამეურნეო საქმიანობის შედეგად მიღწეული შედეგების განსაკუთრებულ ტიპს – ე. წ. “საზოგადოებრივ სიკეთეს”, ან “საზოგადოებრივ საქონელს” (Public Good). “საზოგადოებრივი სიკეთე” ინდივიდუალური მოხმარების საქონლისაგან განსხვავდება ორი ნიშნით:

† **გამოუღვევადობა**, “საზოგადოებრივი სიკეთე” წარმოადგენს კოლექტიური მოხმარების ობიექტს, იგი ამოუწურავია, ერთი ადამიანის მიერ მომსახურების მოხმარება არ განაპირობებს საზოგადოების სხვა წევრების მიერ ხელმისაწვდომი რესურსების მოხმარების შემცირებას, ანუ დამატებითი მომხმარებლის ზღვრული ხარჯები 0-ის ტოლია;

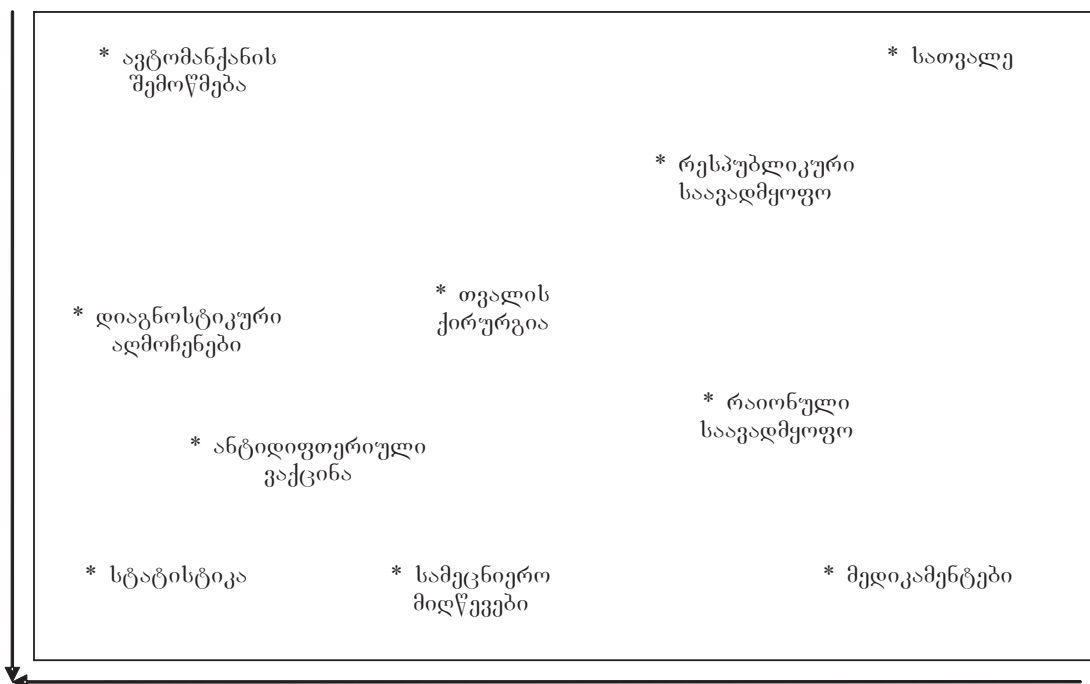
† **არაექსკლუზიურობა**, “საზოგადოებრივი სიკეთე”, ინდივიდუალური მოხმარების “საქონლისაგან” განსხვავებით, არ ვრცელდება მოხმარების პროცესისაგან სხვა პირების, საზოგადოების თუნდაც ერთი წევრის გამორიცხვის პრინციპი, ანუ შეუძლებელია მისი მოხმარებისაგან საზოგადოების წევრების გამორიცხვა.

საზოგადოებრივ სიკეთეს წარმოადგენს სახელმწიფო თავდაცვა, უშიშროება, რომელსაც საზოგადოების ყველა წევრი კოლექტიურად მოიხმარს. აგრეთვე, საზოგადოებრივი მნიშვნელობის საქონლად განიხილება ჯანდაცვა. იგი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სიცოცხლის ხარისხზე და შესაბამისად შრომის წარმოებაზე, ამიტომ სახელმწიფო დანიტერესებულია, რომ მთელი მოსახლეობისათვის ხელმისაწვდომი იყოს სამედიცინო დახმარების მინიმალური საბაზისო პაკეტი მაინც. ღარიბმა ადამიანებმა ჯანდაცვაზე გასაწევ

ხარჯებს შესაძლებელია ნაკლები პრიორიტეტი (მაგ., საკვებთან შედარებით) მიანიჭონ. აღნიშნულის გამო, სახელმწიფო ვალდებულია გარკვეული ზომები მიიღოს ეფექტური სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის გასაზრდელად.

ჯანდაცვის სექტორში საზოგადოებრივი საქონლის მაგალითებია სანიტარულ-ჰიგიენური ღონისძიებები, სუფთა ჰაერი, ყვავილის აცრის აღმოჩენა, პენიცილინის გამოგონება და ა. შ.

ნახაზი 5: საზოგადოებრივი და კერძო საქონელი



როგორც ნახაზიდან ჩანს, სათვალე კერძო მოხმარების საქონელს წარმოადგენს. ადვილია მისი განფასება. რაც შეეხება თვალის ქირურგიას, მისი განფასება შედარებით რთულს წარმოადგენს, რადგან დამოკიდებულია ოპერაციის ტექნიკურ ღონეზე და არსებულ მოწყობილობებზე. ოპერაციის ჩატარებისათვის აუცილებელია შესაბამისი სამედიცინო განათლება, რომლის გამოყენებით ქირურგს შეუძლია მისი მრავალჯერ განხორციელება. ცხადია, ადვილია ქირურგიული ოპერაციის განფასება და შესაბამისად მისი ანაზღაურება, მაგრამ ძნელია წლების განმავლობაში სპეციფიკურ დარგში შექმნილ გამოცდილებაზე დახარჯული შრომის შეფასება. ამიტომ მას შუალედური მდგომარეობა უკავია კერძო მოხმარების საქონელსა და საზოგადოებრივ საქონელს შორის. ანტიდიფთერიული ვაქცინა უფრო საზოგადოებრივ საქონელს განეკუთვნება. ვაქცინის ფასის დადგენა არ წარმოადგენს სირთულეს. ამ დაავადებისაგან პროფილაქტიკა სასარგებლოა არამარტო ერთი მომხმარებლისათვის, არამედ მთელი საზოგადოებისათვის. ინფექციური დაავადებების აღმოსაფხვრელად ჩატარებული მასიური ვაქცინაცია მნიშვნელოვნად ამცირებს მათ გავრცელებას. საზოგადოებისათვის ასეთი საქონლის განსაკუთრებული მნიშვნელობის გამო, სახელმწიფო თავის თავზე იღებს მის ხარჯებს.

“საზოგადოებრივი საქონლის” ნიშნების მქონე მომსახურებაზე მოთხოვნის უზრუნველყოფა ხორციელდება “საზოგადოებრივი ჯანდაცვის” (Public Health) სექტორის საშუალებით. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების ფუნქციებს განეკუთვნება: ეპიდემიოლოგიურ სიტუაციაზე კონტროლის განხორციელება, ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლა, სანიტარულ-საგანმანათლებლო სამუშაოები და ა. შ. აღსანიშნავია, რომ ყველაფერი რასაც “საზოგადოებრივი საქონლის” თვისება გააჩნია, ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და მასზე პირდაპირ სახელმწიფო კონტროლი ვრცელდება.

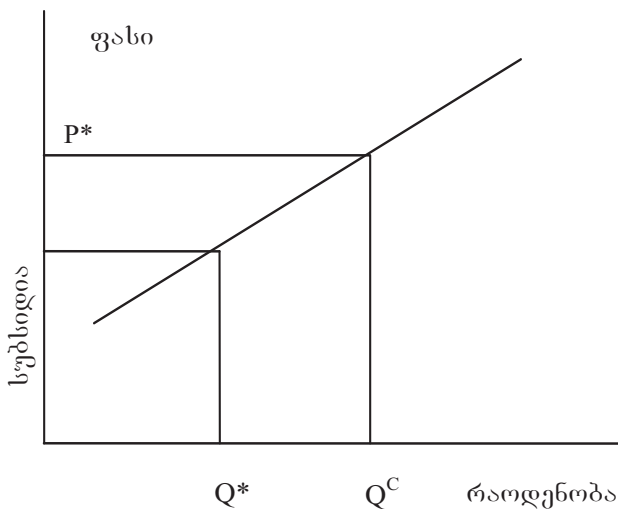
სახელმწიფო დაინტერესებულია მოახდინოს გარეგანი ეფექტების (externalities) კორექცია, უფასო გახადოს იმ გვერდითი პროდუქტების წარმოება, ან მათი მოხმარება, რომლებიც არახელსაყრელ ან სარგებლიან ზეგავლენას ახდენენ მეორე მხარეზე, რომელიც პირდაპირ არ არის ჩართული საბაზრო გარიგებებში.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ მიწოდების დადებითი (პოზიტიური) გარეგანი ეფექტის დროს წარმოების ზღვრული სოციალური ხარჯი წარმოების ზღვრულ კერძო ხარჯებზე ნაკლებია. დადებითი (პოზიტიური) გარეგანი ეფექტის მაგალითია სამედიცინო ცოდნის გავრცელება მთელ მსოფლიოში (მაგ., ინტერნეტის საშუალებით).

დადებითი გარეგანი ეფექტის კლასიკურ მაგალითს წარმოადგენს ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლის ღონისძიებები. ასე მაგალითად, წითელას საწინააღმდეგო ვაქცინას სარგებლობა მოაქვს არამარტო ერთი ადამიანისათვის, არამედ მთელი საზოგადოებისათვის. ამიტომ, ასეთი სახის ღონისძიებებს, რომლებიც დადებით გარეგან ეფექტს გვაძლევენ, სახელმწიფო აფინანსებს მთლიანად, ან ნაწილობრივ.

იმ შემთხვევაში როდესაც ვაქცინაციაზე მოთხოვნა დამოკიდებულია ადამიანების გადახდისუნარიანობაზე, ვაქცინაციის დონე შესაძლოა ოპტიმალურზე ქვევით აღმოჩნდეს. ქვემოთ მოცემული ნახატი გამოსახავს ვაქცინაციის გაზრდის მიზნით სუბსიდიების გამოყენების შემთხვევაში კერძო ოპტიმუმიდან (Q^*) საზოგადოებრივ ოპტიმუმში (Q^C) გადასვლას.

ნახაზი 6: კერძო და საზოგადოებრივი სარგებელი დადებითი გარეგანი ეფექტის დროს.



გარეგანი ეფექტი წარმოიქმნება, აგრეთვე, როდესაც ადამიანთა ერთი ნაწილის უბედურება მეორე ნაწილში თანაგრძობას განაპირობებს – მზრუნველობის გარეგანი ეფექტი (ალტრუიზმი). ასეთ შემთხვევაში მდიდარი ადამიანები ცდილობენ დააფინანსონ ღარიბთა და ავადმყოფთა სამედიცინო დახმარება.

მიწოდების უარყოფითი (ნეგატიური) გარეგანი ეფექტის დროს წარმოების ზღვრული სოციალური ხარჯი წარმოების ზღვრულ კერძო ხარჯებზე მეტია. უარყოფითი (ნეგატიური) გარეგანი ეფექტის მაგალითია საავადმყოფოს საშიში, საზიანო ადგილმდებარეობა.

6.9. თანაბარი ხელმისაწვდომობის პრინციპი

ჩვეულებრივ ბაზარზე მომხმარებელი თავისი შესაძლებლობის მიხედვით განსაზღვრავს ამა თუ იმ საქონლის ყიდვას. სულ სხვა მდგომარეობაა სამედიცინო ბაზარზე. სამედიცინო დახმარების გაწევა ადამიანის სიცოცხლესთანაა დაკავშირებული და იგი მომხმარებლის (პაციენტის) გადახდისუნარიანობაზე ნაკლებად უნდა იყოს დამოკიდებული. თვით აშშ-შიც კი, სადაც ჯანდაცვა უპირატესად ფასიანია, გადაუდებელი სამედიცინო დაავადებების შემთხვევაში ავადმყოფები, რომელთაც არ აქვთ დაზღვევა, მაინც ღებულობენ უფასო სამედიცინო დახმარებას¹. ეს, ბუნებრივია არღვევს საბაზრო ფასწარმოქმნის მექანიზმს: ასეთი ავადმყოფების მკურნალობის ხარჯები ექიმებს გადააქვთ იმ ავადმყოფებზე, რომელთაც შეუძლიათ გადაიხადონ მკურნალობის საფასური.

რესურსების განაწილების საბაზრო მექანიზმის კორექციის აუცილებლობა განპირობებულია იმ გარემოებითაც, რომ სამედიცინო დახმარების მოთხოვნა უფრო მეტია მოსახლეობის ღარიბ ფენებში.

ნებისმიერ საზოგადოებაში არსებობენ მდიდრები, საშუალო ფენის წარმომადგენლები და ღარიბები. არათანაბარია არამარტო სოციალური არამედ ჯანმრთელობის მდგომარეობაც. მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებზე დაავადებთან დაკავშირებული ფინანსური რისკი არათანაბრადაა განაწილებული. მკვლევარების აზრით, სამედიცინო დახმარებაზე დაბალშემოსავლიან პირების გაზრდილი მოთხოვნილება განპირობებულია მათი არაღამაკმაყოფილებელი საყოფაცხოვრებო და სამუშაო პირობებით, რაც უარყოფითად მოქმედებს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ემპირიულად დამტკიცებულია უკუკავშირი პირად შემოსავალსა და სამედიცინო დახმარების მოთხოვნას შორის¹. ასე მაგალითად, ექსპერტთა აზრით, დიდ ბრიტანეთში ავადობის შემთხვევათა 37 % ღარიბ მოსახლეობაზე (მთელი მოსახლეობის 10 %) მოდის, რომელზეც ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრების 50 % იხარჯება (Wagstaff et al., 1989). განვითარებად ქვეყნებში, სადაც შემოსავლები დაბალია, ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების 60 % მოსახლეობის 10 %-ზე ნაწილდება, ხოლო ხარჯების დაახლოებით 20-25 % მოსახლეობის მხოლოდ 1 %-ზე მოდის¹.

ცნობილია, რომ მძიმე დაავადება და მკურნალობაზე გასაწევი ხარჯები მრავალი ადამიანის სიღარიბის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზი შეიძლება გახდეს. ჩატარებული კვლევების მიხედვით, ჩინეთის იმ სოფლებში, სადაც ღარიბი მოსახლეობა ცხოვრობს, მძიმე დაავადებების მკურნალობამ მათი ოჯახების გაღარიბება გამოიწვია. 1993 წ. ოჯახების 30 %, რომლებმაც მკურნალობის ხარჯები თვითონ გასწიეს, იძულებული გახდნენ თავიანთი საკუთრება გაეყიდათ, ან კრედიტები აეღოთ (Y.L. Liu and W.C. Hsiao, 1995).

აღნიშნული ფაქტორების აღმოსაფხვრელად ჯანდაცვის სისტემა სამართლიანობის და თანაბარი ხელმისაწვდომობის პრინციპებზე უნდა იყოს დაფუძნებული (Margaret Whitehead, Goran Dahlgren):

† ჯანდაცვის მომსახურება არ უნდა იყოს ორიენტირებული მხოლოდ მოგებისკენ;

† სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა პაციენტის არა გადახდისუნარიანობის არამედ მოთხოვნის მიხედვით;

† ჯანდაცვის მაღალხარისხიანი სტანდარტებით მოსახლეობის ყველა ფენის თანაბრად უზრუნველყოფა მიუხედავად სოციალური, ეთნიკური, სქესობრივი და ასაკობრივი განსხვავებისა;

† საჭიროა ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი ფასეულობების, სამართლიანობის საკითხების იდენტიფიცირება, მის შესრულებაზე კონტროლის უზრუნველყოფა.

ჯანდაცვაში თანაბარი ხელმისაწვდომობის მიღწევის მთავარ პრინციპს წარმოადგენს საზოგადოებრივი სოლიდარობა: მდიდარი იხდის ღარიბზე, ჯანმრთელი – ავადმყოფზე, ახალგაზრდა – მოხუცზე. სოლიდარობის პრინციპის განხორციელებაში სახელმწიფოს უმნიშვნელოვანესი როლი უჭირავს.

6.10. სამედიცინო ბაზრის ნაკლოვანებებზე ზემოქმედება

ნეოლიბერალური მიმართულების ეკონომისტები თვლიან, რომ ჯანდაცვის სისტემის წინაშე მდგარი პრობლემების გადაწყვეტის ყველაზე ოპტიმალურ საშუალებას წარმოადგენს ბაზარი. ასეთი მოსაზრება დაფუძნებულია თავისუფალი კონკურენციის პრინციპზე. აქვე არსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის ბაზრის სპეციფიკური თავისებურებებ ზღუდავენ საბაზრო მექანიზმების შესაძლებლობებს ჯანდაცვის სფეროში.

ინფორმაციული ასიმეტრია მომხმარებლის არარაციონალური ქცევის შესაძლებლობასთან ერთად ზრდის ხარჯვითი მექანიზმის ფორმირებას ჯანდაცვაში. სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებს საბაზრო გარემოში რესურსების რაციონალური გამოყენებისათვის საკმარისი შეზღუდვის მექანიზმები არ გააჩნიათ. არსებული სიმძლავრეების (საწოლთა ფონდი, სამედიცინო მოწყობილობა და ა.შ.) დატვირთვის უზრუნველყოფის მიზნით მათ შეუძლიათ გაზარდონ მომსახურების მოცულობა და შესაბამისად გაზარდონ საკუთარი შემოსავალი. ამ პროცესების მართვის გარეშე გაიზრდება ძვირადღირებული სამედიცინო მომსახურების სახეების ხვედრითი წილი და მკურნალობის შემთხვევაზე საერთო დანახარჯები. შემცირდება დაავადებათა პროფილაქტიკის დაინტერესება და შედარებით მარტივი, მაგრამ ეფექტური სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენება.

სამედიცინო ბაზრის სპეციფიკა განსაზღვრავს იმ მოქმედებებს შორის წინააღმდეგობების შესაძლებლობას, რომლებიც მიმართულია ლოკალური და სტრუქტურული ეფექტურობის გასაზრდელად. ლოკალური (შიდა) ეფექტურობა ახასიათებს კონკრეტულ სამედიცინო ორგანიზაციაში რესურსების გამოყენების შედეგებს. სტრუქტურული ეფექტურობა ახასიათებს საერთოდ ჯანდაცვის სისტემაში რესურსების გამოყენების შედეგებს. ცნობილმა ამერიკელმა ეკონომისტმა პიტერ დრუკერმა ამ ორ ცნებას შორის განსხვავება განსაზღვრა შემდეგი სახით: “ლოკალური ეფექტურობა – ეს არის საგნების საჭირო მეთოდებით კეთების უნარი. სტრუქტურული ეფექტურობა – ეს არის უნარი აკეთო საჭირო საგნები”.

იმ პირობებში, როდესაც, მომსახურების მოცულობაზე და შემადგენლობაზე გადაწყვეტილებას იღებენ თვითონ მიმწოდებლები, კონკრეტულ მომსახურებაზე ექიმთა საქმიანობის ანაზღაურება განაპირობებს მომსახურების მოცულობის გაზრდას დახარჯული რესურსების ერთეულზე გაანგარიშებით. იზრდება სამედიცინო ორგანიზაციების ფუნქციონირების ლოკალური ეფექტურობა. რაც შეეხება სტრუქტურულ ეფექტურობას, საბაზრო მექანიზმები არ უზრუნველყოფენ მის ავტომატურ გაზრდას. მომსახურების მოცულობის გაზრდით კონკრეტული

ექიმის დაინტერესება ყოველთვის არ განაპირობებს მთლიანობაში სისტემის მუშაობის საბოლოო შედეგების ამაღლებას. მაგალითად, როდესაც სტაციონარი ზრდის ისეთი შემთხვევების მოცულობას, რომლებიც არ საჭიროებენ სტაციონარულ მკურნალობას, და ამით ხორციელდება სიმძლავრეების დატვირთვა, წარმოიშობა საავადმყოფოს და საერთოდ სისტემის ინტერესებს შორის წინააღმდეგობა: იზრდება სტაციონარის მუშაობის შიდა ეფექტურობა, მაგრამ ამასთანავე, რესურსების განაწილება სულ უფრო ხარჯვიანი ხდება, ძლიერდება სტრუქტურული დისპროპორციები.

ამგვარად, **პაციენტის არასაკმარისი ინფორმირებულობა და ექიმების განსაკუთრებული როლი სამედიცინო მომსახურების მოცულობისა და სტრუქტურის განსაზღვრაში, ჯანდაცვის სექტორში სტრუქტურულ დისპროპორციებს განაპირობებს.** მეურნეობის სხვა დარგებისგან განსხვავებით, ჯანდაცვაში რესურსების განაწილების საბაზრო მექანიზმი არ იძლევა სისტემაში რესურსების ეფექტური გამოყენების გარანტიას.

სტრუქტურული ეფექტურობის გასაზრდელად აუცილებელია მოსახლეობაზე გასაწევი სამედიცინო მომსახურების მოცულობისა და სტრუქტურის მიზანმიმართული მართვის უზრუნველყოფა. ფართო გაგებით მართვის სუბიექტს შეიძლება წარმოადგენდეს დამფინანსებელი მხარე, ანუ ორგანიზაცია, რომელიც ახორციელებს სამედიცინო მომსახურების მოცულობის შეკვეთას და ამ მოცულობის ანაზღაურებას.

დამფინანსებელი მხარის მიერ გადასაწყვეტ პრობლემებს წარმოადგენენ:

† როგორ განხორციელდეს პირველად სამედიცინო დახმარების სამსახურს, ამბულატორიული რგოლის სპეციალისტებს, პარაკლინიკურ სამსახურსა და სტაციონარულ დახმარებას შორის ოპტიმალური შეფარდების უზრუნველყოფა;

† როგორ განხორციელდეს ცალკეული რგოლების საქმიანობაში კოორდინაციის და უწყვეტობის უზრუნველყოფა;

† როგორ განხორციელდეს მკურნალობის ეკონომიკურად ყველაზე რაციონალური მეთოდის არჩევა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გათვალისწინებით;

† როგორ განხორციელდეს მოსახლეობის ცხოვრების ჯანსაღი წესით ინტერესის სტიმულირება და პაციენტების ქცევის ოპტიმიზაცია;

დამფინანსებელმა მხარემ უნდა განახორციელოს ის რაც არ შეუძლია გააკეთოს ცალკეულმა პაციენტმა არასაკმარისი ინფორმირებულობის და ექიმებზე ზემოქმედების სუსტი შესაძლებლობის გამო, - სამედიცინო დახმარების დაგეგმვა, მის ცალკეულ სახეებს შორის ოპტიმალური თანაფარდობის უზრუნველყოფა, ექიმთა დაინტერესება რესურსების რაციონალური გამოყენებით.

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომი და თანაბარი მიღებისათვის აუცილებელია სახელმწიფო რეგულირების სპეციფიური ფორმების გამოყენება, რომლებიც ამ საერთოდ არარსებობენ საბაზრო ეკონომიკის სხვა დარგებში, ან მნიშვნელოვნად მცირედაა გამოხატული.

უპირველესად, სახელმწიფო თავის თავზე იღებს მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების მნიშვნელოვანი ნაწილის დაფინანსებას. ამისათვის გამოიყენებენ შემოსავლების გადანაწილების მექანიზმებს – ჯანდაცვის საჭიროებისათვის საერთო გადასახადების და მიზნობრივი გადასახადების საფუძველზე. გარდა ამისა სახელმწიფო თავის თავზე იღებს სამედიცინო მომსახურების გარკვეული ნაწილის პირდაპირ გაწევას – არამართო იმ სახეების, რომლებიც “საზოგადოებრივი საქონლის” თვისებებს ატარებენ, არამედ მომსახურების იმ სახეებისაც, რომელთა მოხმარება ინდივიდუალურ ხასიათს ატარებს.

ჯანდაცვაში საბაზრო მექანიზმები მოქმედება შეზღუდულია, ამიტომ ჯანდაცვაში საბაზრო პრინციპების სირთულეების გადასალახად მიზანშეწონილია სახელმწიფო რეგულაცია (Hsiao, 1995). სახელმწიფო ამა თუ იმ ფორმით ახდენს ჯანდაცვის სექტორში ფასების რეგულირებას,

პაციენტთა დასაცავად ადგენს სამედიცინო მომსახურების სტანდარტებს, ახდენს სამედიცინო ორგანიზაციების ლიცენზირებას, გეგმავს შრომით და მატერიალურ რესურსებს და ახორციელებს სხვა მრავალ მარეგულირებელ ფუნქციებს. ამ ფუნქციათა უმრავლესობა განისაზღვრება სახელმწიფოს დაინტერესებით, მოახდინოს ბაზრის “ნაკლოვანებების” ნეიტრალიზება.

ცხრილი 2: სამედიცინო ბაზრის ნაკლოვანებებზე ზემოქმედება

ნაკლოვანებებზე ზემოქმედების მიზეზი	სამედიცინო ბაზრის თავისებურებები	ზემოქმედების შესაბამისი სახე
რისკისგან დაზღვევა	<ul style="list-style-type: none"> † არავინ იცის როდის გახდება აუად † ჯანდაცვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა † სამედიცინო დახმარების ბევრი სახე ძვირადღირებულია 	<ul style="list-style-type: none"> † სახელმწიფო დაფინანსება, სოციალური დაზღვევა † კერძო დაზღვევის რეგულირება ხელმისაწვდომობის გათვალისწინებით
სამედიცინო დახმარების განსაკუთრებულ სახეებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა	<ul style="list-style-type: none"> † სოციალური დიფერენციაცია † სიღარიბესა და აუადობას შორის კორელაციის არსებობა დადებითი გარეგანი ეფექტი 	<ul style="list-style-type: none"> † სახელმწიფო დაფინანსება † ძირითადი პაკეტის სუბსიდირება † საგადასახადო სისტემის საშუალებით დაფინანსება
სამედიცინო დახმარების განსაკუთრებულ სახეებზე მოხმარების გაზრდა მთელი მოსახლეობის საკეთილდღეოდ	<ul style="list-style-type: none"> † საზოგადოებრივი საქონლის არსებობა † დადებითი და უარყოფითი გარეგანი ეფექტი † ჯანდაცვა როგორც მთავარი უფლება 	<ul style="list-style-type: none"> † სახელმწიფო დაფინანსება † საზოგადოებრივი საქონლის უფასო მოხმარება † ჯანმრთელობის ამაღლება
სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებს შორის კონკურენციის გაძლიერება	<ul style="list-style-type: none"> † ჯანდაცვაში რესურსები შეზღუდულია, ხოლო საჭიროება შეუზღუდავი † სამედიცინო დახმარების ხარისხისა და ეფექტურობის გაზრდის საჭიროება † მიმწოდებლების შეზღუდული რაოდენობა 	<ul style="list-style-type: none"> † მიმწოდებლებს შორის კონკურენციის გაძლიერება † მიმწოდებლებს შორის ინფორმირებულობის გაზრდა † პრევატიზაცია და შინაგანი ბაზრის განვითარება
დანახარჯებზე კონტროლი	<ul style="list-style-type: none"> † აგენტური ურთიერთობა † ინფორმაციის ასიმეტრია † ხარჯების ზრდის ტენდენცია 	<ul style="list-style-type: none"> † დანახარჯებზე კონტროლის ხელშეწყობა † პროფესიული თვითრეგულაციის ამაღლება

ცხრილი 3: საბაზრო სირთულეები ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებაში

საბაზრო სირთულეები	შედეგები	სირთულეების გამოსწორების გზები	ემპირიული შედეგები
ნეგატიური შერჩევა	რისკების არასაკმარისი პულინგი, სადაზღვევო ბაზრის არარსებობა, არასაკმარისი მოცვა მოსახლეობის	მოსახლეობაში დაზღვევის პროპაგანდა	არაეფექტური გზა
		სუბსიდიები საგადასახადო შეღავათების ფორმით	არაეფექტური გზა
		საგადასახადო საყოველთაო დაზღვევა	ეფექტური გზა
		მთელი სიცოცხლის დაზღვევა	ეფექტური გზა
რისკების შერჩევა	დაავადებულებისთვის, ინვალიდებისთვის, ღარიბებისთვის და მოხუცებისთვის დაზღვევის არარსებობა	პრეტენდენტების ღია მიღება	ზომიერად ეფექტური გზა
		საზოგადო რისკების დათვლა	ზომიერად ეფექტური გზა
		პრემიები, კორექტირებული ცალკეულ ინდივიდების რისკებთან	ტექნიკურად განუხორციელებელი გზა
მონოპოლია ან სადაზღვევო კარტელი	ღიმი მოგება, დაზღვევის პროდუქტების დაბალი ხარისხი	ანტიმონოპოლური კანონი	ეფექტური გზა
მორალური რისკი	მომსახურების უსაზღვრო გამოყენება ავადმყოფების მიერ	ფრანშიზა, ანუ ერთობლივი დაზღვევა	ზომიერად ეფექტური გზა
		მეკარიბჭეობის როლი	ავადმყოფების უკმაყოფილება
		რიგში ჩადგომა	ავადმყოფების უკმაყოფილება

წყარო: Hsiao (1995)

საკონტროლო კითხვები და ამოცანები

1. რას გულისხმობს აგენტური ურთიერთობა სამედიცინო ბაზარზე?
2. რას გულისხმობს ინფორმაციის ასიმეტრია?
3. რას გულისხმობს აგენტური ურთიერთობა სამედიცინო ბაზარზე?
4. ახსენით რისკები და მომხმარებლური მოლოდინების განუსაზღვრელობა
5. განმარტეთ მორალური საფრთხე და ექიმის სტიმული
6. განმარტეთ მორალური საფრთხე და პაციენტის სტიმული.
7. რას ნიშნავს გარეგანი ეფექტი?
8. რას ნიშნავს დადებითი გარეგანი ეფექტი?
9. რას ნიშნავს უარყოფითი გარეგანი ეფექტი?
10. რა ნიშნებით განსხვავდება საზოგადოებრივი სიკეთე ინდივიდუალური საქონლისაგან?
11. რაში მდგომარეობს გარეგანი ეფექტი?
12. ახსენით რისკები და მომხმარებლური მოლოდინების განუსაზღვრელობა
13. ჩამოაყალიბეთ სამედიცინო ბაზრის რეგულირების ზოგიერთი მექანიზმი

ლიტერატურა

1. Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.
2. Winnie Yip, William C. Hsiao, The Chinese Health System At A Crossroads, Health Affairs- Volume 27, Number 2, March/April 2008.
3. Шейман И.М. Экономика Здравоохранения, Москва, ТЕИС, 2001.
4. Liu X., Mills A., “Evaluating Payment Mechanisms: How Can We Measure Unnecessary Care?” *Health Policy and Planning* 14, no. 4 (1999): 409–413.
5. Zhou R., “Responsible Utilization of Antibiotics Should Be a Societal Responsibility,” Sanmenxia Central Hospital, Paper no. 223, (in Chinese, accessed 15 January 2008)
6. ხუნდაძე თ., ჩინეთის ჯანდაცვის სისტემა, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, რეფერატი, 2008 წ.
7. ო. გერზმაჟა, ო. ვასაძე, დ. ვესტი. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი, თბილისი 2003 წ.
8. Witter S. and Ensor T. Health economics for Developing Countries. The University of York, Centre for Health Economics International Programme. Macmillan, 2000.
9. თ. ჯინჯოლაჟა. საქართველოს ჯანდაცვის რეორგანიზაციის კონცეფციის ეკონომიკური საფუძვლები. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო. 1994 წ.

პარი II

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, **ჯანდაცვის დაფინანსება წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციას რომელიც კონცენტრირებულია თანხების მობილიზაციაზე, გაერთიანებაზე და განაწილებაზე მოსახლეობის ჯანდაცვის საჭიროებების მოცვის მიზნით, ინდივიდუალურად და კოლექტიურად.**

დაფინანსების ეფექტური მექანიზმების გარეშე შეუძლებელია ჯანდაცვის სრულყოფილი სისტემის შექმნა. ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკა და სახელმწიფოს პოლიტიკა ჯანდაცვის სფეროში – წარმოადგენს ერთი მონეტის ორ მხარეს.

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების პოლიტიკის შემუშავება, ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის შერჩევა ზეგავლენას ახდენს მოსახლეობის მიერ გაწეული ჯანდაცვის ხარჯების განაწილების სამართლიანობაზე. იგი პასუხობს კითხვაზე: თუ რამდენად შეუძლიათ მდიდრებს და ჯანმრთელებს ღირებების და ავადმყოფების დაფინანსება?

სამართლიანობისა და ფინანსური რისკებისგან დასაცავად აუცილებელია წინასწარგადახდის მაღალი დონის არსებობა; რისკი უნდა გადანაწილდეს (ჯვარედინი სუბსიდირების გზით ჯანმრთელობის მხრივ მოსახლეობის დაბალრისკიანი ჯგუფებიდან მაღალრისკიანი ჯგუფებზე); აუცილებელია ღირებულების სუბსიდირება (ჯვარედინი სუბსიდირების გზით მოსახლეობის მაღალშემოსავლიანი ჯგუფებიდან დაბალშემოსავლიან ჯგუფებზე); ჯანდაცვის სისტემის საქმიანობის მაჩვენებლების გაუმჯობესების მიზნით თავიდან უნდა იქნეს აცილებული პულების ან ფონდების ფრაგმენტაცია და უნდა არსებობდეს სტრატეგიული შესყიდვების სისტემა.

დაფინანსების ახალი პრინციპების დანერგვა მნიშვნელოვნად ზემოქმედებს როგორც პაციენტის, ასევე სამედიცინო პერსონალის ქცევის მოტივაციაზე. დაფინანსების ახალი მექანიზმების დანერგვამ შეიძლება ჯანდაცვის მთელი სისტემის გარდაქმნა განაპირობოს, მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფებისათვის შეამსუბუქოს, ან გააძნელოს სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა.

თავი VII

ჯანდაცვის დაფინანსების ასპექტები

7.1. ფილოსოფიური ასპექტი

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ორი ფილოსოფიური მიდგომა არსებობს: ეგალიტარისტული და უტილიტარისტული.

ეგალიტარისტების თვალსაზრისით, ყოველ მოქალაქეს თავისი განსაზღვრული უფლებები გააჩნია. ჯანმრთელობის დაცვა ადამიანის კეთილდღეობის განუყოფელ ნაწილს წარმოადგენს. სწავლისა და მუშაობის შესაძლებლობა დამოკიდებულია ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. **სამართლიან და თანასწორუფლებიან საზოგადოებაში მაღალხარისხიანი სამედიცინო დახმარება ყოველი მოქალაქისათვის უნდა იყოს თანაბრად ხელმისაწვდომი.** ეგალიტარიზმის თეორიის მიხედვით, სახელმწიფოს უმნიშვნელოვანესი როლი ეკისრება საზოგადოების თითოეული წევრის ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველსაყოფად საჭირო რესურსების მოზიდვის ეფექტური მექანიზმების შესაქმნელად.

უტილიტარიზმის თეორიის მიხედვით, მოქალაქეებს არ აქვთ საკუთარი ჯანმრთელობის დაცვის უპირობო უფლება. ამ ფილოსოფიის მიმდევრები ჯანდაცვას განიხილავენ მისი როლის თვალსაზრისით მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების საქმეში (Grossman, 1972), აგრეთვე იმ პოზიციებიდან, თუ როგორ ზემოქმედებს ერის ჯანმრთელობა ქვეყნის საერთო კეთილდღეობაზე. მათი აზრით, **ჯანმრთელობა წარმოადგენს სოციალურ კეთილდღეობას, რომელიც უნდა განიხილებოდეს ადამიანის მოთხოვნების და არა უფლებების კონტექსტში, ამიტომ რესურსების განაწილებისათვის აუცილებელია პრიორიტეტების დადგენა.** სახელმწიფო ვალდებულია უზრუნველყოს ჯანდაცვის დაფინანსება იმ ზომით, რაც აუცილებელია შრომის ნაყოფიერების ეფექტურობის გაზრდისათვის, რადგანაც მოსახლეობის შრომის ნაყოფიერება დამოკიდებულია მის ჯანმრთელობაზე. საწარმოში დასაქმებული პერსონალის ჯანმრთელობის არასახარბიელო მდგომარეობა ამცირებს შრომის ნაყოფიერებას, რაც უარყოფითად მოქმედებს მოსახლეობის საერთო კეთილდღეობაზე. უტილიტარისტების მიხედვით, სახელმწიფომ თავის თავზე უნდა აიღოს სამედიცინო დახმარების მხოლოდ იმ სახეთა დაფინანსება, რომლებიც მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების უფრო ეფექტურ შედეგებს გამოიწვევენ. ამასთან, მათი აზრით, სახელმწიფოს ამოცანას არ წარმოადგენს სამედიცინო დახმარების თანაბარი ხელმისაწვდომობა და ჯანდაცვაზე მთლიანი მოსახლეობის თანაბარი უფლებები.

უტილიტარიზმის თეორიის მიხედვით, ჯანდაცვა არ წარმოადგენს ქვეყნის პრიორიტეტულ დარგს, რადგანაც მეცნიერულად არ არის დასაბუთებული ის გარემოება, რომ სამედიცინო დახმარება წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების ძირითად ფაქტორს. მათ მიერ ჩატარებული მეცნიერული კვლევების მიხედვით, ჯანმრთელობაზე გავლენას ახდენენ შემდეგი გარემოებები: კვება, განათლება, შემოსავალი და ცხოვრების წესი, გარემო პირობები.

დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების ეკონომიკურად ეფექტურ საშუალებას წარმოადგენს ცხოვრების ჯანსაღი წესის დანერგვა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში მიმდინარე პროფილაქტიკური ღონისძიებები. საშუალოშემოსავლიან ქვეყნებში ეკონომიკურად ეფექტურ საშუალებას წარმოადგენს გარემოს დაბინძურების შემცირებისაკენ მიმართული პროგრამები.

7.2. პოლიტიკური ასპექტი

ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემას პოლიტიკური მნიშვნელობა აქვს. თუ ქვეყანაში არ არის ჩამოყალიბებული ჯანდაცვის შესაბამისი დაფინანსების სისტემა, მოსახლეობის სიღარიბის ძირითად მიზეზად შეიზლება გახდეს მძიმე ავადმყოფობა და მკურნალობაზე გაწეული დიდი ხარჯები.

მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში განუხრელად იზრდება ჯანდაცვის ხარჯები. ხარჯების შეკავება ჯანდაცვის სფეროში ეფექტური ფინანსური პოლიტიკის გატარებითაა შესაძლებელი. ასე მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში, შვეიცარია და კანადაში ჯანდაცვის ერთი წყაროდან დაფინანსების პრინციპის შემოღებამ მნიშვნელოვნად შეამცირა ჯანდაცვის ხარჯები. ა.შ.შ.-ში, სადაც დაფინანსების მრავალი წყარო არსებობს, ჯანდაცვის ხარჯების შეკავება დიდ სირთულეს წარმოადგენს.

სწორი ფინანსური პოლიტიკის არარსებობისას ჯანდაცვის ხარჯები შეიძლება მძიმე ტვირთად დააწევს სახელმწიფოს ბიუჯეტს. ამის მაგალითს წარმოადგენს ა.შ.შ.-ის და სამხრეთ აფრიკის ქვეყნების გამოცდილება, სადაც არაეფექტური ფინანსური პოლიტიკის გამო, კერძო სადაზღვევო კომპანიებმა დააზღვიეს მოსახლეობის უფრო ჯანმრთელი და შეძლებული ნაწილი, ხოლო

უმუშევრები, ხანდაზმულები და ქრონიკული ავადმყოფები ჯანმრთელობის დაზღვევის გარეშე დარჩნენ. მოსახლეობის მოთხოვნისა და პოლიტიკური ზეწოლის სედეგად ა.შ.შ.-ის მთავრობამ თავისთავზე აიღო ხანდაზმულთა, უმწეოთა და ინვალიდთა სამედიცინო დახმარების დაფინანსება. ამავე დროს, აღსანიშნავია, რომ კერძო სადაზღვევო კომპანიებში დაზღვეული შედარებით ჯანმრთელი და შეძლებული პირები უარყოფით დამოკიდებულებას გამოხატავენ მაღალი გადასახადების გამო და ნეგატიურად აღიქვამენ ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკაში სახელმწიფოს მხრიდან აქტიურ მონაწილეობას. პრეზიდენტი კლინტონი დიდ წინააღმდეგობას წააწყდა, როდესაც დააპირა მოსახლეობის იმ 15 %-ის სახელმწიფო დაზღვევა, რომლებიც დაზღვევის გარეშე იყვნენ დარჩენილნი.

ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკა განსაზღვრავს თუ რამდენად ხელმისაწვდომია სამედიცინო დახმარების ძირითადი სახეები ქვეყნის მთელი მოსახლეობისათვის, აგრეთვე სამედიცინო დახმარების რა სახეები უნდა დაფინანსდეს.

7.3. მაკროეკონომიკური ასპექტი

უკანასკნელ წლებში მსოფლიოში მიმდინარე ეკონომიკურმა, დემოგრაფიულმა, ეპიდემიოლოგიურმა, სოციალურ-კულტურულმა და პოლიტიკურმა ცვლილებებმა მნიშვნელოვანი გავლენა მოახდინეს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემაზე.

7.3.1. ეკონომიკური ცვლილებები

გასული საუკუნის მეორე ნახევარში ნაუთობზე ფასის მომატებამ დასაბამი მისცა 70-იანი წლების ბოლოს და 80-იანი წლების დასაწყისში განვითარებულ ეკონომიკურ კრიზისს, რომელმაც მრავალ ქვეყანაში და განსაკუთრებით განვითარებად ქვეყნებში მრეწველობის დაცემა გამოიწვია. სტაბილიზაციის მისაღწევად ქვეყნები იძულებული გახდნენ განეხორციელებინათ ეკონომიკის რეფორმირება. გატარდა სახელმწიფო ხარჯების შემცირება, რამაც უმუშევრობის ზრდა და ხელფასის შემცირება გამოიწვია.

90-იანი წლების დასასრულს მსოფლიო ეკონომიკა რადიკალურად განსხვავდებოდა 80-იანი წლებისაგან. ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპაში განვითარებულმა პოლიტიკურმა და ეკონომიკურმა რეფორმებმა ადრე არსებული ცენტრალიზებული და გეგმიური ეკონომიკური სისტემების სერიოზული სტრუქტურული გარდაქმნები გამოიწვია.

ცხრილი 1: მშპ-ის საშუალო წლიური ზრდა ერთ სულ მოსახლეზე პროცენტებში (1980-1990 წწ.)

რეგიონი	მშპ-ის საშ. წლიური ზრდა
ქვესაჰარის აფრიკა	- 1.3
აღმ. აზია და წყნარი ოკეანის ქვეყნები	6.2
სამხრეთ აზია	3.2
ევროპა	1.4
ლათინური ამერიკა	- 0.4
ახლო აღმოსავლეთი და ჩრდ. აფრიკა	- 2.5

წყარო: The World Bank Development Report, 1993.

აქვე აღსანიშნავია, რომ რეალური შემოსავლების ზრდამ მნიშვნელოვნად გაზარდა სამედიცინო მომსახურების მიღების სურვილი. თუ ძველ დროში არტერიული წნევის აწევას ან თავის ტკივილზე მოსახლეობა იშვიათად მიმართავდა ექიმს, დღეისათვის ისინი ნაკლებად თუ ითმენენ უექიმოდ. ოსტეოართროზის ეფექტური ოპერაციული მკურნალობა არცთუ დიდი ხანია შემოვიდა მედიცინაში. შემოსავლების ზრდის გამო ადამიანები უკვე აღარ კმაყოფილდებიან კონსერვატიული მკურნალობით და ძვირადღირებულ ოპერაციულ მკურნალობას ანიჭებენ უპირატესობას.

7.3.2. დემოგრაფიული ცვლილებები

XX საუკუნის დასასრულს მსოფლიოს მოსახლეობამ 6 მილიარდს მიაღწია, რაც ორჯერ აღემატება 50 წლის წინათ არსებულ მონაცემებს: 1950 წელს იგი 2,5 მილიარდს შეადგენდა. მეცნიერთა აზრით, 2050 წლისათვის მსოფლიოს მოსახლეობა 9 მილიარდს მიაღწევს.

საზოგადოების განვითარებასთან ერთად იცვლება მოსახლეობის ასაკობრივი სტრუქტურა. მთელ მსოფლიოში იზრდება ხანდაზმულთა წილი მსოფლიო მოსახლეობაში. მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნებში დემოგრაფიული დაბერება არაერთდროულად დაიწყო. მან პირველად თავი იჩინა ევროპაში, კერძოდ საფრანგეთში (1870-იანი წლებიდან), შემდეგ შვედეთში (1901 წლიდან), დიდ ბრიტანეთში (1930-იანი წლებიდან), გერმანიაში (1937 წლიდან).

1900 წლისათვის მთელ მსოფლიოში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენდა 31 წელს, ხოლო მდიდარ ქვეყნებში – 50 წელზე ნაკლებს¹¹. XX საუკუნის შუა პერიოდში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 48 წლამდე გაიზარდა. 2005 წლისათვის მთელ მსოფლიოში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობამ შეადგინა 65,5 წელი, ხოლო ზოგიერთ ქვეყანაში – 80 წელი¹¹. მეცნიერთა აზრით, 2030 წლისათვის ზოგიერთ ქვეყნებში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 85 წელს მიაღწევს.

ცხრილი 2: სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა კაცობრიობის ისტორიის სხვადასხვა პერიოდში

	კაცობრიობის ისტორიის პერიოდი	სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა
1	ნეანდერტალელი	20
2	ხემო პალეოლითი	33
3	ნეოლითი	20
4	ბრინჯაოს ხანა	18
5	კლასიკური საბერძნეთი	20-30
6	რომაული პერიოდი	20-30
7	შუა საუკუნეები	20-30
8	XX ს-ის დასაწყისი	30-40
9	თანამედროვე ხანა	67

წყარო: The World FactBook, Central Intelligence Agency, <https://www.cia.gov/>.

ცხრილი 3: სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა მსოფლიო რეგიონების მიხედვით

რეგიონი	1970	2002	2004
სუბ-საჰარული აფრიკა	44	46	46
შუა აღმოსავლეთი და ჩრდილოეთ აფრიკა	51	67	69
სამხრეთ აზია	48	63	72
აღმოსავლეთ აზია და წყნარი ოკეანის რეგიონი	58	69	69
ლათინური ამერიკა და კარიბია	60	70	63
CEE/CIS და ბალტიის სახელმწიფოები	66	69	70
მაღალ-შემოსავლიანი ქვეყნები	72	78	79

წყარო: State of the World's Children, UNICEF 2004, WDI 2006

თუ 1950 წელს მსოფლიოში 60 წელს გადაცილებული 214 მლნ. ადამიანი ცხოვრობდა, 1995 წლისათვის მათი რაოდენობა 540 მილიონამდე გაიზარდა, რაც 2,5-ჯერ აღემატება 1950 წლის შესაბამის მაჩვენებელს. მკვლევართა აზრით, შემდეგი 25 წლის განმავლობაში 65 წლის და ზემოთ ასაკის მოსახლეობა საგარაუდოდ 88%-ით გაიზრდება და 2025 წლისათვის მათი რაოდენობა 830 მილიონს მიაღწევს¹². ამავ დროს, შრომისუნარიანი მოსახლეობის რაოდენობა გაიზრდება მხოლოდ 45%-ით¹²

ცხრილი 4: 65 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობა

	2000		2005		2005	
	(000)	%	(000)	%	(000)	%
მსოფლიო	421 351	6,9	475 719	7,4	832 151	10,5
აფრიკა	26 581	3,3	30 767	3,4	56 869	4,2
აზია	216 251	5,9	250 644	6,4	480 600	10,2
ევროპა	107 418	14,7	115 762	15,9	148 521	21,0
ლათინური ამერიკა და კარიბის აუზი	29 145	5,6	34 265	6,1	70 098	10,1
ჩრდილოეთ ამერიკა	38 960	12,4	40 961	12,4	70 009	18,0
ოკეანია	2 998	9,7	3 319	10,0	6 054	14,8

წყარო: UN statistical data base

ამჟამად მსოფლიო მოსახლეობის საშუალო ასაკი დაახლოებით 28 წელია. 2000 წლისათვის განვითარებულ ქვეყნებში საშუალო ასაკმა 37 წელს მიაღწია, რაც 8 წლით აღემატება 1960 წლის მაჩვენებელს. განვითარებად ქვეყნებში საშუალო ასაკი 1975 წელთან შედარებით 5 წლით გაიზარდა და 24 წელს მიაღწია. მომავალში საშუალო ასაკი კიდევ უფრო გაიზრდება და 2030 წლისათვის მსოფლიოში დაახლოებით 35 წელს მიაღწევს.

განვითარებად ქვეყნებში არსებული მაღალი შობადობისა და სიცოცხლის დაბალი ხანგრძლივობის გამო აქვს მოსახლეობის გაახალგაზრდავებას. ასეთ ქვეყნებში მოსახლეობის საერთო რაოდენობაში ბავშვთა წილი გაცილებით მაღალია და 40-50 %-ს აღწევს, ხოლო 65 წლისა და უფროსი ასაკის მოსახლეობის ხვედრითი წილი 5 %-ს არ აღემატება. ეს მაჩვენებელი კიდევ უფრო დაბალია აფრიკისა და აზიის ქვეყნებში. მაგალითად, იგი დასავლეთ, აღმოსავლეთ და ცენტრალურ აფრიკაში მხოლოდ 3 %-ს შეადგენს, ცენტრალურ ამერიკაში, სამხრეთ-ცენტრალურ აზიასა და სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში – 4 %-ს.

ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში შეინიშნება შობადობის დაბალი დონე (“დაბერება ქვემოდან”), შედარებით დაბალი სიკვდილიანობა და სიცოცხლის მაღალი ხანგრძლივობა (“დაბერება ზემოდან”), რაც მოსახლეობის დაბერებას განაპირობებს. განვითარებულ ქვეყნებში 60 წელზე უფროსი ადამიანთა წილი 15 %-ს შეადგენს, ხოლო განვითარებად ქვეყნებში 6 %-ს.

მოსახლეობის დაბერების პროცესი საქართველოსაც შეეხო. განვითარებული ქვეყნებისაგან განსხვავებით, მოსახლეობის დემოგრაფიული დაბერება საქართველოში ძირითადად მიმდინარეობს “ქვემოდან ზევით”, ანუ შობადობის შემცირების ხარჯზე. 1926-2000 წლებში 60 წელზე უფროსი ასაკის მოსახლეობა 8,7 %-დან 18,8 %-მდე გაიზარდა, ხოლო 15 წლამდე ასაკის მოსახლეობა 40,8 %-დან 20,4 %-მდე შემცირდა.

მოსახლეობის დაბერება მასთან დაკავშირებული მრავალი სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემების გამო არაეფექტურ პროცესს წარმოადგენს. შრომის ასაკს გადაცილებულთა რაოდენობის გაზრდით მნიშვნელოვნად მცირდება შრომისუნარიანი ასაკის მოსახლეობის ხვედრითი წილი. არაშრომისუნარიანთა რაოდენობის ზრდა შრომისუნარიანთა სოციალურ-დემოგრაფიულ დატვირთვაზე ზემოქმედებს. 1980 წლის მონაცემებით, ყოველი 100 შრომისუნარიანის კმაყოფაზე იმყოფებოდა 75 არაშრომისუნარიანი. 1996 წელს იგივე მაჩვენებელი 80-მდე გაიზარდა.

ცხრილი 5: დასაქმების სამსახურებში რეგისტრირებული უმუშევრების რიცხვნობის განაწილება ასაკის მიხედვით (საქართველო, 1991-1998 წწ.)

	1991	1995	1996	1997	1998
უმუშევარი – სულ	5500	64120	49170	118169	83537
მათ შორის: 16-29 წლ.	673	4554	1782	18187	31901
30-49 წლ.	3895	46157	33840	86854	31913
50 +	932	13409	13548	13128	19723

წყარო: საქართველოს სტატისტიკური წელიწადწლეული, 2000, საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი, თბილისი, 2000 წ. გვ. 56.

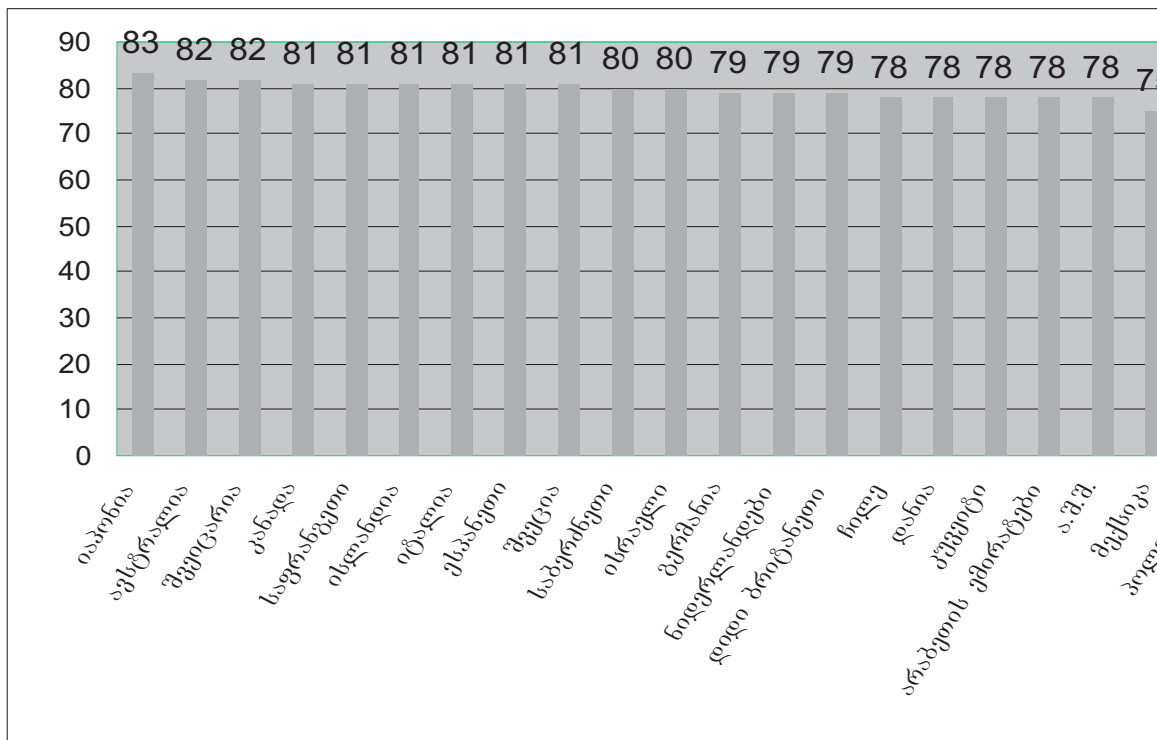
მოსახლეობის დაბერება მნიშვნელოვნად ზრდის სახელმწიფო დანახარჯებს. აღსანიშნავია, რომ ექსპერტთა აზრით, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის მატების შედეგად XXI საუკუნეში სოციალური ხარჯები რიგ განვითარებულ ქვეყნებში მთლიანი შიდა პროდუქტის 14-20 %-მდე გაიზარდება.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია ის გარემოება, რომ დემოგრაფიული დაბერება მნიშვნელოვნად ზრდის ავადობის მაჩვენებელს, რაც თავის მხრივ, ზრდის სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნას და შესაბამისად ჯანდაცვის ხარჯებს. ცხადია, მოხუცი ადამიანები სხვა ასაკის ადამიანებთან შედარებით უფრო მეტ სამედიცინო მომსახურებას საჭიროებენ. ასე მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში 1998/1999 წლების მონაცემებით 65 წელზე უფროსი ასაკის პირების სამედიცინო მომსახურებაზე დახარჯული თანხები ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 39 %-ს შეადგენდა, მაშინ როდესაც მათი რაოდენობა ქვეყნის მთლიანი მოსახლეობის მხოლოდ 15,6 %-ია (9,3 მლნ)¹³. შედარებისათვის, 1948 წლისათვის 65 წელზე მეტი ასაკის პირთა რაოდენობა 10,7 %-ს (5,3 მლნ) შეადგენდა. მკვლევართა აზრით, 2031 წლისათვის 65 წელზე მეტი მოსახლეობის რაოდენობა დიდ ბრიტანეთში 23 %-ს მიაღწევს¹³.

აღნიშნულ მდგომარეობას კიდევ უფრო ართულებს ისეთი ახალი ტენდენცია, როგორცაა ქართული ოჯახისათვის დამახასიათებელი მრავალთაობიანი სტრუქტურის დაშლა. იზრდება ერთი ან ორთაობიანი ოჯახები, რის გამოც სახელმწიფო იძულებულია უფროსი ასაკის მართლზელა ადამიანებს ისეთი სახის სოციალური დახმარება გაუწიოს, რომელსაც წინათ, ძირითადად, მრავალთაობიანი ოჯახის წევრები ასრულებდნენ (ხანდაზმულთა მოვლა, კვება, პირველადი სამედიცინო დახმარების გაწევა და ა.შ.).

მოსახლეობის დაბერების პროცესის დაჩქარება ზოგიერთ ქვეყანაში მწვავე სოციალურ-პოლიტიკურ პრობლემად იქცა, რადგან სიბერესთან დაკავშირებულ დაავადებათა მკურნალობაზე დახარჯული თანხები პროგრესულად მატულობს. ბევრ ქვეყანაში ჩამოყალიბებულია ხანდაზმული ასაკის მოსახლეობის სოციალური და სამედიცინო მომსახურების ინფრასტრუქტურა მოხუცებულთა სახლების, პანსიონატების სახით, სადაც ხანდაზმულებს შეუძლიათ სიცოცხლის ბოლომდე დაჰყონ. ქრონიკული დაავადებების ზრდამ როგორც ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული მომსახურების სტრუქტურის ცვლილებები განაპირობა. გაიზარდა სარეაბილიტაციო სამედიცინო მომსახურების, ხანგრძლივი დაყოვნების სტაციონარების საჭიროება, რაც მნიშვნელოვნად ზრდის ჯანდაცვის ხარჯებს.

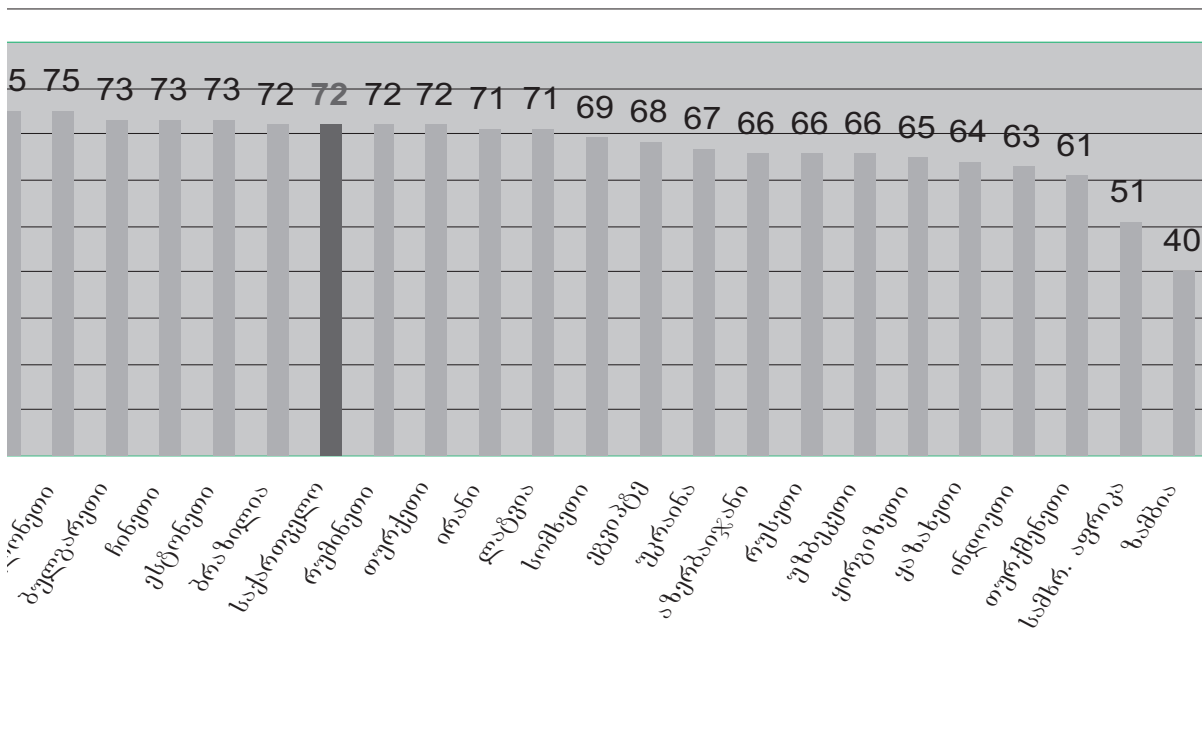
ნახაზი 1: სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნებში



წყარო: World Health Statistics 2007, WHO, 2008.

7.3.3. ეპიდემიოლოგიური ცვლილებები

უკანასკნელ წლებში მნიშვნელოვნად შემცირდა სიკვდილიანობისა და ავადობის მაჩვენებელი. თუმცა დაბალგანვითარებულ ქვეყნებში ამ მხრივ მნიშვნელოვანი ცვლილებები არ შეინიშნება. შეიცვალა ავადობის სტრუქტურა, გაიზარდა ქრონიკულ ავადმყოფთა რიცხვი. აღნიშნული მდგომარეობა დაკავშირებულია მოსახლეობის მიგრაციასთან და ქალაქის მოსახლეობის მატებასთან. ავადობის და ჰოსპიტალიზაციის მთავარ მიზეზს წარმოადგენს უბედური შემთხვევები და ტრავმები.



ცხრილი 6: მსოფლიოში ყველაზე უფრო გავრცელებული დაავადებების მოსალოდნელი ცვლილებები პრიორიტეტული რიგის მიხედვით 1990-2020 წწ.

	დაავადებების დასახელება, 1990 წ.	დაავადებების დასახელება, 2020 წ.
1	ქვედა სასუნთქი გზების რესპირატორული დაავადებები	გულის იშემიური დაავადება
2	ღიარეა	ღებრესია
3	პერინატალური მიზეზით გამოწვეული დაავადებები	საგზაო-სატრანსპორტო ტრავმები
4	ღებრესია	თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა
5	გულის იშემიური დაავადება	ფილტვის ქრონიკული დაავადებები
6	თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა	ქვედა სასუნთქი გზების რესპირატორული დაავადებები
7	ტუბერკულოზი	ღიარეა
8	წითელა	შიდსი
9	საგზაო-სატრანსპორტო ტრავმები	პერინატალური მიზეზით გამოწვეული დაავადებები
10	მალარია	
11	ფილტვის ქრონიკული დაავადებები	

წყარო: Murray, C.J.L. Lopez A.D. 1996.

7.3.4. სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარების განვითარება

სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარებამ მკვეთრად გაზარდა მკურნალობისა და დიაგნოსტიკური ღონისძიებების სხვადასხვა მეთოდების გამოყენება. ამის მაგალითია ჰემოდიალიზის დაწესება, რომელმაც მნიშვნელოვნად შეამცირა თირკმლის უკმარისობით გამოწვეული სიკვდილობა. ასევე გამოგონებულ იქნა მედიკამენტების მრავალი სახე, რომლითაც შესაძლებელია ისეთი დაავადებების განკურნება, რომლებიც წინათ განუკურნებლად მიაჩნდათ.

7.3.5. სოციალურ-კულტურული, პოლიტიკური ცვლილებები

სამეცნიერო-ტექნიკურმა პროგრესმა, განათლების დონის ამაღლებამ გარკვეული გავლენა მოახდინა ცხოვრების წესზე, გაიზარდა მოსახლეობის მოთხოვნა სამედიცინო დახმარებაზე, მნიშვნელოვნად გაფართოვდა ხელმისაწვდომობის დონე.

გასული საუკუნეში მკვეთრი ცვლილებები განხორციელდა პოლიტიკური ორიენტაციისა და იდეოლოგიის თვალსაზრისით, რომელიც განაპირობა ცენტრალური და აღმოსავლეთ ეროპის, აფრიკისა და ლათინური ამერიკის ქვეყნებში მიმდინარე დემოკრატიზაციის პროცესებმა. საგრძნობლად შემცირდა სახელმწიფოს როლი ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციაში. სამედიცინო დახმარების მზარდი მოთხოვნების უზრუნველსაყოფად აუცილებელი გახდა ჯანდაცვის სისტემების დაფინანსების ახალი გზების ძიება და რესურსების ხარჯვის ეფექტურობის ზრდა.

საკონტროლო კითხვები

1. რას წარმოადგენს ჯანდაცვის დაფინანსება? რაში მდგომარეობს ჯანდაცვის დაფინანსების ფილოსოფიური ასპექტი?
2. რაში მდგომარეობს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ევალიტარისტული მიდგომა?
3. რაში მდგომარეობს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების უტილიტარისტული მიდგომა?
4. რაში მდგომარეობს ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკური ასპექტი?
5. რაში მდგომარეობს ჯანდაცვის დაფინანსების მაკროეკონომიკური ასპექტი?
6. რა დემოგრაფიული ტენდენციები შეინიშნებოდა XX საუკუნის მეორე მეოთხედში?
7. რა ეპიდემიოლოგიური ცვლილებები შეინიშნებოდა XX საუკუნის მეორე მეოთხედში?

ლიტერატურა

1. The World Bank Development Report, 1993.
2. საქართველოს სტატისტიკური წელიწადწლეული, 2000, საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი, თბილისი, 2000 წ.
3. WHO, Engaging for Health, Eleventh General Programme of Work, 2006-2015, A Global Health Agenda.
4. ო. გერზმავა, ო. ვასაძე, დ. ვესტი. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი, თბილისი 2003 წ.
5. Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.
6. Шейман И.М. Экономика Здравоохранения, Москва, ТЕИС, 2001.
7. Witter S. and Ensor T. Health economics for Developing Countries. The University of York, Centre for Health Economics International Programme. Macmillan, 2000.
8. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы./Ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. /Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2002.
9. ა. გამყრელიძე, ო. ვასაძე, ა. მინდორაშვილი, ი. შავდია, პ. იმნაძე, მ. ცინცაძე, ო. გერზმავა, “ცხოვრების პირობების ზემოქმედება მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე”. ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბილისი, 1999 წ.
10. ნ. ყაზახაშვილი, ნ. ფოცხვერაშვილი. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ზოგიერთი ტენდენცია საქართველოში. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის ნაციონალური ცენტრი, სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტ. I. თბილისი 1998 წ.
11. Thomson Prentice, Health, history and hard choices:Funding dilemmas in a fast changing world, WHO, 2006.
12. გამყრელიძე, გლობალური ჯანმრთელობა, საპრევენტაციო მასალა, საქართველოს უნივერსიტეტი, 2007 წ.
13. Martin Green, The Economics of Health Care, Office of Health Economics, London, 2004.
14. ჯორბენაძე, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეორიენტაციის ზოგიერთი შედეგის შესახებ. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის ნაციონალური ცენტრი, სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტ. I. თბილისი 1998 წ.
15. რ. ურუშაძე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა. ქართული მედიცინის განვითარების მიმართულებები. თბილისი, 2002 წ.

თავი VIII

ჯანდაცვის ხარჯები

8.1. ჯანდაცვის ხარჯების თავისებურებები

ამერიკელი ჯანდაცვის ეკონომისტის ტომას გეთზენის აზრით, ზოგიერთი ქვეყანა ჯანდაცვაზე ხარჯავს მნიშვნელოვან თანხებს არა მის გამო რომ ამ ქვეყნების მოსახლეობას სამედიცინო მომსახურების უფრო მეტი საჭიროება აქვთ, არამედ იმის გამო, რომ აღნიშნული ქვეყნები მაღალშემოსავლიან ქვეყნებს განეკუთვნებიან და აქვთ შესაძლებლობა ჯანდაცვაზე დახარჯონ მეტი თანხები¹. ასეთი სახის მოსაზრება არ წარმოადგენს მოულოდნელობას, თუ კითხვას დაესვამთ ასეთი სახით: ბანგლადეში (GDP \$200 სულზე) უფრო მეტი, ან ნაკლები უნდა დახარჯოს ჯანდაცვაზე, თუ კანადამ (GDP \$20000 სულზე)¹. აქედან გამომდინარე, ჯანდაცვის ხარჯების სიდიდე არ არის დაკავშირებული სამედიცინო დახმარების საჭიროებაზე¹.

თითოეულ პირზე (მიკროდონეზე) ჯანდაცვის მოსალოდნელი ხარჯები მკვეთრად განსხვავებულია, ინდივიდუალურ ხასიათს ატარებს და დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორებზე. სახელმწიფო დონეზე (მაკროდონეზე) სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე ხარჯების გამოყოფაზე გადაწყვეტილებები მიღება კოლექტიურ ხასიათს ატარებს. სადაზღვევო ორგანიზაციები და სახელმწიფო დაფინანსება წარმოადგენენ საშუალებას, რომლითაც ადამიანებს შესაძლებლობა მიიღონ სამედიცინო მომსახურება საჭიროების შესაბამისად, მიუხედავად მათი გადახდისუნარიანობისა.

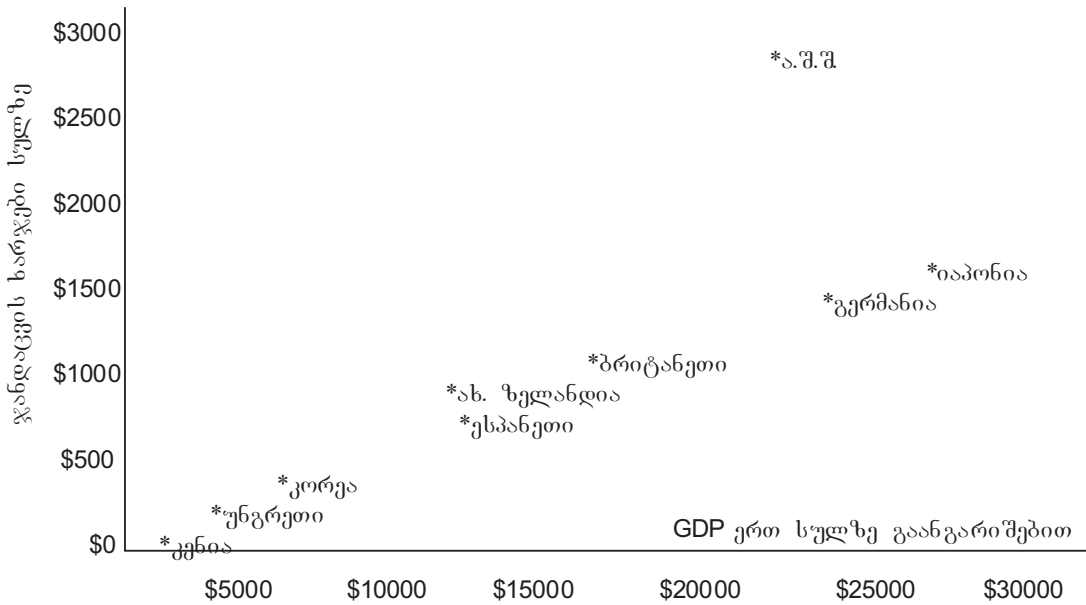
მოსახლეობის გადახდისუნარიანობა, მათი საგადასახადო თუ სადაზღვევო შენატანების დონე განსაზღვრავს ქვეყნის მთელი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე დასადგენ მთლიან ხარჯებს¹. ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის ხარჯების დასადგენად უმთავრესია არა მიკროდონე (ინდივიდუალური), არამედ მაკროდონე (სახელმწიფო), ასევე, ხარჯების განსაზღვრის მთავარი დეტერმინანტია არა თითოეულ პირზე სამედიცინო დახმარების საჭიროება, არამედ მათი შემოსავლების დონე¹. ასე მაგალითად, ცნობილია, რომ სახელმწიფო ხანდაზმულთათვის უფრო მეტს ხარჯავს, ვიდრე საშუალო, ან ახალგაზრდა ასაკის პირებზე. თუმცა, აღნიშნული სრულებითაც არ ნიშნავს იმას, რომ თუ ქვეყნის მოსახლეობა უფრო ბებერია, სახელმწიფო უფრო მეტს დახარჯავს ჯანდაცვაზე².

დიდ ბრიტანეთში უფრო მეტი ხანდაზმული ასაკის პირი ცხოვრობს, ვიდრე ა.შ.შ-ში, ამავე დროს ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები ორივეგან თითქმის თანაბარია (სიცოცხლის ხანგრძლივობა – 75/76; ახალშობილთა სიკვდილიანობა – 8/10), მაგრამ დიდი ბრიტანეთი ჯანდაცვაზე გაცილებით ნაკლებს ხარჯავს (1039 \$), ვიდრე ა.შ.შ. (2763 \$), რადგან თითო სულზე შემოსავალი დიდ ბრიტანეთში ა.შ.შ-თან შედარებით დაბალია (\$16550 / \$22240)³.

ცხრილი 1: ჯანდაცვის ხარჯებზე მოქმედი მთავარი ფაქტორები

მიკროდონე	ჯანმრთელობის მდგომარეობა	ინდივიდუალურ დონეზე სხვადასხვა ჯანდაცვის ხარჯები ძირითადად დაკავშირებულია თითოეული ინდივიდის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, მიუხედავად იმისა, ავად არის თუ არა ეს პირი.
მაკროდონე	GDP ერთ სულზე	სხვადასხვა ქვეყნებში თითოეულ პირზე ჯანდაცვის სხვადასხვა ხარჯები დაკავშირებულია შემოსავლების განსხვავებულ დონეზე

ნახ 1: ჯანდაცვის ხარჯები და შემოსავლები



წყარო: The World Bank Development Report, 1993.

ცხადია, განვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვაზე საკმაოდ დიდი თანხები იხარჯება, შესაბამისად ამ ქვეყნების მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლები შედარებით მაღალია. ამავე დროს, მკვლევარების მტკიცებით, ჯანდაცვაზე მაღალი ხარჯები არ წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების უმთავრეს საშუალებას. მაღალ შემოსავლებთან მრავალი ფაქტორია დაკავშირებული: განათლება, კვება, სანიტარული მდგომარეობა. ბევრ დარბ ქვეყნებში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა მკვეთრად გაიზარდა უკანაკნელი 25 წლის განმავლობაში, მიუხედავად ერთ სულზე GDP-ს შემცირებისა და სამედიცინო დახმარების დაბალი ხელმისაწვდომობისა¹.

გქონდეს ბევრი ფული, მაგრამ არ გქონდეს განათლება თუ სად, ან როგორ გამოიყენო თანხები, არახელსაყრელი მდგომარეობაა. ამავე დროს, გქონდეს განათლება, იცოდე თუ როგორ ებრძოლო დაავადებებს, მაგრამ არ გქონდეს შესაბამისი თანხები, არანაკლებ არასახარბიელო მდგომარეობაა.

მკვლევართა აზრით, გარდა ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მაღალი ხარჯებისა, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაზე ზემოქმედებენ ისეთი ფაქტორები, როგორცაა, განათლება, კვება, სანიტარული მდგომარეობა.

ა.შ.შ.-ში, სადაც ჯანდაცვაზე მსოფლიოში ყველაზე უფრო მეტი თანხები იხარჯება, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა სხვა განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით არცთუ ისე მაღალია. ასე მაგალითად, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა იაპონიაში 79 წელია, ხოლო ა.შ.შ.-ში - 76, მაშინ, როდესაც ა.შ.შ. ერთ სულ მოსახლეზე გათვლით თითქმის ორჯერ უფრო მეტს ხარჯავს ჯანდაცვაზე, ვიდრე იაპონია (\$2763/\$1538)¹.

მკვლევართა აზრით, ჯანდაცვაზე დიდი ხარჯები უმთავრესად დაკავშირებულია სამედიცინო პერსონალის დიდ რაოდენობასთან და ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიების დანერგვასთან, ვიდრე სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის საჭიროებასთან. ამგვარად, ჯანდაცვაზე მაღალი

ხარჯები სამედიცინო მომსახურების უფრო ინტენსიურ განვითარებაზეა დამოკიდებული, ვიდრე მის უტილიზაციაზე¹. მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ იაპონიაში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 25 წლით გაიზარდა, მკვლევართა აზრით იგი ეკონომიკურ აღმავლობასთან ერთად უფრო მეტად დაკავშირებული იყო ჯანდაცვის სფეროში ახალი ტექნოლოგიების დანერგვასთან¹.

აქვე აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთ დაბალ, ან საშუალო-შემოსავლიან ქვეყნებში, სადაც შედარებით ნაკლებად იყენებენ უახლეს სამედიცინო ტექნოლოგიებს, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა მაღალია (მალაზია – 71 წ; შრი ლანკა – 72 წ; ჩილე – 73 წ.), რაც მიგვანიშნებს, რომ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა მნიშვნელოვნად არ არის დამოკიდებული სამედიცინო დახმარების უახლესი ტექნოლოგიების დანერგვაზე¹.

ჯანდაცვაზე ხარჯები, გლობალური ხედვა, 2004 წ.

ჯანდაცვაზე მთლიანი ხარჯები - 4,1 ტრილიონი US\$

ჯანდაცვაზე მთლიანი ხარჯები თითო სულზე – US\$ 639.

ჯანდაცვაზე თითო სულზე ყველაზე მაღალი დანახარჯების ქვეყანა – ა.შ.შ. US\$ 6103.

ჯანდაცვაზე თითო სულზე ყველაზე დაბალი დანახარჯების ქვეყანა – ბურუნდი US\$ 2,9.

ჯანდაცვაზე თითო სულზე ყველაზე მაღალი სახელმწიფო დანახარჯები – ნორვეგია US\$ 4508.

ჯანდაცვაზე თითო სულზე ყველაზე დაბალი დანახარჯების ქვეყანა – ბურუნდი US\$ 0,7.

ჯანდაცვაზე თითო ოჯახზე ვიბიდან გადახდის ყველაზე მაღალი დანახარჯები – შვეიცარია US\$ 1787

ჯანდაცვაზე თითო ოჯახზე ყველაზე დაბალი დანახარჯები – სოლომონის კუნძულები US\$ 1,0.

OECD-ს ქვეყნებში ჯანდაცვაზე თითო სულზე საშუალო დანახარჯები – US\$ 2716.

OECD-ს ქვეყნების მოსახლეობის პროცენტული წილი – 18 %.

OECD-ს ქვეყნებში ჯანდაცვაზე მთლიანი, მსოფლიო ხარჯების პროცენტული წილი – 80 %

ნიუ იორკ სითის მუნიციპალური მთავრობის წლიური ხარჯები ჯანდაცვაზე (მოსახლეობა 8,2 მლნ) – US\$ 429 მილიონი

ბენინის სახელმწიფო ხარჯები ჯანდაცვაზე (მოსახლეობა 8,2 მლნ) – US\$ 86 მილიონი

ჯანმოს გათვლით ჯანდაცვის მინიმალური სერვისებისათვის თითო სულზე უნდა დაიხარჯოს US\$ 35 - US\$ 50.

ქვეყნების რიცხვი, სადაც ჯანდაცვაზე თითო სულზე US\$ 50 დოლარზე ნაკლები იხარჯება – 64.

ქვეყნების რიცხვი, სადაც ჯანდაცვაზე თითო სულზე US\$ 20 დოლარზე ნაკლები იხარჯება – 30.

დონორების მიერ ჯანდაცვაზე ხარჯების პროცენტი აფრიკის რეგიონში – 14 %

წყარო: www.who.int/mediacentre/factsheets

8.2. ქვეყნების ეკონომიკური სტატუსი უმეოსავლების მიხედვით

მსოფლიო ბანკის კლასიფიკაციით (World Bank, 2006) ქვეყნები დაყოფილია თითო სულზე საერთო ეროვნული შემოსავლების (GNI - Gross National Inome) მიხედვით.

† დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში (53 ქვეყანა) საერთო ეროვნული შემოსავალი თითო სულზე შეადგენს 905 \$-ზე ნაკლებს;

† საშუალოზე დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში (55 ქვეყანა) მთლიანი ეროვნული შემოსავალი თითო სულზე \$906 - \$3595 -ს შორის მერყეობს;

† საშუალოზე მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში (41 ქვეყანა) – მთლიანი ეროვნული შემოსავალი თითო სულზე \$3596 - \$11115-ს შორის მერყეობს;

† მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში (60 ქვეყანა) - მთლიანი ეროვნული შემოსავალი თითო სულზე \$11116-ზე მეტს შეადგენს.

ცხრილი 2: მაღალშემოსავლიანი ქვეყნები (OECD)

№	ქვეყანა	№	ქვეყანა	№	ქვეყანა
1	ავსტრალია	10	საბერძნეთი	19	ნორვეგია
2	ავსტრია	11	ისლანდია	20	პორტუგალია
3	ბელგია	12	ირლანდია	21	ესპანეთი
4	კანადა	13	იტალია	22	შვეიცია
5	ჩეხეთი	14	იაპონია	23	შვეიცარია
6	დანია	15	კორეის რესპ.	24	დიდი ბრიტანეთი
7	ფინეთი	16	ლუქსემბურგი	25	ა.შ.შ.
8	საფრანგეთი	17	ნიდერლანდები		
9	გერმანია	18	ახ. ზელანდია		

წყარო: World Health Statistics 2007, WHO, 2008.

ცხრილი 3: მაღალშემოსავლიანი ქვეყნები (არა-OECD)

№	ქვეყანა	№	ქვეყანა	№	ქვეყანა	№	ქვეყანა
1	ანდორა	10	ჩანელის კუნძულები	19	ისრაელი	28	კატარი
2	ანტიგუა და ბარბუდა	11	კვიპროსი	20	კუვეიტი	29	სან მარინო
3	არუბა	12	ესტონეთი	21	ლიხტენშტეინი	30	საუდის არაბეთი
4	ბაჰამა	13	ფეროას კუნძულები	22	მაკაო (ჩინეთი)	31	სინგაპური
5	ბახრეინი	14	საფრანგ. პოლინეზია	23	მალტა	32	სლოვენია
6	ბარბადოსი	15	გრენლანდია	24	მონაკო	33	ტრინიდადი და ტობაგო
7	ბერმუდა	16	გუამი	25	ნიდერლ. ანტილები	34	არაბეთი ემირატები
8	ბრუნეა დარუსალამი	17	ჰონგ კონგი, (ჩინეთი)	26	ახ. კალედონია	35	ვირჯინის კუნძულები
9	ცეიმენის კუნძულები	18	Isle of Man	27	პუერტო რიკო		

წყარო: World Health Statistics 2007, WHO, 2008.

ცხრილი 4: საშუალოზე მაღალშემოსავლიანი ქვეყნები

№	ქვეყანა	№	ქვეყანა	№	ქვეყანა	№	ქვეყანა
1	ბულგარეთი	12	თურქეთი	23	წ. ლუჩია	34	სეიშელის კუნძულები
2	ხორვატია	13	ყაზახეთი	24	წმ. ვინსენტი	35	ბელიზე
3	უნგრეთი	14	ურუგვაი	25	ჰანამა	36	ბოცვანა
4	ლატვია	15	ვენესუელა	26	ჩრდ. მარიანას კუნძ.	37	დომინიკა
5	ლიტვა	16	არგენტინა	27	პალაუ	38	ეკვატორული გვინეა
6	მონტენეგრო	17	ბრაზილია	28	მალაზია	39	გაბონი
7	პოლონეთი	18	ჩილე	29	ომანი	40	ამერიკის სამოსა
8	რუმინეთი	19	კოსტა რიკა	30	ლიბანი	41	სამხრ. აფრიკა
9	რუსეთი	20	მექსიკა	31	ლიბია		
10	სერბეთი	21	გრენადა	32	მავრიტეუს		
11	სლოვაკია	22	წმ. კიტსი და ნევისი	33	მეიოტე		

წყარო: World Health Statistics 2007, WHO, 2008.

ცხრილი 5: საშუალოზე დაბალშემოსავლიანი ქვეყნები

№	ქვეყანა	№	ქვეყანა	№	ქვეყანა	№	ქვეყანა
1	საქართველო	15	იორდანია	29	ნიკარაგუა	43	სურინამი
2	ჩინეთი	16	ეგვიპტე	30	პარაგვაი	44	ფიჯი
3	აზერბაიჯანი	17	ბოლივია	31	პერუ	45	მიკრონეზია
4	სომხეთი	18	გვატემალა	32	ფილიპინები	46	ლესოტო
5	ბელარუსი	19	მაროკო	33	შრი ლანკა	47	სამოა
6	ბოსნია ჰერცეგოვინა	20	კუბა	34	კონგო	48	გვიენა
7	მოლდავეთი	21	კოლუმბია	35	კვიპ ვერდე	49	კირიბატი
8	ალბანეთი	22	სალვადორი	36	სირია	50	მარშალის კუნძ.
9	მაკედონია	23	ჯიბუტი	37	ტაილანდი	51	მალდივეს
10	თურქმენეთი	24	იამაიკა	38	ჰონდურასი	52	შვაზილანდი
11	უკრაინა	25	კამერუნი	39	დომინიკანის რესპ.	53	ტონგა
12	ინდონეზია	26	ალჟირი	40	ეკვატორი	54	ვანუატუ
13	ირანი	27	ანგოლა	41	ნამიბია	55	დას. სან. და გაზა
14	ერაყი	28	ბუტანი	42	ტუნისი		

წყარო: World Health Statistics 2007, WHO, 2008.

ცხრილი 6: დაბალშემოსავლიანი ქვეყნები

№	ქვეყანა	№	ქვეყანა	№	ქვეყანა	№	ქვეყანა
1	ავღანეთი	15	განა	29	მონგოლეთი	43	ტაჯიკეთი
2	ბანგლადეში	16	გვინეა	30	მოზამბიკა	44	თანზანია
3	ბენინი	17	გვინეა ბისაუ	31	მეინმარი	45	ტიმორ-ლესტე
4	ბურკინა ფასო	18	ჰაიტი	32	ნეპალი	46	ტოგო
5	ბურუნდი	19	ინდოეთი	33	ნიგერი	47	უგანდა
6	კამბოჯა	20	კენია	34	ნიგერია	48	უზბეკეთი
7	აფრიკის ცენტრ. რეს	21	კორეა	35	პაკისტანი	49	ვიეტნამი
8	ჩადი	22	ყირგიზეთი	36	პაპუა ახ. გვინეა	50	იემენი
9	კომოროსი	23	ლაოსი	37	რუანდა	51	ზამბია
10	კონგო	24	ლიბერია	38	São Tomé and Princip	52	ზიმბაბვე
11	Côte d'Ivoire	25	მაგადასკარი	39	სენეგალი	53	სუდანი
12	ერიტრეა	26	მალავი	40	სიერტა ლეონე	54	
13	ეთიოპია	27	მალი	41	სოლომონის კუნძ.	55	
14	გამბია	28	მავრიტანია	42	მომალი		

წყარო: World Health Statistics 2007, WHO, 2008.

მსოფლიო მოსახლეობის ნახევარზე მეტი **დაბალშემოსავლიანს** განეკუთვნება და აგრარულ სექტორშია დასაქმებული. აფრიკის უმეტესი ქვეყნები დაბალშემოსავლიანს წარმოადგენს. იგივე ითქმის ჩინეთზე (1,150 მლნ მოსახლეობა) და ინდოეთზე (866 მლნ მოსახლეობა), თუმცა ჩინეთი სწრაფი ეკონომიკური აღმავლობის გზას ადგას და უახლოეს 20 წელიწადში ამ მხრივ მოსალოდნელია რადიკალური ცვლილებები.

მსოფლიოს **საშუალოშემოსავლიანი** ქვეყნების მოსახლეობა შეადგენს 1,5 მილიარდს და წარმოდგენილია ლათინური ამერიკის, აღმოსავლეთ ევროპის, სამხრეთ აფრიკის ქვეყნებით, აგრეთვე რუსეთი, კორეა, საუდის არაბეთი და შუა აღმოსავლეთის ნაეთობით მდიდარი სხვა ქვეყნები.

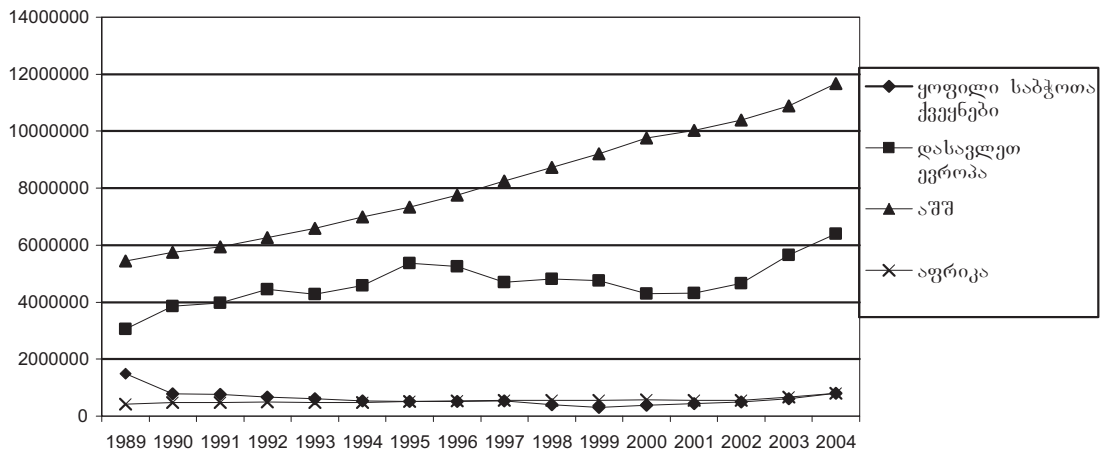
მაღალშემოსავლიანი ქვეყნების მოსახლეობა შეადგენს 850 მილიონს და იგი წარმოდგენილია დასავლეთ და ცენტრალური ევროპის ქვეყნებით, აგრეთვე ა.შ.შ., კანადა, იაპონია, ავსტრალია, ახალი ზელანდია.

ნახ 2: ეკონომიკური სტატუსის არეების განაწილება ქვეყნის საერთო შემოსავლების მიხედვით



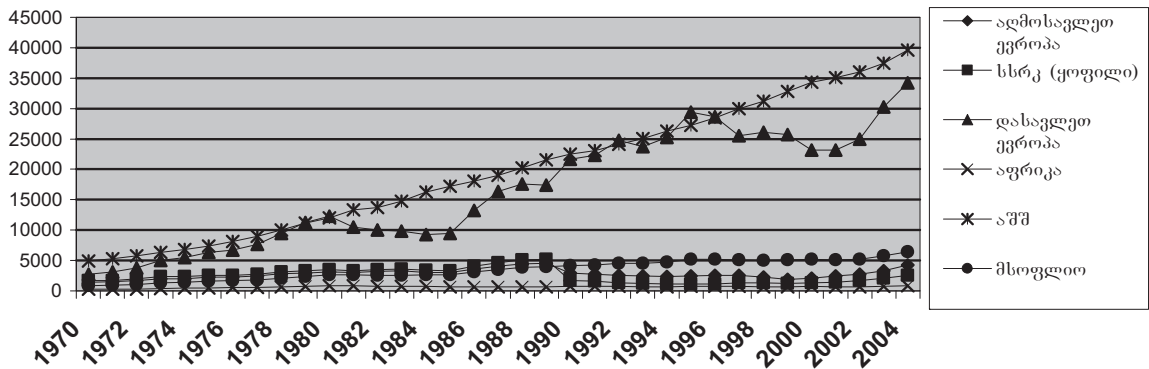
წყარო: The International Monetary Fund IMF(2005)

ნახ 3: ა.შ.შ.-ის, დასავლეთ ევროპის, ყოფილი საბჭოთა ქვეყნებისა და აფრიკის შშპ (მლნ \$)



წყარო: Health For All. WHO Data Base; World bank

ნახ 4: მილიანი შიდა პროდუქტი ერთ სულ მოსახლეზე (ა.შ.შ.\$)



წყარო: Health For All. WHO Data Base; World bank

8.3. მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე

ჯანდაცვაზე დანახარჯები გამოიხატება ა.შ.შ.-ის დოლარებში, რომლებიც შეადგენენ მთლიანი ეროვნული პროდუქტის (მეპ; ინგლ. Gross National Product) და მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ; ინგლ. Gros Domestic Product) პროცენტებს.

მთლიანი ეროვნული პროდუქტი (მეპ) წარმოადგენს დროის გარკვეულ მონაკვეთში (როგორც წესი ერთი წლის განმავლობაში) ქვეყნის მთლიანი შიდაპროდუქტისა და უცხოეთიდან მიღებული სუფთა შემოსავლის ჯამს.

მთლიანი შიდა პროდუქტი (მშპ) შედგება მხოლოდ მოცემული ქვეყნის შიგნით წარმოებული საბოლოო პროდუქტისა და მომსახურების ღირებულებისაგან, იმის მიუხედავად, თუ ვინაა მისი მესაკუთრე – ადგილობრივი თუ უცხოეთის ქვეყნების საწარმოები.

ჯანდაცვაზე დახარჯული მთლიანი ეროვნული პროდუქტის პროცენტი არის ქვეყნის საერთო შემოსავლიდან ჯანდაცვაზე განაწილებული წილის საზომი, რომელიც შედგება სახელმწიფო, კერძო და დონორი წყაროებისგან.

მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე - მშპ-ის (GDP) % სტანდარტულ საზომს წარმოადგენს, რომელიც გამოიყენება საერთაშორისო შედარებისათვის. იგი მერყეობს 2-დან 15 %-მდე ფარგლებში. მეპ-ის ჯანდაცვაზე დახარჯული დაბალი პროცენტული მაჩვენებელი გვიჩვენებს, რომ ჯანდაცვისათვის არ არის მობილიზებული საკმარისი რესურსები, შესაბამისად სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა და მომსახურების ხარისხი დაბალია. მეპ-ის ჯანდაცვაზე დახარჯული მაღალი პროცენტული მაჩვენებელი გვიჩვენებს, რომ ფართოდაა გავრცელებული მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენება, ამასთან ეფექტურობა დაბალია. აქვე აღსანიშნავია, რომ არ არსებობს მეპ-ის ჯანდაცვაზე დანახარჯების ისეთი შესაბამისი პროცენტული მაჩვენებელი, რომელიც ქვეყანამ უნდა დახარჯოს მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის. ჯანმოს მიხედვით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების (სახელმწიფო და დონორი)წილი მთლიან შიდა პროდუქტში უნდა იყოს 5% მაინც. (ცხრილი 7)

ცხრილი 7: მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე, მკპ-ის (GDP) %, 1960-2004 წწ.

ქვეყანა	1960	1970	1980	1990	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
ავსტრალია	4,1	---	7,0	7,8	8,2	8,6	8,7	8,8	8,9	9,1	9,2	9,6
ავსტრია	4,3	5,1	7,4	7,0	8,0	7,6	7,7	10,0	10,0	10,1	10,2	10,3
ბელგია	---	4,0	6,4	7,4	8,4	8,5	8,6	9,1	9,3	9,5	10,0	9,7
ბულგარეთი								5,8	6,0	6,3	6,7	6,5
კანადა	5,4	7,0	7,1	9,0	9,2	9,2	9,0	8,8	9,3	9,6	9,7	9,8
ჩეხეთი	---	---	---	4,7	6,9	6,6	6,6	6,6	6,9	7,0	7,4	7,3
დანია	---	---	9,1	8,5	8,2	8,4	8,5	8,3	8,6	8,8	8,8	8,6
ფინეთ	3,8	5,6	6,4	7,8	7,5	6,9	6,9	6,6	6,7	7,0	7,3	7,4
საფრანგეთი	3,8	5,4	7,1	8,6	9,5	9,3	9,3	9,2	9,3	10,0	10,4	10,5
გერმანია	---	6,2	8,7	8,5	10,6	10,6	10,6	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6
საქართველო					2,4	2,5	3,4	4,7	5,2	6,4	5,2	5,3
საბერძნეთი	---	6,1	6,6	7,4	9,6	9,4	9,6	7,7	8,2	8,1	8,2	7,9
უნგრეთი	---	---	---	---	7,5	7,3	7,4	6,9	7,2	7,6	8,2	7,9
ისლანდია	3,0	4,7	6,2	8,0	8,4	8,7	9,4	9,0	9,1	9,7	10,2	9,9
ინდოეთი					5	5,2	5,1	4,3	4,5	4,8	4,9	5,0
ირანი					6	6,5	6,4	5,6	6,0	6,0	6,7	6,6
ირლანდია	3,7	5,1	8,4	6,1	6,8	6,2	6,3	6,3	6,8	7,2	7,2	7,2
ისრაელი					8,1	8,2	8,2	8,5	9,0	9,0	8,8	8,7
იტალია	---	---	---	7,9	7,3	7,7	7,7	8,1	8,2	8,3	8,4	8,7
იაპონია	3,0	4,5	6,5	5,9	6,8	7,2	7,4	7,6	7,8	7,9	7,7	7,8
კორეა	---	---	---	4,5	4,2	4,5	4,8	4,5	5,4	5,3	5,4	5,5
ლიტვა					6,4	6,3	6,2	6,5	6,3	6,4	6,5	6,5
ლუქსემბურგი	---	3,6	5,9	6,1	6,4	5,8	6,2	5,9	6,2	6,8	7,8	8,0
მექსიკა	---	---	---	4,8	5,6	5,4	5,6	5,6	6,0	6,2	6,3	6,5
ნიდერლანდები	---	---	7,5	8,0	8,4	8,2	8,4	8,0	8,3	8,9	9,1	9,2
ახ. ზელანდია	---	5,1	5,9	6,9	7,2	7,8	7,7	7,7	7,8	8,2	8,0	8,4
ნორვეგია	2,9	4,4	7,0	7,7	7,9	8,5	8,5	8,5	8,9	9,9	10,1	9,7
პოლონეთი	---	---	---	4,9	5,6	6,0	5,9	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2
პორტუგალია	---	2,6	5,6	6,2	8,2	8,4	8,7	8,8	8,8	9,0	9,8	9,8
სლოვაკია	---	---	---	---	---	5,7	5,8	6,6	6,9	7,1	7,2	7,2
ესპანეთი	1,5	3,6	5,4	6,7	7,6	7,5	7,5	7,2	7,2	7,3	7,8	8,1
შვეცია	---	6,9	9,1	8,4	8,1	8,3	8,4	8,4	8,7	9,1	9,3	9,1
შვეიცარია	4,9	5,5	7,4	8,3	9,7	10,3	10,5	10,4	10,9	11,1	11,5	11,5
თურქეთი	---	2,4	3,3	3,6	3,4	4,8	6,4	6,6	7,5	7,4	7,6	7,7
უკრაინა								5,8	6,0	6,3	6,7	6,5
დ. ბრიტანეთი	3,9	4,5	5,6	6,0	7,0	6,9	7,2	7,3	7,5	7,7	7,8	8,1
ა.შ.შ.	5,0	6,9	8,7	11,9	13,3	13,0	13,0	13,3	14,0	14,7	15,2	15,4
ახერბაიჯანი					2,3	2	1,7	4,2	4,0	4,1	3,7	3,6
სომხეთი					7,1	7,9	8	6,3	6,5	5,4	5,6	5,4
რუსეთი					5,8	5,4	5,3	5,7	5,9	6,4	6,3	6,0

წყარო: Organisation for Economic Cooperation and Development, 2005, WHO, Data & Statistics, 2007.

ცხრილი 8: მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე, მეპ-ის (GDP) %, ქვეყნების რიგის მიხედვით, 2004 წწ.

N	ქვეყანა	%	N	ქვეყანა	%	N	ქვეყანა	%	N	ქვეყანა	%
1	ტუვალუ	16.6	49	ხორვატია	7.7	97	სეიშელები	6.1	145	ტაჯიკეთი	4.4
2	ა.შ.შ.	15.4	50	მალდივესი	7.7	98	დომინიკ. რესპ	6.0	146	მაურიტიუსი	4.3
3	მარშალის კუნძ.	15.2	51	ჰანამა	7.7	99	მონგოლეთი	6.0	147	შირი ლანკა	4.3
4	იუე	15.1	52	პარაგვაი	7.7	100	რუსეთი	6.0	148	ჩადი	4.2
5	კირიბატი	13.7	53	თურქეთი	7.7	101	დომინიკა	5.9	149	ნიგერი	4.2
6	მალავი	12.9	54	ჰაიტი	7.6	102	სენეგალი	5.9	150	აფრიკის ც/რესპ	4.1
7	ლიბანი	11.6	55	მიკრონეზია	7.6	103	სოლომონ. კუნძ	5.9	151	კენია	4.1
8	შვეიცარია	11.5	56	უგანდა	7.6	104	კვიპროსი	5.8	152	პერუ	4.1
9	შო თომე & პრინციპე	11.5	57	რუანდა	7.5	105	გვატემალა	5.7	153	სუდანი	4.1
10	თიმორ-ლესტე	11.2	58	ზიმბაბუე	7.5	106	ყირგიზეთი	5.6	154	ვანუატუ	4.1
11	გერმანია	10.6	59	ფინეთი	7.4	107	ლიბერია	5.6	155	ბახრეინი	4.0
12	საფრანგეთი	10.5	60	მოდღოვა	7.4	108	ნეპალი	5.6	156	კონგო	4.0
13	ავსტრია	10.3	61	სან მარინო	7.4	109	ეკვატორი	5.5	157	მონამბიკი	4.0
14	ისლანდია	9.9	62	ჩეხეთი	7.3	110	კორეის რესპ.	5.5	158	ტანზანია	4.0
15	მონაკო	9.9	63	ჰონდურასი	7.2	111	ტოგო	5.5	159	ლაოსი	3.9
16	კანადა	9.8	64	ირლანდია	7.2	112	ვიეტნამი	5.5	160	საუდის არაბეთი	3.9
17	პორტუგალია	9.8	65	სლოვაკია	7.2	113	სომხეთი	5.4	161	Côte d'Ivoire	3.8
18	იორდანია	9.8	66	ანდორა	7.1	114	კამერუნი	5.2	162	ყაზახეთი	3.8
19	ბელგია	9.7	67	ბარბადოსი	7.1	115	ესტონეთი	5.3	163	ლიბია	3.8
20	ნორვეგია	9.7	68	ლატვია	7.1	116	ეთიოპია	5.3	164	მალაიზია	3.8
21	პალაუ	9.7	69	გრენადა	6.9	117	საქართველო	5.3	165	სინგაპური	3.7
22	ავსტრალია	9.6	70	ბაჰამას	6.8	118	გვინეა	5.3	166	ალჟირი	3.6
23	არგენტინა	9.6	71	ბოლივია	6.8	119	გვიანა	5.3	167	აზერბაიჯანი	3.6
24	ნიდერლანდები	9.2	72	გამბია	6.8	120	ერაყი	5.3	168	ჰაპუა ახ. გვინეა	3.6
25	მალტა	9.2	73	ნამიბია	6.8	121	სამოა	5.3	169	Cook Islands	3.5
26	შვედეთი	9.1	74	ალბანია	6.7	122	კვპ ვარდე	5.2	170	კორეის სახ. რესპ	3.5
27	ბრაზილია	8.8	75	კამბოჯა	6.7	123	იამაიკა	5.2	171	ტილანდი	3.5
28	ისრაელი	8.7	76	განა	6.7	124	ს.კიტსი, ნევისი	5.2	172	თრინიდად ანდ თობაგო	3.5
29	იტალია	8.7	77	კოსტა რიკა	6.6	125	ბელიზე	5.1	173	ფილიპინები	3.4
30	სლოვენია	8.7	78	ირან	6.6	126	მაროკო	5.1	174	სიერა ლეონე	3.3
31	დანია	8.6	79	მალი	6.6	127	რუმინეთი	5.1	175	ბრუნეა	3.2
32	სამხრ. აფრიკა	8.6	80	ლესოტო	6.5	128	უზბეკეთი	5.1	176	ბურუნდი	3.2
33	ახ. ზელანდია	8.4	81	ლიტვა	6.5	129	ინდოეთი	5.0	177	ბანგლადეში	3.1
34	ბოსნია, ჰერცეგინ	8.3	82	მექსიკა	6.5	130	ს. ლუჩია	5.0	178	მადაგასკარი	3.0
35	ნიკარაგუა	8.2	83	უკრაინა	6.5	131	იემენი	5.0	179	ომანი	3.0
36	ურუგვაი	8.2	84	ბოცვანა	6.4	132	ბენინი	4.9	180	მავრიტანია	2.9
37	ესპანეთი	8.1	85	კუბა	6.3	133	გვინეა ბისაუ	4.8	181	არაბთა ემირატები	2.9
38	დ. ბრიტანეთი	8.1	86	ჯიბუტი	6.3	134	თურქმენეთი	4.8	182	კომოროსი	2.8
39	ნაურუ	8.1	87	შვარზლანდი	6.3	135	ანტიგუა, ბარბუდა	4.8	183	ინდონეზია	2.8
40	ლუქსემბურგი	8.0	88	ტონგა	6.3	136	ჩინეთი	4.7	184	კუვეიტი	2.8
41	ბულგარეთი	8.0	89	ჩამბია	6.3	137	სირია	4.7	185	კონგო	2.5
42	მაკედონია	8.0	90	ბელარუს	6.2	138	ვენესუელა	4.7	186	კატარი	2.4
43	საბერძნეთი	7.9	91	პოლონეთი	6.2	139	ბუტანი	4.6	187	მიანმარი	2.2

44	უნგრეთი	7.9	92	ტუნისია	6.2	140	ფიჯი	4.6	188	პაკისტანი	2.2
45	ელ სალვადორი	7.9	93	ბურკინა ფასო	6.1	141	ნიგერია	4.6	189	ანგოლა	1.9
46	იაპონია	7.8	94	ჩილე	6.1	142	ერიტრეა	4.5	190	ეკვ. გვინეა	1.6
47	კოლუმბია	7.8	95	ეგვიპტე	6.1	143	გაბონი	4.5	191	სომალია	ნ/ა
48	სურინამე	7.8	96	ვინსენტი & გრენ	6.1	144	სვლანეთი	4.4			

წყარო: WHO, Data & Statistics, 2007.

ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები ერთ სულზე გათვლით

მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე ერთ სულზე გათვლით სტანდარტულ საზომს წარმოადგენს, რომელიც გამოიყენება საერთაშორისო შედარებისათვის. იგი გვიჩვენებს თუ რომელ ქვეყანაშია ჯანდაცვის დანახარჯები ადეკვატური, რომ მიღწეულ იქნეს შესაბამისი ხელმისაწვდომობა და ხარისხი.

ჯანმოს (Commission on Macroeconomics and Health - WHO 2001) მიხედვით, დაბალგანვითარებულ ქვეყნებში მინიმალური აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების განხორციელებისათვის საჭიროა ჯანდაცვაზე დანახარჯები შეადგენდეს არანაკლებ 35 ა.შ.შ. დოლარს ერთ სულზე წელიწადში. ქვეყანა, სადაც ჯანდაცვაზე ერთ სულზე დანახარჯები 30 ა.შ.შ. დოლარზე ნაკლებია შესაბამისად დაბალია სამედიცინო დანხარებაზე ხელმისაწვდომობა და ხარისხი.

ცხრილი 9: მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე ერთ სულზე გათვლით 1960-2003 წწ.

ქვეყანა	1960	1970	1980	1990	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003	204
სასომხეთი								150	177	173	207	226
ავსტრალია	93	---	691	1 307	1 745	2 078	2 231	2405	2544	2717	2883	3123
ავსტრია	77	191	764	1 338	1 870	1 953	2 067	2880	2930	3018	3236	3418
აზერბაიჯანი								100	107	123	126	138
ბელგია	---	149	637	1 345	1 820	2 005	2 109	2429	2614	2775	3074	3133
ბულგარეთი								381	476	533	601	671
კანადა	123	289	783	1 737	2 051	2 297	2 400	2505	2720	2861	2998	3173
ჩეხეთი	---	---	---	555	873	906	920	980	1092	1188	1353	1412
დანია	---	---	955	1 567	1 848	2 138	2 297	2382	2562	2655	2697	2780
ფინეთი	63	192	592	1 422	1 433	1 604	1 637	1717	1861	2012	2045	2203
საფრანგეთი	70	210	711	1 568	2 033	2 235	2 312	2381	2540	2800	2873	3040
გერმანია	---	270	965	1 748	2 276	2 483	2 557	102	124	165	152	171
საქართველო								2632	2750	2882	3127	3171
საბერძნეთი	---	160	487	840	1 253	1 375	1 468	1616	1810	1971	2138	2179
უნგრეთი	---	---	---	---	676	774	819	857	977	1115	1277	1308
ისლანდია	57	165	708	1 614	1 858	2 280	2 546	2625	2747	2948	3146	3294
ინდოეთი								60	68	74	83	91
ირანი								374	428	464	569	604
ირლანდია	43	117	518	793	1 216	1 482	1 621	1806	2097	2389	2479	2618
ისრაელი								1829	1916	1914	1899	1972
იტალია	---	---	---	1 391	1 535	1 804	1 860	2093	2203	2288	2292	2414
იაპონია	30	149	580	1 115	1 538	1 743	1 829	1967	2082	2138	2173	2293

ლიტვა								565	601	671	770	843
ლუქსემბურგი	---	163	643	1 547	2 059	2 298	2 740	2972	3203	3732	4727	5178
მექსიკა	---	---	---	293	382	427	463	506	548	578	608	655
ნიდერლანდები	---	---	757	1 438	1 826	2 044	2 134	2259	2525	2775	2907	3092
ახ. ზელანდია	---	211	506	995	1 247	1 449	1 522	1600	1710	1845	1906	2081
ნორვეგია	49	142	667	1 396	1 897	2 313	2 562	3081	3294	3616	3871	4080
პოლონეთი	---	---	---	296	417	555	566	590	647	734	754	814
პორტუგალია	---	51	295	670	1 079	1 297	1 426	1626	1687	1785	1833	1897
კორეა	---	---	---	377	538	616	729	730	929	975	1050	1135
რუსეთი								394	442	512	555	583
სლოვაკია	---	---	---	---	---	559	577	711	806	905	975	1061
ესპანეთი	16	96	365	875	1 198	1 356	1 453	1521	1617	1723	1952	2100
შვეცია	---	309	936	1 579	1 738	1 960	2 118	2272	2410	2593	2761	2828
შვეიცარია	166	352	1 033	2 033	2 579	2 980	3 019	3170	3344	3621	3826	4011
თურქეთი	---	24	75	166	185	312	392	451	460	482	511	557
უკრაინა								238	279	313	379	427
ლიდი ბრიტანეთი	84	164	482	986	1 374	1 577	1 689	1859	2034	2228	2328	2560
ა.შ.შ.	144	347	1 055	2 738	3 654	4 098	4 295	4584	4929	5319	5705	6096

წყარო: Organisation for Economic Cooperation and Development, 2005, www.oecd.org/els/health.

ცხრილი 10: მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე ერთ სულზე გათვლით, 2004 წ.

№	ქვეყანა	US\$	№	ქვეყანა	US\$	№	ქვეყანა	US\$	№	ქვეყანა	US\$
1	ა.შ.შ.	6096.2	49	სამხ. აფრიკა	748.0	97	ს. ლუზია	301.6	145	ვირჯინეთი	101.6
2	ლუქსემბურგი	5177.6	50	ჩილე	720.3	98	ტაილანდი	293.3	146	გვინეა	95.6
3	მონაკო	4743.9	51	Saint Kitts & Nevis	709.6	99	მიკრონეზია	291.7	147	განა	94.7
4	ნორვეგია	4079.9	52	კატარი	687.9	100	ვენესუელა	284.8	148	ბუტანი	93.2
5	შვეიცარია	4011.3	53	ბულგარეთი	671.2	101	ფიჯი	284.3	149	ინდოეთი	91.4
6	ანდორა	3546.0	54	მექსიკა	655.4	102	ჩინეთი	276.7	150	გამბია	87.5
7	ავსტრია	3417.7	55	სეიმელეები	634.2	103	კირიბატი	270.5	151	ჯიბუტი	87.2
8	ისლანდია	3294.4	56	პანამა	631.6	104	გაბონი	264.2	152	კენია	85.6
9	სან მარინო	3197.8	57	ბრუნეი	620.9	105	ყაზახეთი	263.8	153	კამერუნი	82.7
10	კანადა	3173.0	58	ირანი	603.7	106	ეკვადორი	261.4	154	ჰაიტი	82.3
11	გერმანია	3171.3	59	ბოსნია, ჰერცეგო	603.0	107	გვებოტე	258.3	155	იემენი	81.6
12	ბელგია	3132.9	60	საუდის არაბეთი	601.1	108	ტუვალუ	257.1	156	ბურკინა ფასო	76.5
13	ავსტრალია	3123.3	61	კოსტა რიკა	592.0	109	გვატემალა	256.2	157	ლაოსი	73.7
14	ნიდერლანდები	3092.0	62	რუსეთი	582.7	110	ნიუე	245.3	158	სენეგალი	72.1
15	საფრანგეთი	3040.1	63	კოლუმბია	570.0	111	თურქმენეთი	245.2	159	ნეპალი	71.0
16	შვეცია	2827.9	64	თურქეთი	556.8	112	პერუ	235.4	160	ბანგლადეში	64.3
17	დანია	2779.6	65	მარშალის კუნძ	555.2	113	მაროკო	233.9	161	C te d'Ivoire	63.6
18	ირლანდია	2617.8	66	კუვეიტი	537.5	114	ნიკარაგუა	231.3	162	ზამბია	62.8
19	დ. ბრიტანეთი	2559.9	67	ტრინიდადი	522.6	115	კუბა	229.1	163	ტოგო	62.6
20	იტალია	2414.4	68	ანტიბუა, ბარბ	516.2	116	სომხეთი	225.6	164	მალავი	57.8
21	იაპონია	2292.6	69	მავრიტიუსი	516.1	117	კიპ. ვარდე	225.1	165	ცენტრაფრ რესპ	54.3
22	ფინეთი	2202.5	70	ბოცვანა	504.3	118	იამაიკა	223.4	166	მალი	54.0
23	საბერძნეთი	2179.4	71	არაბეთის ჯორჯიები	502.7	119	ექვ. გვინეა	223.2	167	სუდანი	54.0
24	ესპანეთი	2099.2	72	ტუნისია	502.3	120	სამოა	217.7	168	ტაჯიკეთი	53.9
25	ახ. ზელანდია	2080.9	73	იორდანია	501.7	121	ფილიპინები	202.8	169	ნიგერია	52.7

26	ისრაელი	1971.6	74	მალდევსი	494.4	122	პონდურასი	197.4	170	პაკისტანი	47.7
27	პორტუგალია	1896.9	75	გრენადა	480.0	123	ბოლივია	185.9	171	კორეისახრეს	47.0
28	სლოვენია	1814.9	76	მაკედონია	471.2	124	ვიეტნამი	184.1	172	მაკრიტანია	42.9
29	მალტა	1732.7	77	Cook Islands	435.1	125	საქართველო	171.0	173	მოზამბიკა	42.0
30	ბრაზილია	1519.7	78	რუმინეთი	432.7	126	ალჟირი	166.9	174	ჩადი	41.7
31	ჩეხეთი	1412.4	79	უკრაინა	426.6	127	შირი ლანკა	162.6	175	ბენინი	40.4
32	ბაჰამა	1348.6	80	ბელარუსი	426.5	128	უზბეკეთი	160.1	176	მიანმარი	37.9
33	უნგრეთი	1307.9	81	ომანი	418.9	129	პაკუა ახ. გვინეა	146.7	177	ანგოლა	37.5
34	არგენტინა	1274.3	82	ს. ვინსენტი	417.6	130	ტიმორ-ლესტე	142.5	178	სერა ლეონე	34.1
35	ბარბადოსი	1150.7	83	ნამიბია	407.4	131	Sao Tome and Principe	141.4	179	კონგო	30.1
36	კორეის რესპ.	1134.6	84	მალაიზია	402.3	132	მონგოლეთი	140.9	180	მადაგასკარი	28.9
37	კვიბროსი	1128.0	85	ნაურუ	399.3	133	კამბიჯა	139.8	181	ტანზანია	28.5
38	სინგაპური	1117.9	86	დომინიკ.რესპ.	377.0	134	ზიმბაბვე	138.6	182	გვინეა-ბისაუ	28.4
39	სლოვაკია	1060.6	87	სურინამი	376.3	135	ლესოტო	138.5	183	ერიტრეა	27.4
40	ხორვატია	916.8	88	ელ სალვადორი	375.4	136	აზერბაიჯანი	138.3	184	ნიგერი	25.9
41	ბახრეინი	871.4	89	შვაზილანდი	367.2	137	მოდღეა	138.2	185	კომოროსი	24.9
42	ლატვია	851.6	90	ალბანეთი	338.7	138	ერაყი	135.3	186	ლიბერია	22.2
43	ლიტვა	843.1	91	ბელიჯე	338.6	139	უგანდა	135.3	187	ეთიოპია	21.1
44	პალაუ	841.0	92	გვიანა	328.9	140	რუანდა	125.9	188	ავღანეთი	18.9
45	ლიბანი	816.5	93	ლიბია	328.1	141	ვანუატუ	123.2	189	ბურუნდი	16.2
46	პოლონეთი	814.1	94	პარაგვაი	326.7	142	ინდონეზია	118.2	190	კონგო	15.3
47	ურუგვაი	783.7	95	ტონგა	315.9	143	სოლომონ. კ.	114.0	191	სომალი	
48	ესტონეთი	751.5	96	დომინიკა	309.3	144	სირია	108.8			

წყარო: WHO, Data & Statistics, 2007.

8.4. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები, მილიანი სახელმწიფო დანახარჯების პროცენტი

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები როგორც მილიანი სახელმწიფო დანახარჯების პროცენტი სტანდარტულ საზომს წარმოადგენს, რომელიც გამოიყენება საერთაშორისო შედარებისათვის. იგი გვიჩვენებს სახელმწიფოს დამოკიდებულებას ჯანდაცვის სექტორთან. სახელმწიფო ბიუჯეტის ჯანდაცვაზე განაწილება წარმოადგენს პოლიტიკის საკითხს და დამოკიდებულია სახელმწიფო მიდგომაზე ჯანდაცვის სექტორთან მიმართებაში, თუ რა მნიშვნელობას ანიჭებს სახელმწიფო ჯანდაცვაზე დანახარჯებს სხვა სექტორების დანახარჯებთან შედარებით. სხვა სექტორებთან შედარებით სახელმწიფოს შედარებით მაღალი დანახარჯები ჯანდაცვის სექტორზე (მაგ., 20 %-ზე მეტი), მეტყველებს სახელმწიფოს მაღალ ვალდებულებას ჯანდაცვის სექტორთან მიმართებაში. ჯანმოს მიხედვით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მილიანი სახელმწიფო დანახარჯებში უნდა იყოს 15 % მაინც.

ცხრილი 11: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯების პროცენტში

ქვეყანა	1997	1998	1999	2000	2001
ავსტრია	10.4	10.5	10.4	10.6	10.7
ბელგია	11.7	11.9	12.3	12.6	13
დანია	11.7	11.9	12.4	12.6	12.8
ფინეთი	9.8	10	10	10.3	10.7
საფრანგეთი	13	13.1	13.2	13.4	13.7
გერმანია	16.3	16.3	16.3	17.3	16.6
საბერძნეთი	10.8	10.5	11	10.8	11.2
ირლანდია	12.9	13.6	13.1	14.6	14
იტალია	10.9	11.1	11.5	12.8	13
ლუქსემბურგი	12.5	12.7	12.9	12.3	13.3
ნიდერლანდები	11.5	11.7	11.7	12.1	12.2
პორტუგალია	12.4	12.8	13	13.7	13.7
ესპანეთი	13	13.1	13.4	13.4	13.6
შვეიცია	11.2	11.8	12	12.4	13
დიდი ბრიტანეთი	13.4	13.9	14.8	15	15.4
შვეიცარია	15.3	15.4	11.9	12.5	13.2
ნორვეგია	14	14.5	15.1	14.9	15.2
იაპონია	14.9	13.2	15.3	15.5	16.4
ა.შ.შ.	16.8	16.9	16.9	17.2	17.6
ისრაელი	12.1	11.4	11.8	12.1	11.5
თურქეთი	10.8	11.5	9.1	9	9.1
საქართველო	5.3	5.1	4.3	5.9	6.7
სომხეთი	9.4	10.8	10.5	10.6	11.5
აზერბაიჯანი	8.8	11.8	8	7.3	7.2
რუსეთი	9.3	9.8	9.4	10.8	10.7
ყირგიზეთი	10.5	10.1	10.2	9.5	9
არგენტინა	22.9	22.6	23.3	22	21.3
ირანი	10.5	10.8	11.2	11.8	12
ინდოეთი	3.2	3.5	3.3	3.1	3.1

წყარო: The World health report : 2003 : shaping the future. World Health Organization.

ცხრილი 12: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების პროცენტში

	2000	2001	2002	2003	2004
სასომხეთი	16.7	22.4	23.6	23.4	26.2
ავსტრია	75.9	75.7	75.4	75.3	75.6
აზერბაიჯანი	20.8	21.8	19.3	23.0	25.0
ბრაზილია	41.0	42.9	49.0	52.3	54.1
ბულგარეთი	59.4	56.1	59.7	62.1	57.6
კანადა	70.3	69.9	69.6	70.2	69.8
ჩინეთი	38.3	35.6	35.8	36.2	38.0
ჩეხეთი	90.5	89.9	89.7	89.8	89.2
დანია	82.4	82.7	82.9	82.7	82.3
ევკვიპტე	39.7	39.8	39.8	39.4	38.2
ესტონეთი	77.5	78.6	77.1	77.1	76.0
საფრანგეთი	75.8	75.9	78.1	78.3	78.4
საქართველო	26.5	27.1	24.5	26.6	27.4

საფრანგეთი	75.8	75.9	78.1	78.3	78.4
საქართველო	26.5	27.1	24.5	26.6	27.4
გერმანია	79.7	79.4	79.3	78.7	76.9
საბერძნეთი	52.6	55.5	54.1	53.6	52.8
ინდოეთი	20.9	19.2	17.8	17.1	17.3
ირანი	41.0	41.4	39.8	48.9	47.8
ისრაელი	71.8	72.2	71.3	70.6	70.0
იტალია	72.0	74.3	74.2	73.7	75.1
იაპონია	81.3	81.7	81.5	80.9	81.3
ყაზახეთი	49.2	52.8	53.0	54.4	59.8
ლატვია	53.9	50.2	51.8	52.5	56.6
ლიტვა	69.7	72.6	74.9	76.0	75.0
მექსიკა	46.6	44.9	43.9	44.1	46.4
ნიდერლანდები	63.1	62.8	62.5	63.1	62.4
ნორვეგია	82.5	83.6	83.5	83.7	83.5
პოლონეთი	70.0	71.9	71.2	70.0	68.6
კორეა	50.0	53.1	51.7	51.9	52.6
მოლდოვა	48.5	48.7	51.8	51.0	56.8
რუმინეთი	67.3	65.8	65.2	67.8	66.1
რუსეთი	62.3	60.4	62.1	61.6	61.3
ესპანეთი	71.6	71.2	71.3	70.4	70.9
შვეიცარია	55.6	57.1	57.9	58.5	58.5
თურქეთი	62.9	68.2	70.4	71.6	72.3
უკრაინა	49.5	50.8	52.6	55.5	56.7
დ. ბრიტანეთი	80.9	83.0	83.4	85.6	86.3
ა.შ.შ.	44.0	44.8	44.8	44.6	44.7

წყარო: Organisation for Economic Cooperation and Development, 2005, WHO, Data & Statistics, 2007.

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები, ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების პროცენტი

ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები როგორც ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების პროცენტი გვიჩვენებს ცენტრალურ და ადგილობრივ დონეზე ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯების თანაფარდობას ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებთან. პროცენტული თანაფარდობის შედარებით ნაკლები დონე (მაგ., 40 %-ზე ნაკლები) გვიჩვენებს ქვეყნის მთავრობის დაბალ საგადასახადო უნარიანობას, ჯანდაცვის სექტორის მიმართ სახელმწიფოს შედარებით შეზღუდულ როლს (ასეთ ქვეყნებში თვლიან რომ სახელმწიფო არ უნდა თამაშობდეს დიდ როლს ჯანდაცვის დაფინანსებაში და სერვისების მიწოდებაში). ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები როგორც ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების პროცენტის დაბალი მაჩვენებელი გვიჩვენებს სახელმწიფოს შეზღუდული პასუხისმგებლობა გააჩნია ჯანდაცვის სექტორში მდგარი პრობლემების გადასაჭრელად.

ჯანდაცვაზე თითო სულზე სახელმწიფო დანახარჯები

ცხრილი 13: ჯანდაცვაზე თითო სულზე სახელმწიფო დანახარჯები, საერთაშორისო US\$

	2000	2001	2002	2003	2004
სასომხეთი	25.0	39.6	40.8	48.4	59.1
ავსტრია	2170.2	2219.3	2276.6	2438.4	2582.4
აზერბაიჯანი	20.8	23.4	23.8	29.0	34.6
ბელგია	1728.0	1857.2	1959.4	2201.4	2228.1
ბულგარეთი	226.0	267.1	318.0	373.3	386.3
კანადა	1761.5	1902.4	1990.1	2103.6	2215.4
ჩინეთი	69.6	70.1	81.1	91.6	105.1
ჩეხეთი	887.3	981.1	1065.5	1214.7	1259.3
დანია	1963.5	2117.5	2202.1	2229.4	2287.4
ესტონეთი	399.3	411.6	436.5	503.2	571.2
ფინეთი	1290.0	1412.1	1535.9	1557.8	1700.0
საფრანგეთი	1805.2	1927.8	2185.6	2250.3	2382.4
საქართველო	26.9	33.6	40.5	40.3	46.9
გერმანია	2097.4	2182.2	2285.4	2461.2	2439.8
საბერძნეთი	849.9	1003.8	1066.6	1146.7	1149.8
უნგრეთი	606.1	673.9	783.1	922.9	936.5
ინდოეთი	12.6	13.0	13.2	14.1	15.8
ირანი	153.4	177.4	184.5	278.2	288.4
ირლანდია	1323.0	1585.6	1795.8	1933.2	2080.0
ისრაელი	1313.5	1383.2	1363.8	1340.8	1380.1
იტალია	1506.2	1635.5	1697.4	1689.3	1812.4
იაპონია	1598.9	1700.5	1742.1	1758.1	1863.8
ყაზახეთი	83.2	82.6	104.6	120.9	157.8
ლატვია	256.6	269.6	313.4	345.1	482.3
ლიტვა	393.5	437.0	502.9	585.4	632.7
მექსიკა	235.4	245.9	253.7	268.5	304.0
ნიდერლანდები	1424.9	1585.9	1733.4	1833.3	1928.1
ნორვეგია	2541.7	2752.5	3018.0	3240.6	3406.0
პოლონეთი	413.3	465.4	522.5	527.2	558.8
პორტუგალია	1179.3	1206.6	1289.3	1344.6	1358.8
კორეა	365.1	493.8	504.3	545.3	596.5
მოდღოვა	37.9	41.4	51.4	58.7	78.5
რუმინეთი	205.2	225.0	255.8	289.2	286.0
რუსეთი	245.5	266.6	318.0	341.8	357.5
ესპანეთი	1089.1	1150.9	1228.3	1373.5	1487.5
შვედეთი	1928.6	2044.7	2207.0	2357.1	2401.8
შვეიცარია	1762.9	1910.3	2096.7	2237.9	2347.3
თურქეთი	283.9	313.3	339.3	365.5	402.4
უკრაინა	118.0	141.6	164.8	210.6	241.8
დიდი ბრიტანეთი	1503.2	1687.3	1856.8	1993.1	2208.6
ა.შ.შ	2015.0	2209.8	2384.6	2545.4	2724.7

ნორვეგია	2541.7	2752.5	3018.0	3240.6	3406.0
პოლონეთი	413.3	465.4	522.5	527.2	558.8
პორტუგალია	1179.3	1206.6	1289.3	1344.6	1358.8
კორეა	365.1	493.8	504.3	545.3	596.5
მოლდოვა	37.9	41.4	51.4	58.7	78.5
რუმინეთი	205.2	225.0	255.8	289.2	286.0
რუსეთი	245.5	266.6	318.0	341.8	357.5
ესპანეთი	1089.1	1150.9	1228.3	1373.5	1487.5
შვედეთი	1928.6	2044.7	2207.0	2357.1	2401.8
შვეიცარია	1762.9	1910.3	2096.7	2237.9	2347.3
თურქეთი	283.9	313.3	339.3	365.5	402.4
უკრაინა	118.0	141.6	164.8	210.6	241.8
დიდი ბრიტანეთი	1503.2	1687.3	1856.8	1993.1	2208.6
ა.შ.შ	2015.0	2209.8	2384.6	2545.4	2724.7

წყარო: WHO, Data & Statistics, 2007.

ცხრილი 14: ჯანდაცვაზე თითო სულზე სახელმწიფო დანახარჯები, საერთაშორისო US\$, 2004

№	ქვეყანა	US\$	№	ქვეყანა	US\$	№	ქვეყანა	US\$	№	ქვეყანა	US\$
1	ლუქსემბურგი	4678.5	49	ლატვია	482.3	97	ტაილანდი	189.7	145	ბურკინა ფასო	41.9
2	მონაკო	3593.3	50	სეიშელები	477.8	98	გაბონი	181.7	146	ვირჯინეთი	41.6
3	ნორვეგია	3406.0	51	საუდის არაბეთი	459.7	99	ბელიზი	182.1	147	ინდონეზია	40.5
4	ისლანდია	2746.3	52	კოსტა რიკა	456.0	100	ფიჯი	177.3	148	კორეის დემ. რესპ.	40.2
5	ა.შ.შ.	2724.7	53	Saint Kitts and Nevis	448.2	101	სურინამი	173.1	149	განა	40.0
6	ავსტრია	2582.4	54	ბანამა	422.6	102	ეკვატ. გვინეა	172.0	150	კენია	36.5
7	სან მარინო	2526.8	55	კუვეიტი	416.9	103	კეიპ ვერდე	170.5	151	კამბოჯა	36.0
8	ანდორა	2452.9	56	მალდივესი	402.5	104	თურქმენეთი	168.9	152	აზერბაიჯანი	34.6
9	გერმანია	2439.8	57	თურქეთი	402.4	105	სამოა	167.1	153	ზამბია	34.4
10	შვედეთი	2401.8	58	ბულგარეთი	386.3	106	ქლ. სალვადორი	166.7	154	ჰაიტი	31.7
11	საფრანგეთი	2382.4	59	სინგაპური	380.6	107	ყაზახეთი	157.8	155	იემენი	31.2
12	შვეიცარია	2347.3	60	Côdtk Islands	380.2	108	ალბანეთი	149.4	156	ანგოლა	29.8
13	დანია	2287.4	61	ანტიგუა	364.5	109	პაპუა გვინეა	123.7	157	მაურიტანია	29.8
14	ბელგია	2228.1	62	რუსეთი	357.5	110	Saô Tôm & Prncipe	121.8	158	სენეგალი	29.0
15	კანადა	2215.4	63	არაბეთის ემირ	351.6	111	იამაიკა	121.3	159	მონაკო	28.7
16	დ. ბრიტანეთი	2208.6	64	გრენადა	349.4	112	ალგირი	121.1	160	მალი	26.6
17	ავსტრალია	2106.8	65	ომანი	341.2	113	ვენესუელა	119.6	161	გამბია	23.7
18	ირლანდია	2080.0	66	ურუგვაი	340.9	114	დომინიკანი	119.1	162	კამერუნი	23.1
19	ნიდერლანდები	1928.1	67	ჩილე	338.4	115	ლესოტო	116.6	163	ბენინი	20.7
20	იაპონია	1863.8	68	მაკედონია	334.7	116	ბოლივია	112.9	164	Sierra Leone	20.1
21	იტალია	1812.4	69	ბელარუსი	319.3	117	Timôr-Leste	112.5	165	ცენტ. აფრიკის რესპუბლ	20.0

22	ფინეთი	1700.0	70	ბოცვანა	317.1	118	პერუ	110.5	166	სუდანი	19.1
23	ახ. ზელანდია	1609.7	71	მექსიკა	304.0	119	პარაგვაი	110.2	167	ნეპალი	18.6
24	ესპანეთი	1487.5	72	სამხრ. აფრიკა	302.0	120	ნიცარაგუა	108.9	168	ბანგლადეში	18.1
25	ისრაელი	1380.1	73	ბოსნია ჰერც.	297.6	121	ჰონდურასი	108.3	169	მადაგასკარი	17.1
26	სლოვენია	1371.7	74	ნაურუ	291.6	122	სოლომონის კუნ.	107.7	170	ნიგერია	16.1
27	პორტუგალია	1358.8	75	ირანი	288.4	123	ეკვადორი	106.5	171	ინდოეთი	15.8
28	მალტა	1318.0	76	რუმინეთი	286.0	124	ერაყი	106.2	172	ჩადი	15.4
29	ჩეხეთი	1259.3	77	მავრიტიუსი	282.4	125	ჩინეთი	105.1	173	C te d'Ivoire	15.1
30	საბერძნეთი	1149.8	78	ნამიბია	281.1	126	გვატემალა	105.1	174	ლაოსი	15.1
31	უნგრეთი	936.5	79	გვიანა	274.8	127	ევვიპტე	98.7	175	კონგო	14.8
32	ბრაზილია	821.7	80	ს. ვინსენტი	263.9	128	ვანუატუ	94.7	176	კომოროსი	14.2
33	სლოვაკია	782.4	81	ტუნისია	261.8	129	მონგოლეთი	93.8	177	ლიბერია	14.2
34	პალაუ	766.9	82	კირიბატი	251.5	130	ფილიპინები	80.7	178	ნიგერი	13.6
35	ხორვატია	742.8	83	ტონგა	251.3	131	მაროკო	80.3	179	ტოგო	13.0
36	ბარბადოსი	731.2	84	მაკედონია	250.0	132	მოლდოვა	78.5	180	გვინეა	12.6
37	ბაკამას	675.7	85	ლიბია	245.8	133	უზბეკეთი	74.5	181	ტანზანია	12.4
38	ლიტვა	632.7	86	ტუვალუ	243.7	134	შირი ლანკა	74.1	182	ტაჯიკეთი	11.6
39	კორეის რესპუბლიკა	596.5	87	იორდანია	242.8	135	რუანდა	71.5	183	ეთიოპია	10.9
40	ბაჰრეინი	585.7	88	Niue	242.4	136	ზიმბაბვე	63.9	184	ერიტრეა	10.7
41	არგენტინა	577.6	89	უკრაინა	241.8	137	ჯიბუტი	60.3	185	პაკისტანი	9.4
42	ესტონეთი	571.2	90	მალაიზია	236.6	138	ბუტანი	59.8	186	გვინეა ბისაუ	7.8
43	პოლონეთი	558.8	91	შვაიციანდი	234.3	139	სომხეთი	59.1	187	მიანმარი	4.9
44	მარშალის კუნძულები	538.8	92	ლიბანი	223.6	140	სირია	51.5	188	კონგო	4.3
45	კატარი	526.1	93	დომინიკა	220.5	141	ვიეტნამი	49.8	189	ბურუნდი	4.2
46	კვიპროსი	499.4	94	ტრინიდადი	203.3	142	საქართველო	46.9	190	აელანეთი	3.2
47	ბრუნეი	494.7	95	კუბა	201.3	143	უგანდა	44.3	191	სომალია	5/ა
48	კოლუმბია	490.1	96	ს. ლუჩია	196.1	144	მალავი	43.2			

წყარო: WHO, Data & Statistics, 2007.

ცხრილი 15: ჯანდაცვაზე თითო სულზე სახელმწიფო დანახარჯები, US\$ საშუალო მნიშვნელი, 2004 წ.

1	ლუქსემბურგი	5334.9	49	სინგაპური	321.0	97	ფიჯი	92.0	145	იემენი	13.0
2	ნორვეგია	4512.1	50	ლიტვა	318.1	98	ტუნისია	91.2	146	ჰაიტი	12.7
3	მონაკო	4037.0	51	Saint Kitts and Nevis	316.0	99	სურინამე	89.3	147	ზიმბაბვე	12.5
4	ისლანდია	3678.7	52	საუდის არაბეთი	315.1	100	თურქმენეთი	85.7	148	ბენინი	12.4
5	შვეიცარია	3260.5	53	Côdök Islands	292.7	101	სამოა	83.6	149	მალი	11.7
6	დანია	3206.6	54	პოლონეთი	281.9	102	ვენესუელა	82.1	150	განა	11.5
7	შვედეთი	2999.8	55	მარშალის კუნძულ	263.8	103	ელ სალვადორი	81.6	151	ინდონეზია	11.1
8	ავსტრია	2783.1	56	ნაურუ	253.2	104	ირანი	75.4	152	უზბეკეთი	10.8
9	ა.შ.შ.	2724.7	57	ომანი	239.9	105	კვიპ ვერდე	74.1	153	მავრიტანია	10.1
10	საფრანგეთი	2714.6	58	ლატვია	236.7	106	ალბანეთი	69.3	154	ბუტანი	9.9
11	გერმანია	2709.1	59	თურქეთი	234.7	107	ალჟირი	68.1	155	ვირგინეთი	9.7
12	სან მარინო	2651.6	60	პანამა	229.3	108	ყაზახეთი	65.3	156	აზერბაიჯანი	9.3
13	ირლანდია	2569.7	61	კოსტა რიკა	223.2	109	ტაილანდი	57.0	157	რუნდა	8.8
14	დ. ბრიტანეთი	2501.8	62	გრენადა	213.2	110	გვატემალა	52.0	158	სუდანი	8.7
15	ბელგია	2391.9	63	ბოცვანა	206.7	111	ეკვადორი	51.9	159	კენია	8.6

16	იაპონია	2295.2	64	კუბა	201.8	112	უკრაინა	50.9	160	მოზამბიკა	8.4
17	ნიდერლანდები	2146.2	65	მექსიკა	196.8	113	პერუ	48.6	161	ვიეტნამი	8.1
18	კანადა	2120.9	66	ლიბანი	183.6	114	დომინიკანის რეს	46.8	162	C te d'Ivoire	7.9
19	ავსტრალია	2106.8	67	არგენტინა	173.5	115	გვიანა	46.7	163	კომოროსი	7.5
20	ფინეთი	2056.5	68	ჩილე	168.7	116	ერაყი	45.3	164	ჩადი	7.2
21	იტალია	1936.4	69	გაბონი	159.1	117	ვანუატუ	44.5	165	ნიგერია	7.0
22	ანდორა	1696.9	70	სამხრ. აფრიკა	157.5	118	პონდურასი	42.3	166	უგანდა	6.2
23	ახ. ზელანდია	1577.8	71	ბრაზილია	156.6	119	ლესოტო	41.6	167	კამბოჯა	6.1
24	ესპანეთი	1396.8	72	დომინიკა	153.3	120	Saô Tôme and Príncipe	41.2	168	ლიბერია	5.5
25	Niue	1210.8	73	ს. ლუჩია	151.1	121	ბოლივია	40.0	169	ინდოეთი	5.4
26	პორტუგალია	1192.8	74	მაკედონია	150.3	122	ჯიბუტი	36.7	170	ტანზანია	5.2
27	სლოვენია	1087.0	75	რუსეთი	150.1	123	ტიმორ-ლესტე	34.3	171	გამბია	5.0
28	ისრაელი	1073.4	76	მალდივეს	146.7	124	სოლომონის კუნძუ	32.9	172	ცენტაფრიკუსა	4.9
29	საბერძნეთი	991.5	77	ლიბია	146.3	125	ნიცარაგუა	31.6	173	ნიგერი	4.5
30	მალტა	942.8	78	კოლუმბია	144.7	126	პარაგვაი	29.8	174	მადაგასკარი	4.3
31	კატარ	759.0	79	ბულგარეთი	144.4	127	მოროკო	28.2	175	ერიტრეა	3.9
32	ჩეხეთი	687.2	80	ურუგვაი	136.9	128	სირია	27.4	176	სიერა ლეონე	3.9
33	ბაჰამას	606.7	81	მიკრონეზია	133.6	129	ჩინეთი	26.6	177	ბანგლადეში	3.8
34	პალაუ	598.1	82	ს. ვინსენტი	132.8	130	მოლდოვა	26.0	178	ნეპალი	3.7
35	უნგრეთი	573.0	83	ნამიბია	131.0	131	პაპუა გვინეა	25.7	179	ტოგო	3.7
36	არაბეთის ემირატ	497.4	84	ეკვ. გვინეა	129.6	132	ეკვატორული	25.2	180	ლაოსი	3.4
37	ხორვატია	493.8	85	ტრინიდადი	128.1	133	მონგოლეთი	24.8	181	ტაჯიკეთი	3.0
38	კუვეიტი	490.8	86	მაურიტიუსი	121.6	134	ანგოლა	20.3	182	ეთიოპია	2.9
39	კვიპროსი	491.2	87	რუმინეთი	117.4	135	შრი ლანკა	19.4	183	გვინეა	2.9
40	ბარბადოსი	473.3	88	ბელარუსი	109.8	136	სომხეთი	16.5	184	პაკისტანი	2.7
41	სლოვაკია	416.9	89	ბელიზე	107.8	137	საქართველო	16.4	185	გვინეა-ბისაუ	2.4
42	ბახრეინი	416.6	90	მალაზია	105.9	138	ზამბია	16.2	186	ავღანეთი	2.3
43	კორეის რესპუბ	408.5	91	კირიბატი	104.1	139	სენეგალი	15.9	187	კონგო	1.3
44	სეიშელები	402.5	92	ბოსნია ჰერცეგოვინ	97.5	140	კამერუნი	14.2	188	ბურუნდი	0.8
45	ბრუნეი	377.0	93	იორდანია	96.7	141	მალავი	14.4	189	მიანმარი	0.6
46	ესტონეთი	351.7	94	იამაიკა	95.3	142	ფილიპინები	14.4	190	კორეისსახ რეს	0.2
47	ანტიგუა	342.7	95	შვაზილანდი	93.1	143	კონგო	13.6			
48	ტუვალუ	336.7	96	ტონგა	93.1	144	ბურკინა ფასო	13.3			

წყარო: WHO, Data & Statistics, 2007.

8.5. კერძო ხარჯები ჯანდაცვაზე

ცხრილი 16: კერძო ხარჯები ჯანდაცვაზე, ჯანდაცვაზე მთლიანი ხარჯების %

	2000	2001	2002	2003	2004
სასომხეთი	83.3	77.6	76.4	76.6	73.8
ავსტრია	24.1	24.3	24.6	24.7	24.4
აზერბაიჯანი	79.2	78.2	80.7	77.0	75.0
ბელგია	28.9	29.0	29.4	28.4	28.9
ბრაზილია	59.0	57.1	51.0	47.7	45.9
ბულგარეთი	40.6	43.9	40.3	37.9	42.4
კანადა	29.7	30.1	30.4	29.9	30.28

ჩილე	52.1	50.4	51.9	51.7	53.0
ჩინეთი	61.7	64.4	64.2	63.8	62.0
ჩეხეთი	9.5	10.1	10.3	10.2	10.8
დანია	17.6	17.3	17.1	17.3	17.7
ევგოპტე	60.3	60.2	60.2	60.6	61.8
ესტონეთი	22.5	21.4	22.9	22.9	24.0
საფრანგეთი	24.2	24.1	21.9	21.7	21.6
საქართველო	73.5	72.9	75.5	73.4	72.6
გერმანია	20.3	20.6	20.7	21.3	23.1
საბერძნეთი	47.4	44.5	45.9	46.4	47.2
უნგრეთი	29.3	31.0	29.8	27.7	28.4
ინდოეთი	79.1	80.8	82.2	82.9	82.7
ირანი	59.0	58.6	60.2	51.1	52.2
ისრაელი	28.2	27.8	28.7	29.4	30.0
იტალია	28.0	25.7	25.8	26.3	24.9
იაპონია	18.7	18.3	18.5	19.1	18.7
ყაზახეთი	50.8	47.2	47.0	45.6	40.2
ლატვია	46.1	49.8	48.2	47.5	43.4
ლიტვა	30.3	27.4	25.1	24.0	25.0
მექსიკა	53.4	55.1	56.1	55.9	53.6
ნიდერლანდები	36.9	37.2	37.5	36.9	37.6
ნორვეგია	17.5	16.4	16.5	16.3	16.5
პოლონეთი	30.0	28.1	28.8	30.0	31.4
კორეა	50.0	46.9	48.3	48.1	47.4
მოდლოვა	51.5	51.3	48.2	49.0	43.2
რუმინეთი	32.7	34.2	34.8	32.2	33.9
რუსეთი	37.7	39.6	37.9	38.4	38.7
სამხრეთ აფრიკა	57.6	58.8	59.4	60.3	59.6
ესპანეთი	28.4	28.8	28.7	29.6	29.1
შვეცია	15.1	15.1	14.9	14.6	15.1
შვეიცარია	44.4	42.9	42.1	41.5	41.5
თურქეთი	37.1	31.8	29.6	28.4	27.7
უკრაინა	50.5	49.2	47.4	44.5	43.3
დ. ბრიტანეთი	19.1	17.0	16.6	14.4	13.7
ა.შ.შ.	56.0	55.2	55.2	55.4	55.3

წყარო: WHO, Data & Statistics, 2007.

ცხრილი 17: ჯიბიდან გადახდები, ჯანდაცვაზე კერძო ხარჯების პროცენტი

	2000	2001	2002	2003	2004
სასომხეთი	92.70	81.80	89.10	90.10	89.20
ავსტრია	69.50	70.00	69.30	69.40	67.90
აზერბაიჯანი	93.00	93.10	93.70	93.60	93.60
ბელგია	83.10	83.10	83.30	83.50	83.50
ბრაზილია	64.90	64.10	64.20	64.20	64.20
ბულგარეთი	99.00	99.20	98.50	97.60	98.00
კანადა	53.50	50.60	49.80	48.60	49.40
ჩილე	47.10	48.00	47.30	46.20	45.90
ჩინეთი	95.60	93.10	90.00	87.60	86.50

ჩეხეთი	100.00	100.00	94.50	97.70	95.50
დანია	91.00	92.00	92.80	90.90	81.30
უგვიპტე	94.30	94.60	94.80	94.30	94.30
ესტონეთი	88.50	88.90	87.60	88.30	88.80
საფრანგეთი	43.40	43.30	35.80	35.60	34.90
საქართველო	89.80	80.30	80.50	84.80	87.20
გერმანია	55.10	55.60	55.00	55.20	57.50
საბერძნეთი	94.70	95.20	94.30	94.30	95.70
უნგრეთი	89.80	89.30	88.20	88.90	88.00
ინდოეთი	92.10	92.70	93.30	93.50	93.80
ირანი	95.40	94.70	95.10	94.80	94.80
ისრაელი	80.70	79.60	78.30	76.10	75.00
იტალია	87.20	85.20	84.20	84.60	84.40
იაპონია	90.10	89.90	93.30	94.20	94.90
ყაზახეთი	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
ლატვია	96.80	95.30	94.40	96.80	98.30
ლიტვა	86.20	97.00	98.20	96.60	96.80
მექსიკა	95.30	95.00	94.80	94.70	94.40
ნიდერლანდები	24.30	23.40	21.40	21.20	20.60
ნორვეგია	95.50	95.70	95.40	95.00	95.20
პოლონეთი	100.00	100.00	88.20	88.00	89.60
კორეა	79.40	81.30	82.00	79.80	80.40
მოდოლა	98.00	96.90	92.50	93.40	96.00
რუმინეთი	100.00	100.00	93.80	94.20	93.40
რუსეთი	73.90	73.40	74.60	75.80	76.70
სამხრეთ აფრიკა	18.90	17.80	16.80	17.10	17.20
ესპანეთი	83.10	83.10	82.60	81.20	81.00
შვედეთი	91.10	92.20	91.60	92.90	92.00
შვეიცარია	74.10	73.90	74.80	76.00	76.70
თურქეთი	74.60	73.40	70.70	69.90	69.10
უკრაინა	89.50	89.90	90.20	89.80	90.50
დიდი ბრიტანეთი	69.50	78.30	80.30	91.00	91.80
ა.შ.შ.	26.50	25.80	24.90	24.30	23.80

წყარო: WHO, Data & Statistics, 2007.

ცხრილი 18: კერძო წინასწარგადახდის სქემების პროცენტული წილი ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯებში, 2004 წ.

№	ქვეყანა	%	№	ქვეყანა	%	№	ქვეყანა	%
1	სამხრეთ აფრიკა	77.5	41	მალაუი	14.6	81	ტოგო	4.0
2	ნამიბია	77.2	42	პარაგვაი	13.9	82	ვენესუელა	3.8
3	ურუგვაი	68.9	43	მალაიზია	13.2	83	იტალია	3.6
4	ა.შ.შ.	66.4	44	ბაჰრეინი	12.8	84	უნგრეთი	3.2
5	ბაჰამა	58.6	45	თურქეთი	12.5	85	ნიკარაგუა	3.2
6	საფრანგეთი	57.3	46	ფილიპინები	12.1	86	სან მარინო	3.2
7	ჩილე	54.0	47	ბელგია	12.0	87	ვიეტნამი	2.9
8	სლოვენია	51.7	48	ნიგერია	11.7	88	კოსტა რიკა	2.1

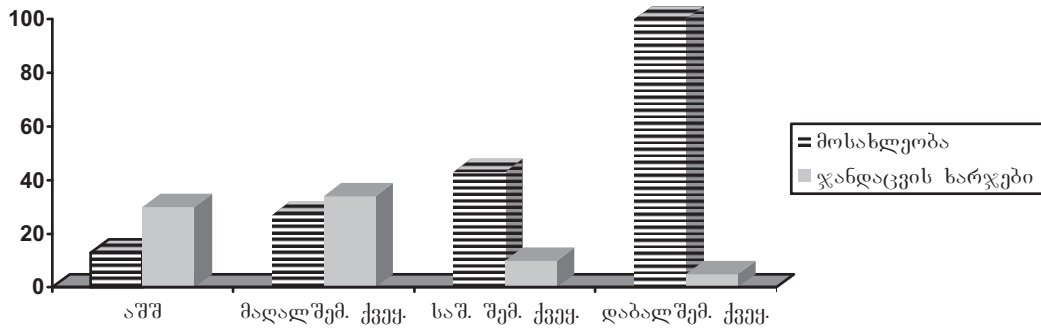
9	კოლუმბია	51.0	49	C te d'Ivoire	11.3	89	ჩეხეთი	2.1
10	ნიდერლანდები	50.6	50	მადაგასკარი	11.1	90	ეთიოპია	1.9
11	არგენტინა	45.6	51	ფინეთი	10.3	91	იაპონია	1.9
12	საუდის არაბეთი	43.7	52	მავრიტიუსი	10.0	92	ჰოლანდია	1.9
13	კანადა	42.3	53	რუსეთი	9.9	93	შვეცია	1.9
14	გერმანია	39.1	54	კუვეიტი	9.6	94	საქართველო	1.8
15	ბრაზილია	35.8	55	დანია	9.2	95	ლატვია	1.7
16	ავსტრია	33.6	56	ჰონდურასი	9.0	96	ბურკინა ფასო	1.4
17	ირლანდია	32.7	57	ბოლივია	8.8	97	ჯიბუტი	1.4
18	იამაიკა	32.1	58	შრი ლანკა	8.8	98	რუანდა	1.3
19	ომანი	28.6	59	დ. ბრიტანეთი	8.2	99	უკრაინა	1.2
20	ზიმბაბვე	27.8	60	იორდანია	7.4	100	მოლდოვა	1.1
21	ანდორა	26.8	61	მალტა	7.3	101	ინდოეთი	0.8
22	ისრაელი	25.0	62	კორეის რესპ.	7.1	102	სურინამი	0.8
23	მაროკო	24.0	63	ნიგერია	6.7	103	მოზამბიკი	0.6
24	ახ. ზელანდია	22.6	64	განა	6.6	104	ზამბია	0.6
25	ბარბადოს	21.4	65	ხორვატია	6.2	105	ჩადი	0.5
26	დომინიკან რესპუბლიკა	21.1	66	პაპუა ახ. გვინეა	6.2	106	ლაოსი	0.5
27	შვაილანდი	21.1	67	კენია	6.1	107	ლიტვა	0.5
28	შვეიცარია	21.1	68	ტრინიდადი	6.1	108	მალი	0.5
29	ავსტრალია	20.4	69	ინდონეზია	5.9	109	აზერბაიჯანი	0.4
30	ბიცივანა	19.8	70	ეკვადორი	5.8	110	ტონგა	0.4
31	არაბეთის გაერთ. ემირატ.	18.4	71	ელ სალვადორი	5.6	111	ეკვატორი	0.3
32	მონაკო	17.8	72	მექსიკა	5.6	112	ესტონეთი	0.3
33	ლუქსემბურგი	17.6	73	ჩინეთი	5.5	113	სასომხეთი	0.2
34	პანამა	17.5	74	კვიპროსი	5.4	114	ბულგარეთი	0.2
35	პერუ	17.5	75	ალჟირი	5.2	115	კვიპ ვერდე	0.2
36	ტაილანდი	16.5	76	ტანზანია	4.8	116	უგანდა	0.2
37	ესპანეთი	16.2	77	ირანი	4.4	117	ბანგლადეში	0.1
38	პორტუგალია	15.9	78	სენეგალი	4.4	118	ბელარუსი	0.1
39	ლიბანი	15.4	79	საბერძნეთი	4.3	119	ბენინი	0.1
40	ტუნისია	15.3	80	გვატემალა	4.2			

წყარო: WHO, Data & Statistics, 2007.

8.6. ჯანდაცვაზე დანახარჯები მსოფლიოში

ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზრის მოცულობა არათანაბრადაა განაწილებული მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონებში, რადგან დამოკიდებულია ქვეყნისა და მოსახლეობის შემოსავლების დონეზე. ცხადია, რაც უფრო შემოსავლიანია ქვეყნის მოსახლეობა, მით მეტია ჯანდაცვის რესურსები. ამასთან, რაც უფრო მეტია შემოსავლები და შესაბამისად ჯანდაცვის რესურსები, მით მცირდება დაავადებების გავრცელება და სამედიცინო დახმარების საჭიროება.

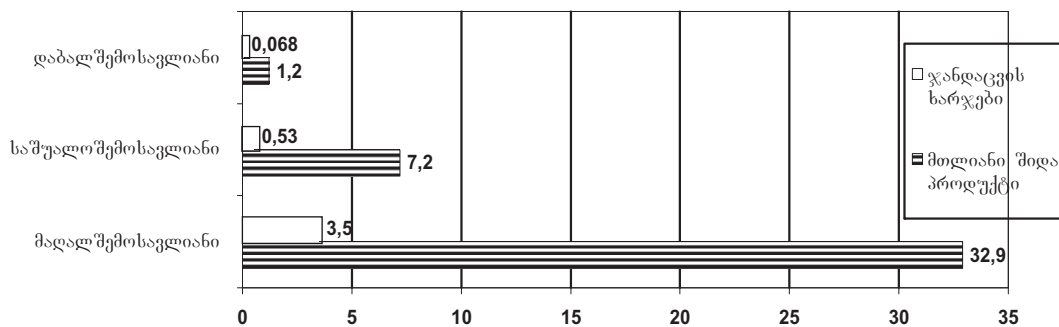
ნახ 5: მოსახლეობის რაოდენობა და ჯანდაცვის ხარჯები



წყარო: Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.

მსოფლიო ბანკის მონაცემებით, 2004 წელს მსოფლიოს მთლიანი შიდა პროდუქტი შეადგენდა 41,3 ტრილიონ ა.შ.შ. \$-ს, რომლიდანაც ჯანდაცვაზე 4,1 ტრილიონი ა.შ.შ. \$ (10%) დაიხარჯა, რაც 4,9 ტრილიონი ინტერნაციონალური დოლარის ექვივალენტია (ინტერნაციონალური დოლარი გამოიყენება სხვადასხვა ეროვნული ვალუტის მსყიდველობითი ძალის დასადგენად). ჯანდაცვაზე ფინანსური რესურსების გეოგრაფიული განაწილება არათანაბარია. მკვლევარები ასეთ განაწილებას 20/90-ის სინდრომს უწოდებენ, სადაც ეკონომიკური კოორპორაციისა და განვითარების ორგანიზაციის (OECD) 30 ქვეყანა, რომლის მოსახლეობა მსოფლიოს მოსახლეობის 20 %-ს შეადგენს, ჯანდაცვაზე ხარჯავს მსოფლიო ჯანდაცვის რესურსების 90 %-ს.

ნახ. 6: მსოფლიოს მთლიანი შიდა პროდუქტი და ჯანდაცვის ხარჯები ტრილიონი ა.შ.შ. \$, 2004 წ.



წყარო: World Health Statistics 2007, WHO, 2008.

ცხრილი 19: ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები მსოფლიოში, 2001, 2004 წწ.

	2001	2004
ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები მსოფლიოში	3,059 ტრილიონი ა.შ.შ. \$	4,1 ტრილიონი ა.შ.შ. \$
მსოფლიოს მთლიანი შიდა პროდუქტის %	9 %	10 %

წყარო: World Health Statistics 2007, WHO, 2008.

ეკონომიკური კოოპერაციისა და განვითარების ორგანიზაციის (OECD) ქვეყნებში ჯანდაცვაზე ხარჯები მთლიანი შიდა პროდუქტის დაახლოებით 11%-ს შეადგენს, მაშინ როდესაც სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიის და აფრიკის რეგიონში იგი დაახლოებით 4,5%-ს შეადგენს⁵. ეკონომიკური კოოპერაციისა და განვითარების ორგანიზაციის (OECD) ქვეყნებში ერთ სულზე იხარჯება დაახლოებით 3080 (US\$ 3170) საერთაშორისო დოლარი, მაშინ, როდესაც სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიის რეგიონში იგი 102 საერთაშორისო დოლარს (US\$ 36) შეადგენს⁵. აქვე აღსანიშნავია, რომ სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიის და აფრიკის რეგიონში, რომლის მოსახლეობა შეადგენს მსოფლიო მოსახლეობის 37%-ს და გლობალური DALY-ის 50 %-ზე მეტს, იხარჯება ჯანდაცვის გლობალური რესურსების მხოლოდ 2%-ს. დასავლეთ წყნარი ოკეანის რეგიონში, ავსტრალიის, იაპონიის, ახალი ზელანდიის და კორეის რესპუბლიკის გამოკლებით, სადაც მოსახლეობა შეადგენს მსოფლიო მოსახლეობის 24%-ს (ჩინეთის ჩათვლით), ავად ყოფნის გლობალური ტვირთის 18%-ს, იხარჯება ჯანდაცვის გლობალური რესურსების მხოლოდ 2 %-ს. ამერიკისა და ევროპის რეგიონში, ეკონომიკური კოოპერაციისა და განვითარების ორგანიზაციის (OECD) ქვეყნების გამოკლებით, სადაც მოსახლეობა შეადგენს მსოფლიო მოსახლეობის 12%-ს და ავად ყოფნის გლობალური ტვირთის 11%-ს, იხარჯება ჯანდაცვის გლობალური რესურსების 2%-ზე ნაკლები⁵. ამგვარად, მდიდარი ქვეყნები, მცირე მოსახლეობით და ავად ყოფნის დაბალი გლობალური ტვირთით, იყენებენ უფრო მეტ ჯანდაცვის რესურსებს, ვიდრე ღარიბი ქვეყნები, მოსახლეობის დიდი რაოდენობით და ავად ყოფნის მაღალი გლობალური ტვირთით. აღნიშნული მიგვანიშნებს, რომ ღარიბი ქვეყნები საჭიროებენ ჯანდაცვის დამატებით რესურსებს.

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში მოცემულია ჯანდაცვაზე დანახარჯები მსოფლიო რეგიონების მიხედვით. 1997 წლის მონაცემებით, მსოფლიოში ჯანდაცვაზე დანახარჯების საშუალო მაჩვენებელი მთლიანი შიდა პროდუქტის 5.1%-ს შეადგენს. ამ მხრივ, ყველაზე უფრო მაღალი მაჩვენებელი განვითარებულ ქვეყნებზე მოდის – 7,7%, დაბალი მაჩვენებელი კი - აზიის რეგიონზე (4%).

ცხრილი 20: ჯანდაცვაზე დანახარჯები მსოფლიო რეგიონების მიხედვით, 1997 წ.

რეგიონი	ჯანდაცვაზე დანახარჯები		ჯანდაცვის ხარჯები წყაროების მიხედვით (მთლიანის %)		ჯანდაცვის ხარჯები ერთ სულ მოსახლეზე (US\$)	
	ერთ სულზე (US\$)	შპპ %	სახელმწიფო	კერძო	სახელმწიფო	კერძო
ქვე-საჰარის ქვეყნები	36	4,9	33,4	37,6	12	13,5
აზიის ქვეყნები	60	4	40,9	48,1	24,5	28,9
შუა აღმოსავლეთის ქვეყნები	190	4,3	55	42,9	104,5	81,5
ლათინური ამერიკის ქვეყნები	118	5,3	54,9	37,4	64,8	44,1
განვითარებადი ქვეყნები	150	4,3	72,7	27,3	109,1	41

განვითარებული ქვეყნები	1675	7,7	77	23	1289,8	385,3
საშუალო მაჩვენებელი მსოფლიოში	372	5,1	55,7	31,1	207,2	115,7

წყარო: ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მოხსენება, ჟენევა, 1997 წ.

რეკონსტრუქციისა და განვითარების მსოფლიო ბანკის მონაცემებით, ჯანდაცვაზე ხარჯების ყველაზე მეტი ზრდა 2002 წელს (1998 წელთან შედარებით) შეინიშნებოდა კავკასიის ქვეყნებში (8,6%), სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში (6,1%) და ჩრდილოეთ ამერიკაში (5,2%)⁶.

ცხრილი 21: ჯანდაცვის ბაზრის შეფასება რეგიონების მიხედვით

რეგიონები	2002 (მლრდ \$)	1 სულზე ხარჯების საშუალოწლიური მატება (%)	2010 (მლრდ \$)	2020
აღმოსავლეთ ევროპის დსთ-ს ქვეყნები	33,17	5,0	41,5	62,3
დსთ-ს კავკასიის ქვეყნები	0,48	6,0	0,6	0,96
დსთს ცენტრ. აზიის ქვეყნები	1,93	4,0	2,4	3,7
ევროკავშირი	880,49	2,0	968,6	1 162,3
ევროპის სხვა ქვეყნები	48,95	3,0	56,4	73,3
ჩრდ. ამერიკა	1 639, 69	5,0	2 049,7	3 074,6
ცენტრ. და სამხრ. ამერიკა	285, 03	3,0	327,8	426,2
აფრიკა	225, 17	3,0	258,9	336,6
აზლო აღმოსავლეთი, ჩრდ. აფრიკა	35,84	1,5	38,7	44,5
სამხრეთ აზია, ინდოეთი	35,97	4,0	43,2	60,5
სამხრ. აღმ აზია (ვიეტნამი, ინდონეზია..)	39,11	4,0	46,9	65,7
აღმოსავლეთ აზია (ჩინეთი...)	423,30	5,0	529,1	793,7
სხვა რეგიონები	44,45	4,0	55,6	77,8
სულ	3 608,7		4 113,7	6 182,4

წყარო: <http://www.worldbank.org> (13.07.2005); The World Health Report 2005: Make every mother and child count. Geneva, WHO.2005

მოზამბიკა, ტანზანია და ეთიოპია მსოფლიოს უღარიბეს ქვეყნებს წარმოადგენენ. ამ აგრარულ ქვეყნებში სოფლად უფრო მეტი ცხოვრობს ვიდრე ქალაქად, ხოლო ერთ სულ მოსახლეზე შემოსავალი 200 \$-ზე ნაკლებია. დაბადებულ ბავშვთა ნახევარზე მეტი 5 წლის ასაკს ვერ აღწევს, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 50 წელზე ნაკლებია. შვეიცარია და შვეიცარიაში, რომელთა ქალაქის მოსახლეობის საშუალო შემოსავალი თითო სულზე გაანგარიშებით 30000 \$-ს აღემატება, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 78 წელზე მეტია.

ცხრილი 22: ჯანმრთელობის ძირითადი მაჩვენებლების და ჯანდაცვაზე დანახარჯების შედარება ცალკეული ქვეყნების მიხედვით, 1990 წ.

	მოსახ ლ	მატები ს %	GNP/ სულზე \$	მატები ს %	ჯანდაცვი ს ხარჯები/ სულზე \$	GNP- ის წილი	სახელმ წიფოს წილი	ექიმი 1000 პირზე	საწოლ ი 1000 პირზე	თB	ახალშ. სიკვდ	სიცოც ხ. საშ. ხანგ.
მსოფლიო	5,267	1,7	4010	1,2	323	8	61	1,3	3,6	1,4	5,3	65
კენია	2,4	3,8	340	0,3	16	4,3	63	0,1	1,7	1,4	6,7	59
ნიგერია	96	3,0	340	-2,3	9	2,7	44	0,15	1,4	2,2	8,5	49
ინდოეთი	850	2,1	330	3,2	21	6	22	0,4	0,7	2,2	9	58
ჩინეთი	1,134	1,5	370	7,8	11	3,5	60	1,4	2,6	1,7	3,8	69
მექსიკა	86	2	3030	-0,5	132	3,2	50	0,5	1,3	1,1	3,6	70
თურქეთი	56	2,3	1780	2,9	76	4	38	0,7	2,1	0,6	5,8	65
იაპონია	124	0,5	26930	3,6	1538	6,5	74	1,6	15,9	0,4	0,5	79
გერმანია	79	0,1	23650	2,2	1511	8	73	2,7	8,7	0,2	0,7	76
დიდი ბრიტანეთი	57	0,2	16550	2,6	1039	6,1	85	1,4	6,3	0,1	0,7	76
ა.შ.შ.	250	0,9	22240	1,7	2763	12,7	44	2,4	5,3	0,1	0,9	76

წყარო: Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.

დაბალშემოსავლიანი ქვეყნები, რომლებიც ჯანდაცვაზე მშპ-ის 4%-ზე ნაკლებს ხარჯავენ, ხასიათდებიან მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაბალი მაჩვენებლებით. იგი განპირობებულია როგორც არასაკმარისი დაფინანსებით, ასევე სახსრების არარაციონალური განაწილებით, კერძოდ, ზოგჯერ საკმაოდ დიდი სახსრები პირველადი სამედიცინო დახმარების ნაცვლად იხარჯება სპეციალური, მესამე დონის სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსებაში.

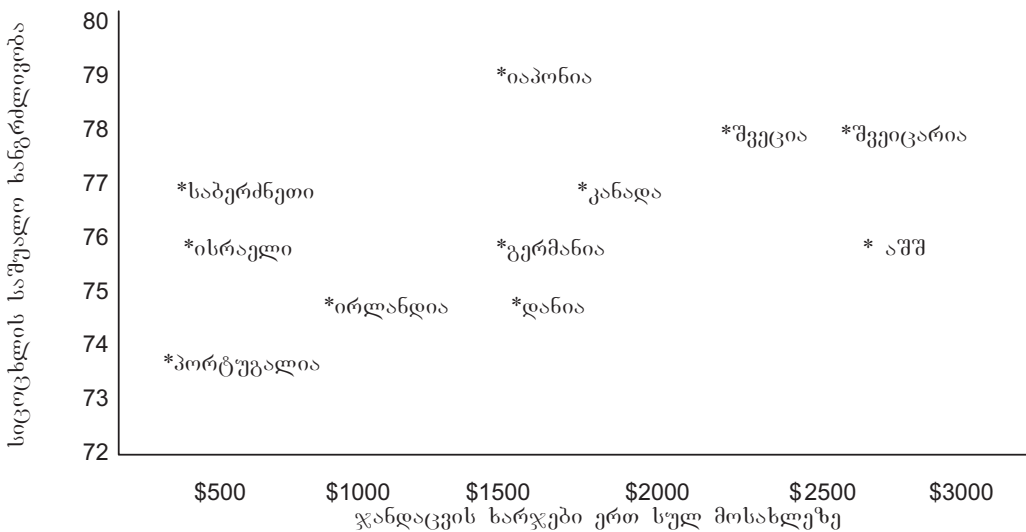
ქვესაპარის აფრიკის დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ერთ სულ მოსახლეზე იხარჯება 36 \$ (1997 წ.), 1000 მოსახლეზე 0,1 ექიმი და 1,4 საწოლი, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენს 52 წელს, პერინატალური სიკვდილიანობის მაჩვენებელი - ყოველ 1000 ახალშობილზე 68-ს, ტუბერკულოზით დაავადებულთა მაჩვენებელი - 1000 მოსახლეზე 2,2% (1990 წ.).

დაბალშემოსავლიანი ქვეყნებისთვის დამახასიათებელია სოფლად მოსახლეობის დიდი რაოდენობა, ინფექციურ დაავადებათა მეტი გავრცელება, არასრულფასოვანი კვება. თუმცა, ქალაქში მცხოვრები, სამთავრობო სექტორში დასაქმებულებს უფრო მეტი შემოსავლები აქვთ და შესაბამისად მათი სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის დონე უფრო მაღალია. აღნიშნული მდგომარეობა რესურსების არათანაბარ განაწილებას განაპირობებს, ასე მაგალითად, დედაქალაქში თანამედროვე დონის, ძვირადღირებული სამედიცინო ტექნოლოგიების მქონე საავადმყოფოს არსებობა, მაშინ როდესაც რეგიონებში ექიმების სინაკლებება, ხოლო საავადმყოფოების დონეზე ზედმეტია ლაპარაკი. ჯანდაცვის ბიუჯეტის თითქმის ნახევარზე მეტი დედაქალაქის სამედიცინო დაწესებულებებისათვის იხარჯება¹. ასე მაგალითად, კენიის ჯანდაცვის ბიუჯეტის 35 %-ზე მეტი იხარჯება კენიის ეროვნულ საავადმყოფოზე, რომელიც ქვეყნის დედაქალაქში, ნაირობშია განთავსებული (შედარებისათვის, ჯონ ჰოპკინსის საუნივერსიტეტო ჰოსპიტალისათვის ა.შ.შ.-ის ჯანდაცვის ბიუჯეტის მხოლოდ 0,6 % იხარჯება)¹. ხშირად, ასეთი ქვეყნებში უფრო მეტი ვიწრო სპეციალისტებია ვიდრე პირველადი ჯანდაცვის ექიმები, რომლითაც შესაძლებელი იქნებოდა ფართოდ გავრცელებული დაავადებების პროფილაქტიკა და მკურნალობა პირველად დონეზე.

საშუალოშემოსავლიანი ქვეყნები ინდუსტრიალიზაციის პროცესს განიცდიან. მიუხედავად იმისა, რომ მათი უმეტესობა აგრარული ქვეყნებია, მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი განიცდის ქალაქად მიგრაციას. ეკონომიკური აღმავლობის შედეგად ზოგ ქვეყანაში მკვეთრად გაიზარდა ჯანდაცვის ხარჯებში სახელმწიფო დაფინანსების წილი. ჩამოყალიბდა სოციალური დაზღვევის სახელმწიფო სისტემები. ზოგ სწრაფი ეკონომიკური აღმავლობის ქვეყნებში, მაგ, კორეაში მნიშვნელოვნად განვითარდა კერძო სადაზღვევო სისტემა. საშუალოშემოსავლიან ქვეყნებში სამედიცინო სადაზღვევო სისტემა გარდამავალ ეტაპზე იმყოფება. მიუხედავად იმისა, რომ კანონის მიხედვით უნივერსალური მოცვაა დეკლარირებული, რეალურად სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა არათანაბარია. ამის შედეგად, ამ ქვეყნებში უფრო მეტად ისეთი დაავადებებია გავრცელებული, რომლებიც დაკავშირებულია ცხოვრების ჯანსაღი წესის არასაკმარისად დამკვიდრებაზე (გულსისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები, სიმსივნე)¹. გარდა ამისა ამ ქვეყნებისათვის დამახასიათებელია რესურსების არათანაბარი განაწილება, კერძოდ ქალაქად დიდი საუნივერსიტეტო კლინიკური საავადმყოფოების არსებობა, მაშინ როდესაც სოფლად ექიმების ნაკლებობაა, აგრეთვე, ვიწრო სპეციალისტების დიდი რაოდენობა, მაშინ როდესაც პირველადი ჯანდაცვის ექიმების სინაკლებეა¹.

მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვაზე საშუალოდ 1675 \$ (1997 წ.) იხარჯება¹. ამ მხრივ, ყველაზე დიდი მაჩვენებლით ხასიათდება ა.შ.შ. (2763 US\$ - 1990წ.), შვეიცარია (2750 US\$ - 1989 წ.), საფრანგეთი (1415 US\$ - 1989)¹. მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში აღინიშნება მკვეთრი განსხვავება ექიმების რაოდენობაში (1,4-დან 4,3-მდე 1000 მოსახლეზე), საწოლთა რაოდენობაში (3,9-დან 16,1-მდე 1000 მოსახლეზე), სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციაში, ჯანდაცვის მთლიან ჯარჯებში (\$383-დან \$2763-მდე თითო სულზე), მაგრამ მიუხედავად ამისა, ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები ამ ქვეყნებში თითქმის თანაბარია¹. სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 74 წლიდან 79 წლამდე მერყეობს, ახალშობილთა სიკვდილობა – 5-დან 9-მდე ყოველ 1000 ახალშობილზე¹. ჯანდაცვის პრობლემები ძირითადად დაკავშირებულია მოსახლეობის დაუზღვეველ ნაწილთან, ეთნიკურ უმცირესობებთან, ან ღარიბ უბნებში მცხოვრებ მოსახლეობასთან.

ნახ 7: ჯანდაცვის ხარჯები და სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა



წყარო: The World Bank Development Report, 1993.

გასული საუკუნის 60-70-იან წლებში ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში აღინიშნება ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის ტენდენცია. იგი განპირობებული იყო ეკონომიკური აღმავლობის პირობებში ახალი ტექნოლოგიების დანერგვით, სამედიცინო დაწესებულებების ქსელის გაფართოებით. აღნიშნულ პერიოდში ზოგ ქვეყნებში ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის პროცენტულმა მაჩვენებელმა 60 %-ს გადააჭარბა. ამ მხრივ განსაკუთრებით აღსანიშნავია ირლანდია (64 %), ბელგია (61 %), ესპანეთი (51 %).

ცხრილი 23: ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის პროცენტული მაჩვენებელი

	ჯანდაცვის ხარჯები საერთო ეროვნულ შემოსავალთან შედარებით (1970 წ.)	ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის პროცენტული მაჩვენებელი (1970-1980 წწ.)	ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის პროცენტული მაჩვენებელი (1980-1990 წწ.)
ა.შ.შ.	12.4 %	24 %	35 %
საფრანგეთი	8.8 %	31 %	16 %
შვეცია	8.6 %	31 %	- 9 %
გერმანია	8.3 %	42 %	- 1 %
ნიდერლანდები	8.2 %	33 %	3 %
ბელგია	7.6 %	61 %	15 %
ნორვეგია	7.4 %	32 %	12 %
ირლანდია	7.0 %	64 %	- 24 %
ესპანეთი	6.6 %	51 %	18 %
დიდი ბრიტანეთი	6.2 %	29 %	7 %

წყარო: ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაცია (OECD), ფაქტები და მიმართულებები, 1993 წ.

ზოგიერთ ქვეყნებში ჯანდაცვაზე ხარჯები აღემატებოდა ეკონომიკური ზრდის ტემპებს, რამაც უარყოფითად იმოქმედა ქვეყნის განვითარებაზე. სახელმწიფოები იძულებული იყვნენ დაეწესებინათ მაღალი გადასახადები.

შეიძლება არადადამაჯერებლად მოგვეჩვენოს, მაგრამ, მკვლევართა აზრით, ხარჯების ზრდა შეიძლება არ იყოს დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობის, ან ექიმების, საავადმყოფოების, დაზღვეულთა რაოდენობის ზრდასთან¹. ასე მაგალითად, ა.შ.შ. ჯანდაცვაზე ყველაზე მეტს ხარჯავს, მაგრამ 1000 მოსახლეზე გათვლით პაციენტის მიერ გატარებული საწოლ/დღეთა რაოდენობის მიხედვით 22 ადგილი უკავია განვითარებულ ქვეყნებს შორის (მხოლოდ საბერძნეთს აქვს მასზე დაბალი მაჩვენებელი), ექიმთან ვიზიტების მიხედვით მე-14-ე ადგილი უკავია, ხოლო გამოწერილი სამკურნალო საშუალებების მიხედვით – მე-19-ე ადგილი⁷. მიკროდონეზე კონტროლის დაწესება, სამედიცინო მომსახურების მოცულობის შემცირებით, არ ამცირებს ჯანდაცვაზე მთლიან ხარჯებს¹.

იაპონიაში და დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში ა.შ.შ-თან შედარებით ჯანდაცვის ხარჯები გაცილებით დაბალია, მაგრამ ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები და მოსახლეობის კმაყოფილების დონე ა.შ.შ-ს აღემატება. მკვლევართა აზრით, ამის მიზეზია ის მდგომარეობა, რომ ა.შ.შ.-ში ხარჯებზე კონტროლი ძირითადად მომხმარებლის და არა მიმწოდებლის დონეზე ხორციელდება, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებში ძირითად აქცენტი კეთდება მიმწოდებლის და არა მომხმარებლის მოთხოვნის შემცირებაზე, სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა, აგრეთვე

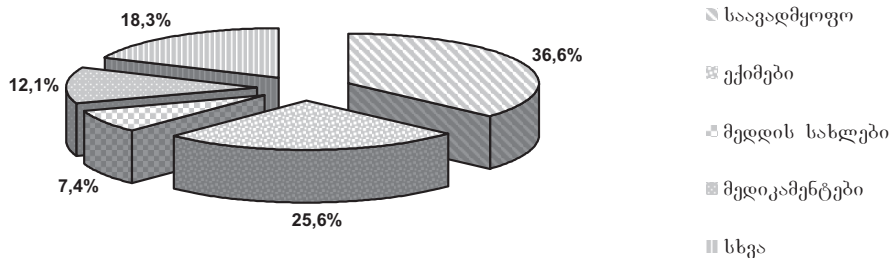
მათი ხელფასის მოცულობა ლიმიტირებულია და მათი დადგენა საერთო სახელმწიფო დონეზე ხორციელდება, ხოლო ძვირადღირებული, ახალი სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ტექნოლოგიების შესყიდვა შეზღუდულია. სახელმწიფო არ აფინანსებს სამედიცინო დახმარების ყველა ხარჯებს, შემოღებულია ხელშეკრულებები, რომელშიც მითითებულია სამედიცინო დახმარების მოცულობა და ის სახეები, რომელსაც იგი დააფინანსებს გარკვეული პერიოდის განმავლობაში¹.

ცხრილი 24: ერთ სულზე გათვლით სამედიცინო ტექნოლოგიების რაოდენობა

	კანადა		გერმანია		ა.შ.შ.	
	რაოდენობა	მლნ მოსახლეზე	რაოდენობა	მლნ მოსახლეზე	რაოდენობა	მლნ მოსახლეზე
ღია-გულის Qქირურგია	36	1,3	61	0,8	945	3,7
კარდიოკათეტერიზაცია	78	2,8	277	3,4	1631	6,4
ორგანოების ტრანსპლანტაცია	34	1,2	39	0,5	612	2,4
რადიაციული თერაპია	132	4,8	373	4,6	2637	10,3
ლითოტრიპსია	13	0,5	117	1,4	480	1,9

წყარო: Dale A. Rublee, Medical Technology in Canada, Germany and United States: An Update, "Health Affairs, 13(4): 113-117, 1994.

ნახ 8: ა.შ.შ. ჯანდაცვის ხარჯები, 1997 წ.



წყარო: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health, Statistics, National Health Interview Survey. Health, United States 2006.

ცხრილი 25: ა.შ.შ. ჯანდაცვის ხარჯები, 1997 წ.

	მოლიანის %	თითო სულზე
საავადმყოფო	36 %	1509 \$
ექიმები	20 %	852 \$
სტომატოლოგები	4 %	175 \$
მედიკამენტები	8 %	353 \$
მედის სახლები	8 %	340 \$
ჯანმრთელობის სახლები	3 %	123 \$
მოწყობილობები	1 %	55 \$
სხვა	9 %	375 \$
საორგანიზაციო	5 %	215 \$
საზოგადოებრივი ჯანდაცვა	3 %	113 \$
კვლევითი მუშაობა	2 %	62 \$
მშენებლობა, რემონტი	1 %	54 \$

წყარო: U.S. Office of the Actuary, Health Care Financing Administration 1995 – 2000 (projections). The Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.

ცხრილი 26: ჯანდაცვის დანახარჯები ა.შ.შ-ში 1960-2001 წწ. (მილიარდი \$)

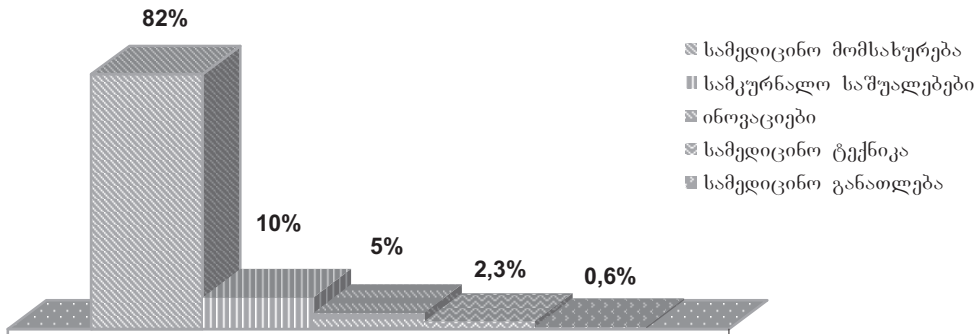
	1960	1970	1980	1990	1995	1998	1999	2000	2001
შვპ	527	1040	2796	5803	7400	8781	9274	9825	10082
ფედერალური ბიუჯეტის დანახარჯები	85,8	198,6	576,6	1228,7	1575,7	1705,9	1755,3	1827,1	1936,4
შტატისა და ადგილობრივი ბიუჯეტის დანახარჯები	38,1	107,5	307,8	660,8	902,5	1033,7	1105,8	1196,2	1292,6
ჯანდაცვაზე დანახარჯები	26,7	73,1	245,8	696,0	990,0	1150,0	1219,7	1310,0	1424,5
კერძო	20,1	45,4	140,9	413,5	532,5	628,4	669,7	718,7	777,9
სახელმწიფო	6,6	27,6	104,8	282,5	457,7	521,6	550,0	591,3	646,7
ფედერალური ბიუჯეტიდან	2,8	17,6	71,3	192,7	323,5	368,7	386,2	415,1	454,8
შტატისა და ადგილობრივი ბიუჯეტიდან	3,8	10	33,5	89,8	143,2	152,9	163,8	176,2	191,8

8.7. ჯანდაცვის ბაზრის მოცულობა

ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზარი რამდენიმე სეგმენტად იყოფა:

- < სამედიცინო საქონლის სეგმენტი - სამკურნალო საშუალებებისა და სამედიცინო ტექნიკის ბაზრები;
 - < სამედიცინო და სასწავლო-საგანმანათლებლო მომსახურების სეგმენტი – სამედიცინო მომსახურების სეგმენტი შედგება სამი ნაწილისაგან:
 - < სასწრაფო და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება;
 - < დააჯადებათა მკურნალობა;
 - < პროფილაქტიკა.
 - < ინოვაციების სეგმენტი – სამეცნიერო კვლევები, პატენტები, პატენტური ლიცენზიები, პროგრამული პროდუქტები, სასწავლო პროგრამები.
- მკვლევართა შეფასებით, სამედიცინო მომსახურება შეადგენს მსოფლიო სამედიცინო ბაზრის 82 %, სამკურნალო საშუალებებზე – 10 %, ინოვაციებზე – 5 %, სამედიცინო ტექნიკაზე – 2,3 %, სასწავლო-საგანმანათლებლო მომსახურება – 0,6 %⁸.

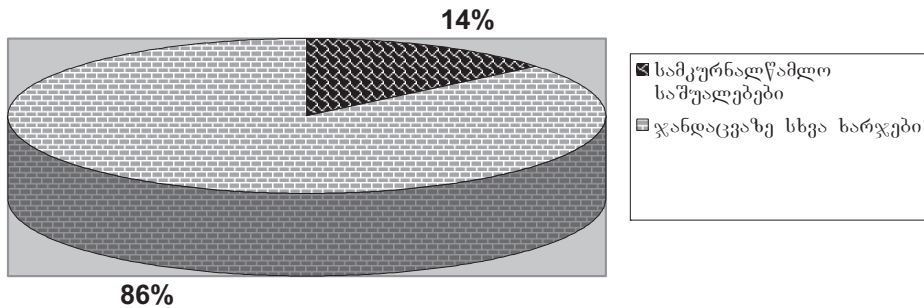
ნახ 9: სამედიცინო ბაზრის პროცენტული განაწილება



სამედიცინო მომსახურების ბაზრის მოცულობის გაზრდა მასტიმულირებელ როლს თამაშობს – იგი განაპირობებს როგორც სამკურნალო საშუალებების, ასევე ახალი ტექნოლოგიების შექმნასა და სამედიცინო განათლებაზე მოთხოვნის გააქტიურებას. ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზრის განვითარებაზე გავლენას ახდენენ ისეთი ფაქტორები, როგორცაა ინოვაციები ჯანდაცვის სფეროში, ჯანმრთელობის დაზღვევის გლობალიზაცია.

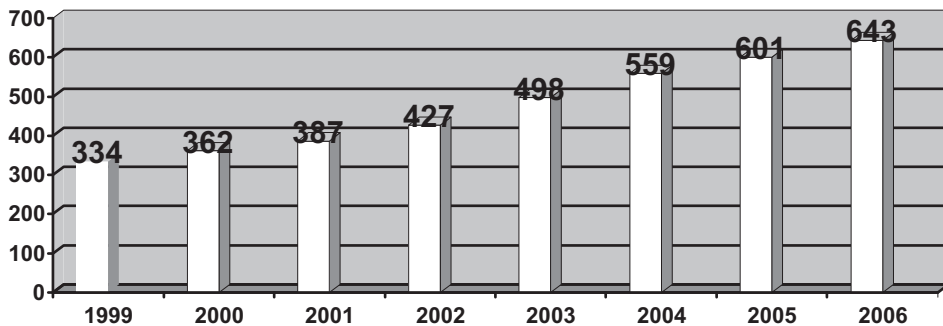
ჯანდაცვის ბაზრის გლობალიზაციის პროცესში ყველაზე ძლიერ ფარმაცევტული ბაზრებია ჩართული, რადგან ფარმაცევტული მრეწველობა წარმოადგენს მსოფლიოს ეკონომიკის ერთ ერთ წამყვან სექტორს. მსოფლიო ბანკის მონაცემებით, 2004 წელს ფარმაცევტული პროდუქციის გაყიდვების საერთო მოცულობა შეადგენდა 559 მლრდ დოლარს, რაც ჯანდაცვაზე მთლიანი ხარჯების (4,1 ტრილიონი US \$) 14 %-ს შეადგენს.

ნახ 10: სამკურნალწამლო საშუალებების წილი ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში, 2004 წ.



წყარო: The World Bank Report 2005

ნახ. 11: გლობალური ფარმაცევტული გაყიდვები, 1999-2006 წ. (მილიარდი US\$)



წყარო: The World Bank Report 2007

ფარმაცევტული კომპანიები იყენებენ ბიოლოგიის და ქიმიის უახლეს სამეცნიერო მიღწევებს, სხვადასხვა სამეცნიერო დარგებში მუდმივად ქმნიან ახალ მიმართულებებს, რაზეც ხარჯავენ დარგის საერთო ბრუნვის 25 %-მდე საშუალებებს.

მნიშვნელოვან როლს თამაშობს განვითარებადი ქვეყნების ფარმაცევტული მრეწველობა. მაგ., ჩინეთის სახელმწიფო პოლიტიკის შედეგად, რომელიც 1990 წლიდან მიმართულია ფარმაცევტული ბაზრის შესაქმნელად, შესაძლებელი გახდა ჩამოყალიბებულიყო მსოფლიოში სიდიდით მესამე (ა.შ.შ-ის და ევროკავშირის შემდეგ) ფარმაცევტული მრეწველობა, რომელიც აწარმოებს 18 მილიარდ დოლარზე მეტ საქონლის პროდუქციას შიდა მოხმარებისათვის და დაახლოებით 11 მილიარდი დოლარის საქსპორტო პროდუქციას. ა.შ.შ-ში მედიკამენტების წარმოებისათვის საჭირო აქტიური ინგრედიენტების 80 %-ზე მეტი იმპორტის სახით შემოდის, ძირითადად – ჩინეთიდან⁹.

ჯანმოს მონაცემების მიხედვით, სამედიცინო ტექნოლოგიებზე ხარჯები 2000 წლიდან 2005 წლის ჩათვლით 96 მლრდ დოლარამდე გაიზარდა. სამედიცინო ტექნოლოგიების ბაზარზე ლიდერს წარმოადგენს ა.შ.შ. (გაყიდვების 40 %-ზე მეტი), რომელიც აწარმოებს სამედიცინო ტექნოლოგიების თითქმის ყველა სახის პროდუქციას. მეორე ადგილზეა დასავლეთ ევროპა (25 %), მესამეზე - აზია (21 %, მათ შორის იაპონია – 15 %)¹⁰.

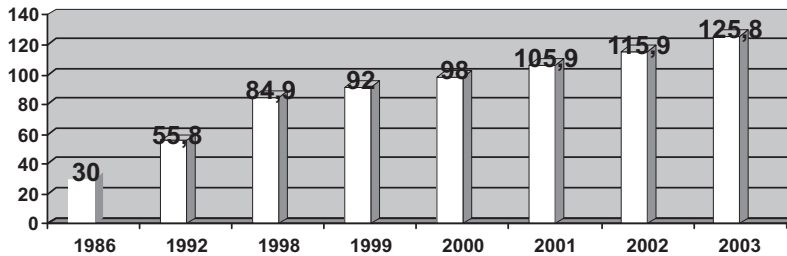
სამეცნიერო ინოვაციების მსოფლიო ბაზრის შედარებით მცირე მოცულობის მიუხედავად (ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზრის 5 %), იგი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მსოფლიო ბაზრის სხვა სექტორების განვითარებაზე, ხოლო ა.შ.შ.-ში ჯანდაცვის დარგში სამეცნიერო კვლევებზე დახარჯული თანხები 35 მლრდ დოლარს აღწევს¹¹. ბოლო პერიოდში განხორციელდა ისეთი ტექნოლოგიური ცვლილებები, როგორცაა: მინიატურიზაცია, მინიმალური ინვაზიური ინტერვენციები, ტელე-მედიცინა, ბიო ინფორმატიკა, კომბინატორული ქიმია, პროტეომიკა, ღეროვანი უჯრედები.

ცხრილი 27: ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზრების შეფასება სექტორების მიხედვით, მილიარდი დოლარი

ჯანდაცვის ბაზრის სექტორები	2002	2010	2020
ინოვაციური	185,0	207,2	281,8
საგანმანათლებლო	24,0	26,9	36,6
სამედიცინო მომსახურება	3 144,9	3 522,3	4 790,3
სამკურნალო საშუალებები	375,0	420,0	571,2
სამედიცინო ტექნიკა და მოწყობილობა	88,8	99,5	135,3
სულ	3 817,7	4 275,9	5 815,2

წყარო: Human Development report 2004: Cultural liberty in today's diverse world. NY, 2004

ნახ 12: ჯანმრთელობის კვლევებსა და განვითარებაზე გლობალური დანახარჯები (მილიარდი US\$), 1999-2003 წ.



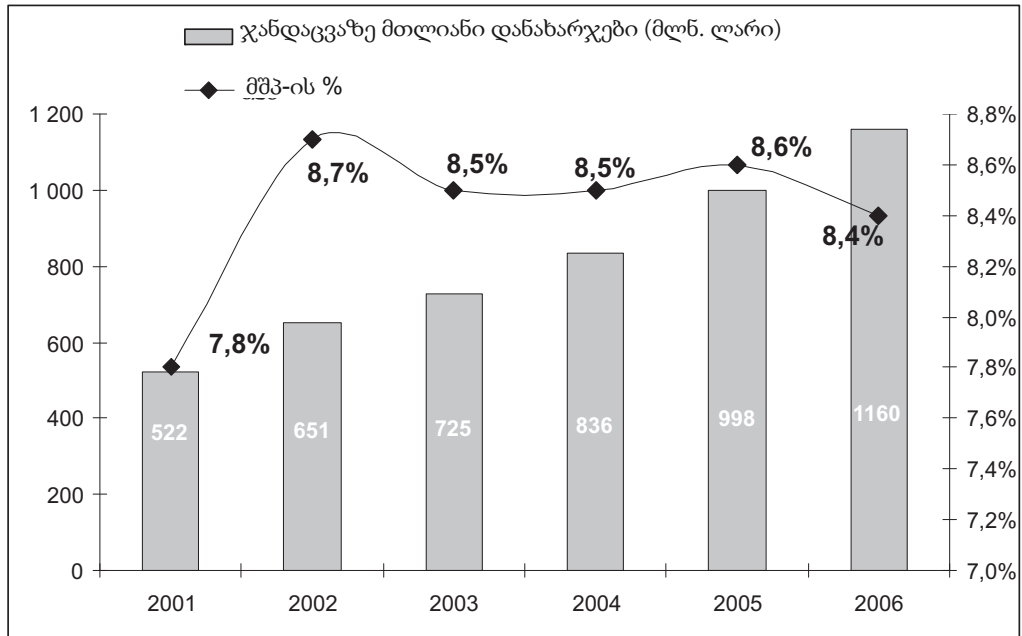
წყარო: Monitoring Financial Flows for Health Research 2006. Global Forum for Health Research

ზოგიერთი ამერიკელი ანალიტიკოსის პროგნოზის მიხედვით, ა.შ.შ.-ში ჯანდაცვაზე საერთო ხარჯებმა 2015 წელს შეიძლება 4 მლრდ დოლარს გადააჭარბოს (7.2 %-ით წლიური ზრდის შემთხვევაში). ამგვარად, 2015 წელს ა.შ.შ.-ში ჯანდაცვის ხარჯები გაუტოლდება 2010 წელს მთელს დანარჩენ მსოფლიოში ჯანდაცვის ხარჯებს (4,2 მლრდ დოლარი). გარდა ამისა, აზიური (ჩინეთი, ინდოეთი) და სამხრეთამერიკული (ბრაზილია) ეკონომიკის სწრაფი ტემპებით ზრდამ შეიძლება გამოიწვიოს მსოფლიო ჯანდაცვის ბაზრის კიდევ უფრო მეტი ზრდა და 2020 წელს მსოფლიო ჯანდაცვის ბაზრის მოცულობამ 8-10 ტრილიონ ა.შ.შ. დოლარს შეიძლება მიაღწიოს.

8.8. ჯანდაცვის ხარჯები საქართველოში

ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მონაცემებით, 2006 წელს საქართველოში ჯანდაცვაზე მთლიანმა დანახარჯებმა 1160 მლნ. ლარი შეადგინა (580 მლნ. ა.შ.შ. დოლარი), რაც მშპ-ის 8,4%-ია.

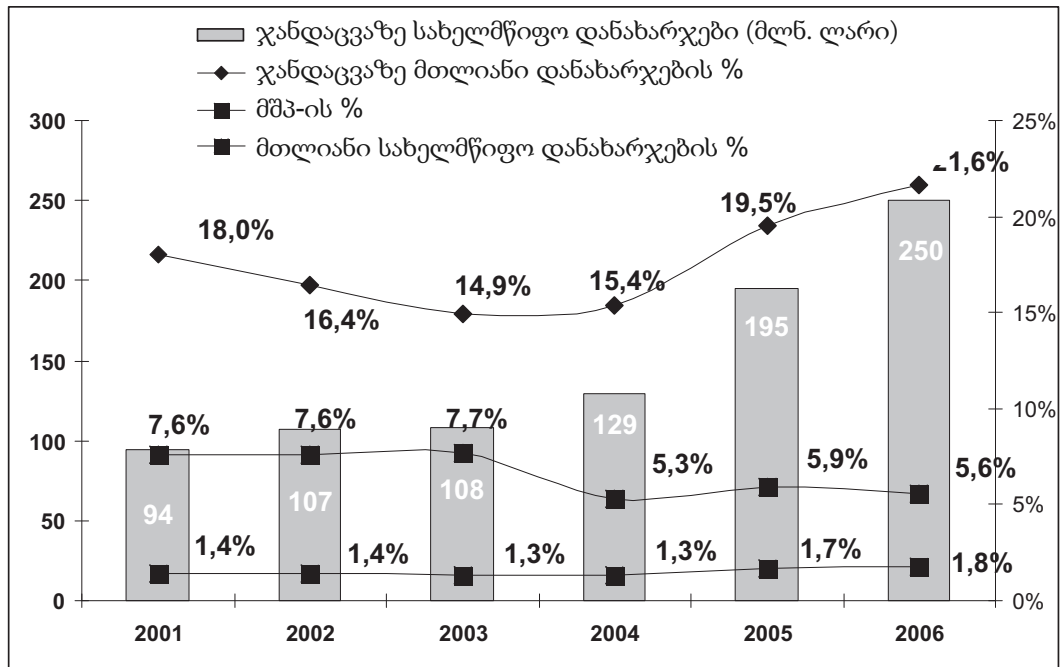
ნახ. 13: ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები მშპ-სთან მიმართებაში



წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები, 2001-2006 წწ., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, თბილისი, 2008 წ.

ქვეყანაში მაკროეკონომიკური სტაბილიზაციის მიღწევის შედეგად აღინიშნება ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების ყოველწლიური ზრდა. 1995 წლიდან 2006 წლის ჩათვლით სახელმწიფოს ხარჯები ჯანდაცვაზე მთლიანი შიდა პროდუქტის 0,32 %-დან 1,8 %-მდე გაიზარდა. 2006 წელს სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე დაიხარჯა 250 მლნ. ლარი (სახელმწიფო ბიუჯეტის 5,6%), რაც ჯანდაცვაზე მთლიანი ხარჯების (1160 მლნ ლარი) 21,6 %-ს შეადგენს¹².

ნახ. 14: ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები საქართველოში

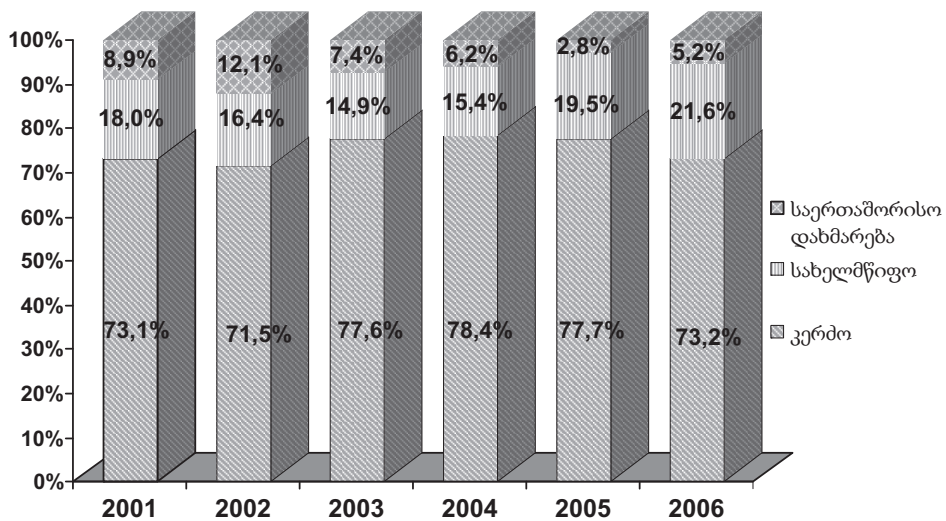


წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები, 2001-2006 წწ., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, თბილისი, 2008 წ.

ბოლო ათწლეულში აბსოლუტურ ციფრებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების მატების მიუხედავად, ძალიან მცირეა სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში მისი ხვედრითი წილი. მაშინ როდესაც 80-იან წლებში საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი ბიუჯეტის 10%-ს შეადგენდა, 2006 წელს მან 5,6 % შეადგინა. ეს ნიშნავს, რომ ჯანმრთელობის დაცვა ჯერ კიდევ არ არის ქვეყნისთვის პრიორიტეტული დარგი. (ნახ 15)

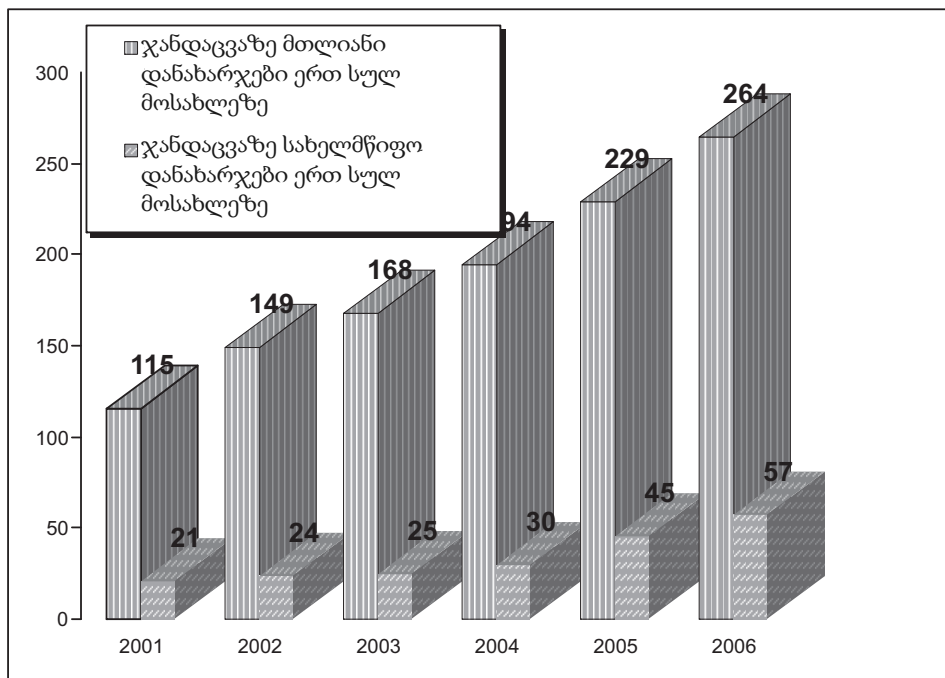
2006 წლის მონაცემებით საქართველოში ჯანდაცვაზე დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე შეადგენს 264 ლარს (146 ა.შ.შ. დოლარი), აქედან 57 ლარი (31 ა.შ.შ. დოლარი) ერთ სულ მოსახლეზე სახელმწიფო დანახარჯებია. ჯანდაცვის დაფინანსების დინამიკა ცხადყოფს, რომ 1994 წლიდან ერთ სულ მოსახლეზე სახელმწიფო დანახარჯები (2,2 ლარი) დაახლოებით 22-ჯერ გაიზარდა, თუმცა ეს 5-ჯერ ნაკლებია, ვიდრე მაგალითად ეს 1990 წელს იყო - 149 დოლარი. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით კი, მოსახლეობის მინიმალურად აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების თანაბრად ხელმისაწვდომობისათვის საჭირო ხარჯები წელიწადში ერთ სულ მოსახლეზე 34 დოლარი, ანუ სახელმწიფო დანახარჯი ერთ სულ მოსახლეზე სულ მცირე 70 ლარი მაინც უნდა იყოს. (ნახ 16)

ნახ 15: ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების სტრუქტურა



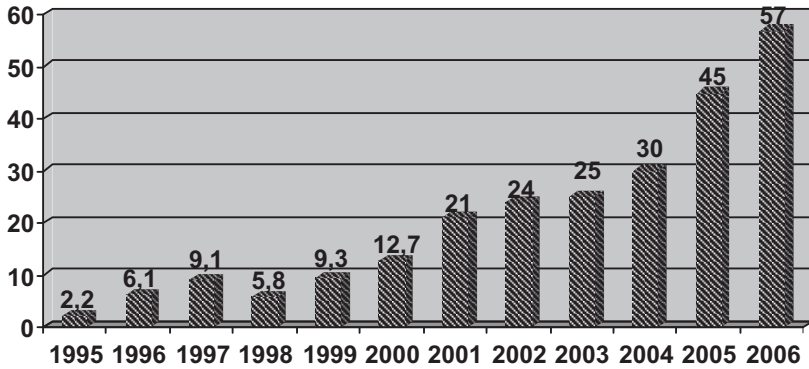
წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები, 2001-2006 წწ., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, თბილისი, 2008 წ.

ნახ 16: ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე საქართველოში (ლარი)



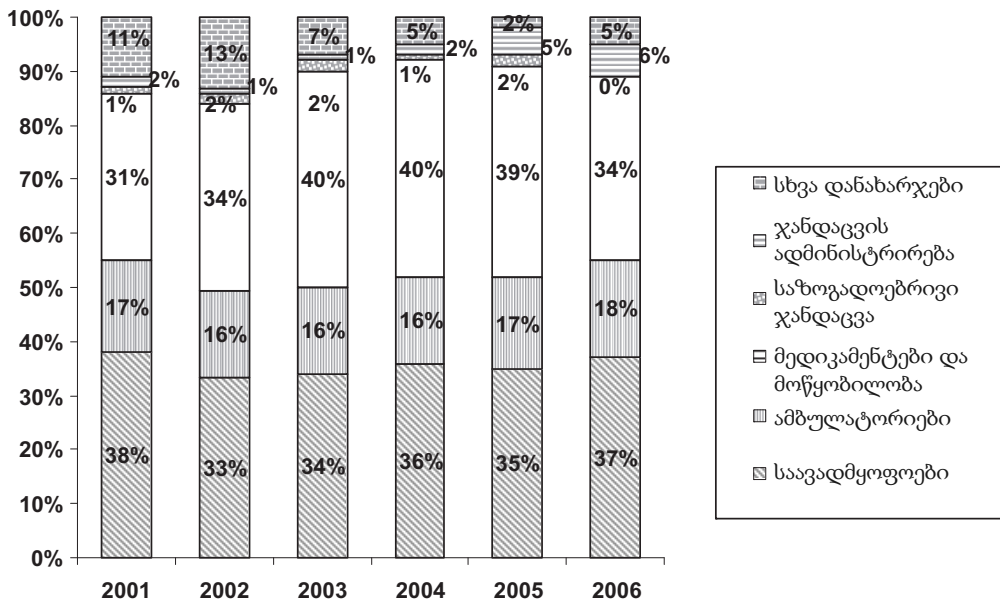
წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები, 2001-2006 წწ., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, თბილისი, 2008 წ.

ნახ 17: ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე საქართველოში, 1995-2005 წწ. (ლარი)



წყარო: შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი, ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს სტატისტიკის დეპარტამენტი

ნახ. 18: ჯანდაცვაზე დანახარჯების განაწილება სამედიცინო მიმწოდებლების მიხედვით



წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები, 2001-2006 წწ., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, თბილისი, 2008წ.

მოსახლეობის ცხოვრების პირობებზე მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ნაკისრი ვალდებულებები, ამიტომ ჯანდაცვის განვითარების დონე, ჯანმრთელობის ძირითადი ინდიკატორები (სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობა და სხვ.) და სამედიცინო დახმარებისადმი მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარების პირდაპირპროპორციულია¹⁵.

საქართველოს მიერ ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 10-15-ჯერ ჩამორჩება ბალტიისპირეთის რესპუბლიკების, თითქმის 5-ჯერ რუსეთისა და ბელორუსიის მიერ ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვაზე გამოყოფილ სახელმწიფო დანახარჯებს, და ბევრად ნაკლებია აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებზე¹⁵.

რაც შეეხება მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯებიდან ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დაფინანსების წილს, “ვარდების რევოლუციის” შემდეგ სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი დაფინანსების საგრძნობი ზრდის მიუხედავად, საქართველო ყოფილ საბჭოთა კავშირის რესპუბლიკებს შორის ერთ-ერთ ბოლო ადგილზეა სასომხეთის, ტაჯიკეთისა და აზერბაიჯანის შემდეგ. დიდია ევროკავშირის 25 წევრი ქვეყნების, მათ შორის, ლიტვის (14,7%), ესტონეთისა (11,2%) და ლატვიის (9,4%) მიერ ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი. მაღალი პროცენტული წილის შესაბამისად ამ ქვეყნებში მაღალია ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებიც.

მოსახლეობამ რომ იგრძნოს ხელისუფლების ზრუნვა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის რეალური გაუმჯობესების თვალსაზრისით, საჭიროა გაიზარდოს ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიან შიდა პროდუქტთან და სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში, რაც გაზრდის ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯებს ერთ სულ მოსახლეზე და ხელს შეუწყობს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების შესრულებას¹⁵.

საკონტროლო კითხვები

1. დაახსიათეთ ჯანდაცვის ხარჯები დაბალშემოსავლიან, საშუალოშემოსავლიან და მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში.
2. რას წარმოადგენს მთლიანი ეროვნული პროდუქტი?
3. რას წარმოადგენს მთლიანი შიდა პროდუქტი?
4. რისგან შედგება მთლიანი შიდა პროდუქტი?
5. რას წარმოადგენს მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე - მშპ-ის (GDP) %
6. ჯანმოს მიხედვით, რამდენს უნდა შეადგენდეს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების (სახელმწიფო და დონორი) წილი მთლიან შიდა პროდუქტში
7. რას წარმოადგენს მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე ერთ სულზე გათვლით?
8. ჯანმოს მიხედვით, რამდენს უნდა შეადგენდეს მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე ერთ სულზე გათვლით?
9. რას გვიჩვენებს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები როგორც მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯების პროცენტი?
10. ჯანმოს მიხედვით, რამდენს უნდა შეადგენდეს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები როგორც ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების პროცენტი?
11. რას გვიჩვენებს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები როგორც ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების პროცენტი?
12. რა სეგმენტებისგან შედგება ჯანდაცვის მსოფლიო ბაზარი?
13. რამდენს შეადგენს მთლიანი ეროვნული შემოსავალი დაბალ, საშუალო და მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში?
14. რამდენს შეადგენს საქართველოში ჯანდაცვაზე დანახარჯები ერთ სულ მოსახლეზე გათვლით?
15. რამდენს შეადგენს საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი?
16. რამდენს შეადგენს საქართველოში ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯების წილი?

ლიტერატურა

1. Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.
2. Mark Pauly, “When Does Curbing Health Costs Really Help the Economy?” Health Affairs, 14 (2):68-82, 1995.
3. Thomas E. Getzen, “Population Aging and the Growth of Health Expenditures”, journal of Gerontology, 47 (3): S98-104, 1992.
4. Samuel H. Preston, Fatal Years: Child Mortality in Late Nineteenth-Century America, Princeton, NJ: Princeton University Press, 1991.
5. World Health Statistics 2007, WHO, 2008.
6. Human Development report 2004: Cultural liberty in today’s diverse world. NY, 2004. P. 28–41
7. OECD Health Systems: Facts and Trends 1960-1991, Paris: OECD, 1993.
8. Вадим Филатов, МИРОВОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ. СОСТОЯНИЕ, ОЦЕНКИ, ПЕРСПЕКТИВЫ, 2006.
9. Декларация Ассоциации российских фармацевтических производителей.
<http://pda.mednovosti.ru /corp/2003/10/20/arpml/>.
10. www.oecd.org/dataoecd/50/17/5037721.htm.
11. Human Development report 2004: Cultural liberty in today’s diverse world. NY, 2004
12. ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების კლასიფიკაცია და მომზადების მეთოდოლოგია, 2001-2006 წწ., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური პროექტების განმახორციელებელი ცენტრის პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი, თბილისი, 2008 წ.
13. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ეროვნული მოხსენება, 2005 წ.
14. ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაცია (OECD), ფაქტები და მიმართულებები, 1993 წ.
15. Health For All. WHO Data Base; World bank
16. The World health report : 2003 : shaping the future. World Health Organization
17. Organisation for Economic Cooperation and Development, 2005, www.oecd.org/els/health
18. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы./Ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. /Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2002.
19. WHO (2000). The World Health Report, 2000. Health systems:improving performance, Geneva, WHO.
20. ს. ლებანიძე, ჯანდაცვაზე დანახარჯები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, საპრეზენტაციო მასალა, თბილისი, 2008 წ.
21. ქ. გოგინაშვილი, ჯანდაცვაზე დანახარჯები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, საპრეზენტაციო მასალა, თბილისი, 2007 წ.
22. ა. გამყრელიძე, რ. ათუნი, გ. გოცაძე, ლ. მაკლეპოსი. “ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ პერიოდში, საქართველი”, თბილისი, 2002 წ.
23. გ. გოცაძე, შ. კაშინი, ა. ზოიძე, ი. ვალდინი. წინაპირობათა აღწერილობა ჯანდაცვის და-

ფინანსების რეფორმის სტრატეგიის შემუშავებისთვის საქართველოში. სადისკუსიო მასალა, თბილისი, 2005 წ. საერთაშორისო ფონდი კურაციო აბთ ესოშიეითს ინკორპორეითიდ.

24. Healthcare Reforms in Georgia, An Analytical Overview, UNICEF, Health Net International, Tbilisi, Georgia, November 1997

25. Human Development Report: Georgia 1997. United Nations Development Programme. Tbilisi, Georgia, 1997

26. Healthcare Demand and Health Expenditures, Report on Household Survey, UNICEF, Tbilisi, Georgia, October 1997;

27. K. Djakeli Creating Health Accounts for Developed and Developing Countries, by Daniel R. Waldo, March 17, 1997.

28. Figueras J., Robinson R., Jakubowski E. (2005) "Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons" *In: Purchasing to improve health system performance* Edited by Josep Figueras, Ray Robinson, Elke Jakubowski. Open University Press. Buckingham.

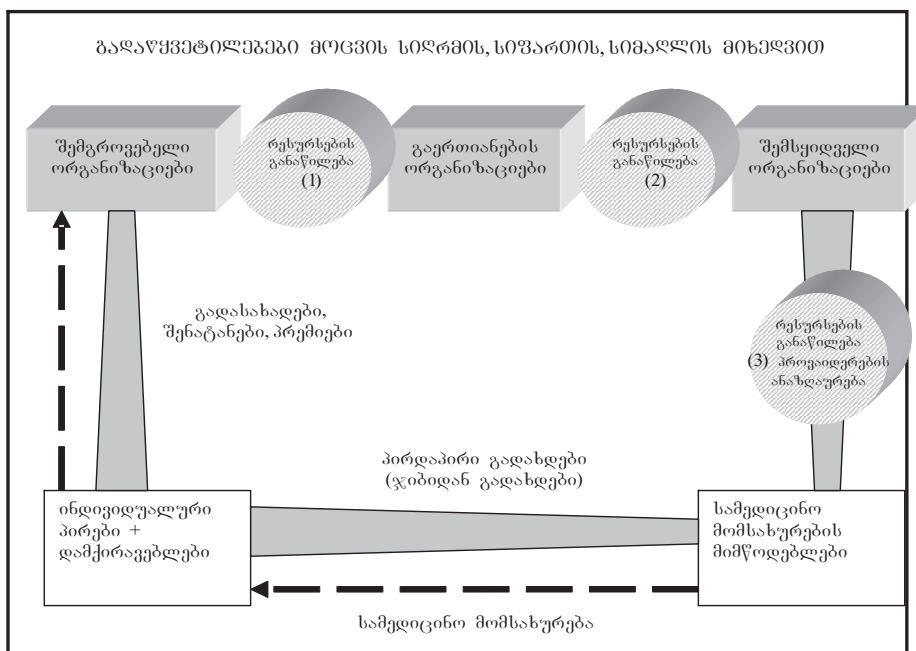
თავი IX

ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ფუნქციები

ჯანდაცვის დაფინანსების მთავარ ფუნქციებს წარმოადგენს:

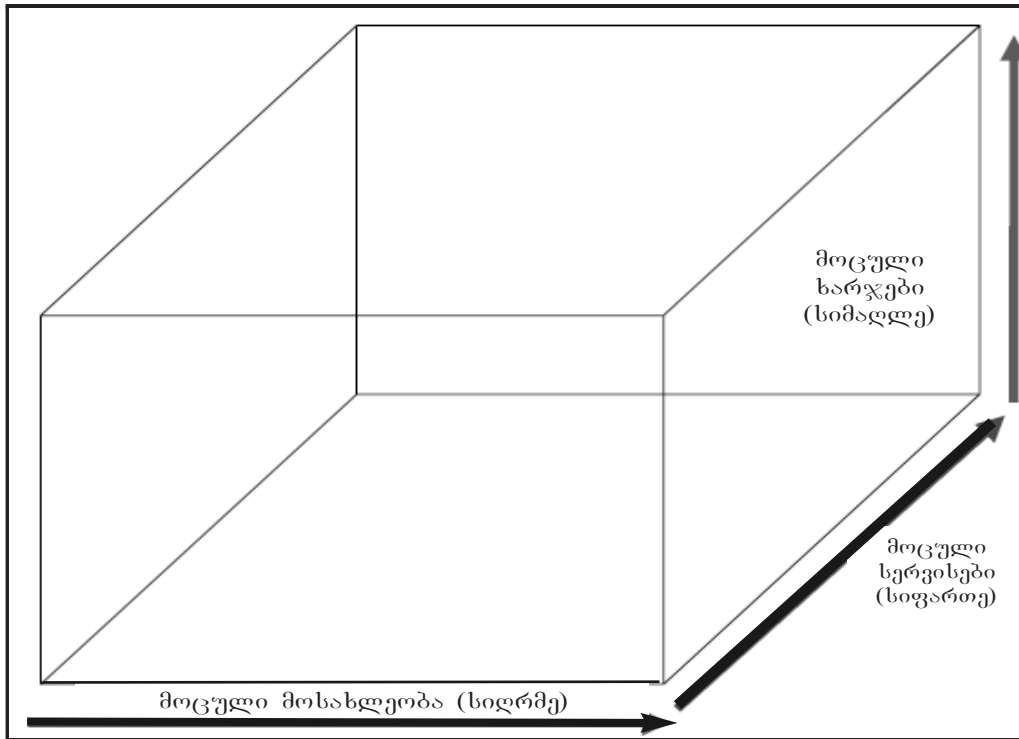
- < შემოსავლების შეგროვება, მობილიზაცია;
- < რესურსების გაერთიანება (აკუმულირება, რისკის და რესურსების გაერთიანება);
- < რესურსების განაწილება (სერვისების შესყიდვა).

სქემა 1: ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემების ფუნქციები



მოცვას მრავალი ახსნა აქვს. მოცვის სიღრმე, სიფართო და სიმაღლე განსაზღვრავს ფინანსური რესურსების საჭირო რაოდენობას. სიღრმე წარმოადგენს მოცული მოსახლეობის ხარისხს, განფენას, რაოდენობას (ვინ არის მოცული?). სიფართო წარმოადგენს მოცული მომსახურების ხასიათს და რაოდენობას (რა არის მოცული?). სიმაღლე განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ხასიათს (პირდაპირი თუ წინასწარი გადახდის სქემები; რამდენია ჯანდაცვის ხარჯებში თითოეულის წილი?). აღნიშნული ტერმინების უფრო კარგად გასაგებად შეიძლება მოვიყვანოთ 1948 წელს ბრიტანეთის ეროვნული სამედიცინო სამსახურის (NHS) დაფუძნებისას მიღებული პრინციპები: “უნივერსალური, მრავალმხრივი და უფასო”. აღნიშნული სამივე მიმართულება ერთმანეთთან ურთიერთდამოკიდებულებაში არიან. ისინი განსაზღვრავენ მოსახლეობის მოცვას, მომსახურების პაკეტს და საჭირო ფინანსურ რესურსებს. ფინანსური რესურსები განსაზღვრავს მოცული მოსახლეობის რაოდენობას და მომსახურების პაკეტს. მომსახურების პაკეტი განსაზღვრავს მოცულ მოსახლეობის კატეგორიებს და დაფინანსების ხასიათს და ა. შ.

ნახ 1: მოცვის სამი მიმართულება



ყოველი ქვეყნის ჯანდაცვის პოლიტიკის ერთ-ერთ მთავარ ამოცანას წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება. მათი მიზანია მოსახლეობის უნივერსალური მოცვა. მოსახლეობის მოცვის კრიტერიუმები განსხვავებულია ჯანდაცვის სისტემებს შორის (საერთო გადასახადების, სოციალური დაზღვევის შენატანების, შერეული სისტემები). ჯანდაცვის თითოეული სისტემისათვის დამახასიათებელი ნიშნები, თუ ვინ არის მოცული, რა არის მოცული და ჯანდაცვის რამდენი დანახარჯებია, განხილულია შესაბამის თავებში.

9.1. შემოსავლების შემოწმება

შემოსავლების შეგროვება (რესურსების მობილიზაცია) წარმოადგენს პროცესს, რომლის საშუალებითაც ჯანდაცვის სისტემა ღებულობს სახსრებს ოჯახებიდან, ორგანიზაციებიდან, ან კომპანიებიდან, აგრეთვე დონორებიდან.

შემოსავლების შეგროვება (რესურსების მობილიზაცია) გულისხმობს:

- < რომელი ორგანიზაციები ახორციელებენ შემოსავლების შეგროვებას;
- < შენატანების გადახდის რა მეთოდები (მექანიზმები) გამოიყენება;
- < ჯანდაცვის დაფინანსების რა წყაროები გამოიყენება.

სახელმწიფო არ წარმოადგენს დაფინანსების წყაროს, იგი ახორციელებს მოსახლეობიდან შემოსული გადასახადების შეგროვებას. ამგვარად:

< ყველა შემოსავლების (დონორების გარდა) წყაროს წარმოადგენს თავად მოსახლეობა ან მოსახლეობის გარკვეული ქვეჯგუფები.

< ჯანდაცვის სხვადასხვა სისტემებს შენატანების შეგროვების სხვადასხვა გზები აქვთ. შენატანების შეგროვების მეთოდებს წარმოადგენენ გადასახადები, სოციალური დაზღვევის შენატანები, კერძო დაზღვევის შენატანები, და ჯიბიდან გადახდები.

< შემოსავლების შემგროვებელ აგენტებს (რომელიც ბევრ შემთხვევაში აგრეთვე ახორციელებს რესურსების გაერთიანებას და პროვაიდერებისგან სერვისების შესყიდვას) შეიძლება წარმოადგენდნენ მთავრობა ან დამოუკიდებელი საზოგადოებრივი სააგენტოები (მაგალითად, სოციალური დაცვის სააგენტო), კერძო დაზღვევის ფონდები, ან ჯანდაცვის პროვაიდერები.

ცხრილი 1: ცენტრალური მთავრობის საშუალო შემოსავლები, 2000-იანი წლების დასაწყისი.

	მთლიანი შემოსავალი, მშპ-ის %	გადასახადებით შემოსავალი, მშპ-ის %	სოციალური დაცვის გადასახადები, მშპ-ის %
რეგიონი			
ამერიკა	20,0	16,3	2,3
სუბ-საჰარული აფრიკა	19,7	15,9	0,3
აღმ. ევროპა და ცენტრალური აზია	26,7	23,4	8,1
შუა აღმოსავლეთი და ჩრდ. აფრიკა	26,2	17,1	0,8
აღმ. აზია და წყნარი ოკეანია	16,6	13,2	0,5
მცირე კუნძულები (< მლნ)	32,0	24,5	2,8
შემოსავლების დონე			
დაბალშემოსავლიანი ქვეყნები	17,7	14,5	0,7
საშუალოზე-დაბალშემოსავლიანი ქვეყნები	21,4	16,3	1,4
საშუალოზე-მაღალშემოსავლიანი ქვეყნები	26,9	21,9	4,3
მაღალშემოსავლიანი ქვეყნები	31,9	26,5	7,2

წყარო: Gupta, S., B. Clements, A. Pivovarsky, and E. Tiongsong. 2004. "Foreign Aid and Revenue Response: Does the Composition of Aid Matter?" In S. Gupta, B. Clements, and G. Inchauste, eds., *Helping Countries Develop: The Role of Fiscal Policy*. Washington, D.C.: International Monetary Fund.

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების შემდეგი წყაროები არსებობს:

< საერთო გადასახადები (general taxation);

< სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანები (ხშირად მას "ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის შენატანებს" უწოდებენ);

< ნებაყოფლობითი სადაზღვევო შენატანები (ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა);

< ჯიბიდან გადახდები (Out of pocket payments);

< ქველმოქმედება.

მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება ძირითადად ხორციელდება სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით (საერთო გადასახადები), ან სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანებით. ამის საწინააღმდეგოდ, დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება ძირითადად პირდაპირი (ჯიბიდან) გადახდის საშუალებით ხორციელდება. ქვეყნების 60 %, სადაც ერთ სულ მოსახლეზე შემოსავალი 1000 დოლარზე ნაკლებია, ჯანდაცვის ხარჯების 40 %-ს შეადგენს პირდაპირი (ჯიბიდან) გადახდები. ამავე დროს, საშუალო და მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში პირდაპირი (ჯიბიდან) გადახდები ჯანდაცვის ხარჯების 30 %-ს შეადგენს.

ცხრილი 2: მოსახლეობის პირდაპირი (ჯიბიდან) გადახდები ქვეყნების შემოსავლების დონის მიხედვით

სულადობრივი შემოსავალი წელიწადში	ჯანდაცვის ხარჯების პროცენტული წილი						სულ
	20-მდე	20-29	30-39	40-49	50-59	60 და მეტი	
1000-მდე	7	10	9	7	11	19	63
1000-9999	16	18	23	15	8	8	88
10 000 და მეტი	19	7	4	5	0	2	37
სულ	42	35	36	27	19	29	188

წყარო: ჯანმოს მოხსენება, 2000.

სოციალური და ნებაყოფლობითი დაზღვევის სისტემებში საგადასახადო შემოსავლების შეგროვება და მათი გაერთიანება (ერთიანი ფონდის შექმნა) უმეტესად ერთ ორგანიზაციაში და შესყიდვის ერთ პროცესშია ინტეგრირებული. საერთო სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით (საერთო გადასახადები) დაფინანსების სისტემებში შემოსავლების შეგროვება ძირითადად ფინანსთა სამინისტროს მეშვეობით, ხოლო ჯანდაცვის სამინისტროსათვის სახსრების გამოყოფა სახელმწიფო ბიუჯეტის საშუალებით ხორციელდება. (სქემა 2)

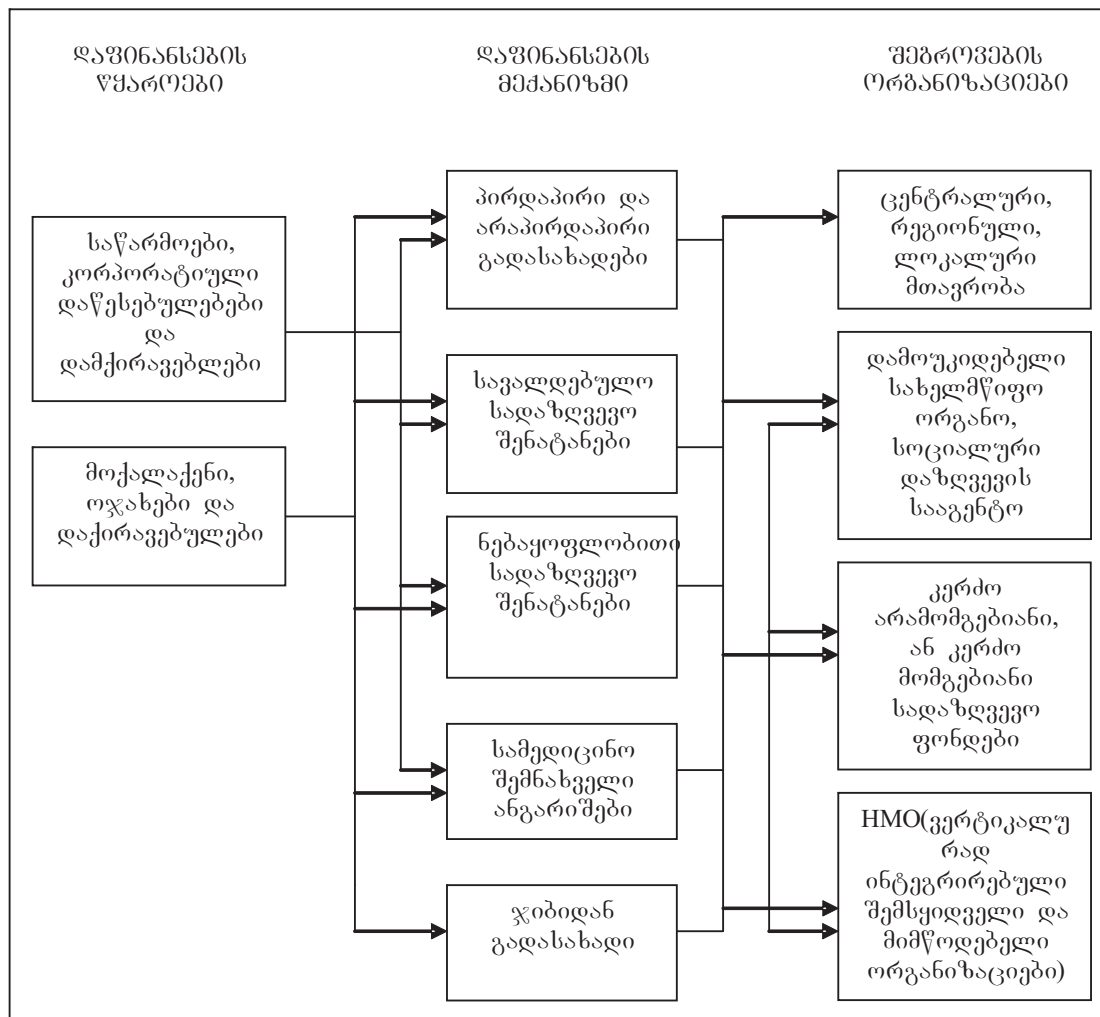
9.2. შემოსავლების გაერთიანება

შემოსავლების გაერთიანება (რისკის გაერთიანება, რისკების ფონდის (Risk Pooling) წარმოადგენს საგადასახადო შემოსავლების გაერთიანებას (აკუმულირებას) და მათი ისეთი სახით მართვას, რომ უზრუნველყოს გაერთიანების (Pooling) ყველა წევრის (და არა თითოეულის ცალცალკე, ინდივიდუალურად) საჭირო სამედიცინო დახმარებით დაკმაყოფილება.

შემოსავლების გაერთიანება ემსახურება მოსახლეობის უნივერსალური მოცვისა და სოლიდარობის პრინციპის დაცვას. ტრადიციულად, ფონდის (Pooling) შექმნა “სადაზღვევო ფუნქციას” წარმოადგენს, თუმცა, შემოსავლების გაერთიანება ხორციელდება როგორც, სამედიცინო სადაზღვევო, ასევე სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადების (საერთო გადასახადები) სისტემებში.

შემოსავლების გაერთიანება (Pooling) რისკის მონაწილეებს შორის განაწილების უმთავრეს გზას წარმოადგენს. ყველა დაზღვეული ერთდროულად არ მიმართვას ექიმს, რის გამოც სადაზღვევო რისკი დაზღვეულებს შორის გადანაწილება. რისკის გადანაწილების მექანიზმით ხორციელდება დაავადების მკურნალობის ხარჯებთან დაკავშირებული რისკის გადანაწილება რისკის გაერთიანებაში მყოფ წევრებს: მდიდრიდან ღარიბზე, ჯანმრთელიდან ავადმყოფზე,

სქემა 2: შემოსაღების შეგროვების პროცესი ფინანსური წყაროების, ფინანსური მექანიზმების და შემგროვებელი ორგანიზაციების მიხედვით



წყარო: R. Busse, J. Schreyögg, C. Gericke, Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries, 2007; adapted from Kutzin (2001) and Mossialos and Dixon (2002).

ცხოვრების ციკლის პროდუქტიული პერიოდიდან (ახალგაზრდა) არაპროდუქტიულზე (მოხუცი). სადაზღვევო პრინციპი შეიძლება ასე ჩამოყალიბდეს: ავად გახდი მოიგე, ჯანმრთელი ხარ წააგე. რაც უფრო ბევრია სადაზღვევო ორგანიზაციაში დაზღვეულთა რაოდენობა, მით მეტია დაზღვევისათვის შეგროვილი თანხების რაოდენობა, შესაბამისად იზრდება დაზღვევის მდგრადობა და ფართოვდება გარანტირებული სამედიცინო დახმარების მოცულობა.

ფონდის, გაერთიანების (Pooling) მთავარ მიზანია ავადობასთან დაკავშირებული კატასტროფული ხარჯებისგან მოსახლეობის დასაცავად შეგროვებული შემოსაღების მართვა მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებს შორის რისკის გადანაწილების საშუალებით. ამ მიმართებით გაერთიანება (Pool) განსხვავდება შენატანების შეგროვებისგან. როდესაც ადამიანები

მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებას მთლიანად ჯიბიდან გადახდის მეშვეობით ახორციელებს, არავითარი გაერთიანება (Pool) არ შეიქმნება.

ჯანდაცვისათვის განკუთვნილი სახსრების გაერთიანება ხორციელდება სახელმწიფო და კერძო ორგანიზაციების ფართო წრის საშუალებით, მათ შორის:

- < ჯანდაცვის სამინისტრო,
- < ჯანდაცვის სამინისტროს დეცენტრალიზებული ქვეუწყებები,
- < ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოები,
- < ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევი ფონდები,
- < კერძო კომერციული და არაკომერციული სადაზღვევო ფონდები,
- < საზოგადოებრივი არასამთავრობო ორგანიზაციები.

შემოსავლების გაერთიანების ფუნქციას ასრულებენ ისეთი ორგანიზაციებიც, რომლებიც ახდენენ ფონდებს შორის ფინანსური საშუალებების გადანაწილებას (მაგალითად, კონკურენციაში მყოფი სადაზღვევო ფონდების შემოსავლების კორექციისათვის რისკის გათვალისწინებით). დიდი მნიშვნელობა ენიჭება შემოსავლების გაერთიანების საბაზრო სტრუქტურას. ამასთან დაკავშირებით მნიშვნელობა აქვს კონკურენციის ან მონოპოლიის არსებობას: აქვს თუ არა მოსახლეობას იმ დაწესებულებებს (სადაზღვევო კომპანიები) შორის არჩევანის საშუალება, რომლებიც ახდენენ შემოსავლების შეგროვებას, ან დაზღვეულები არიან გეოგრაფიული პრინციპით ან სამუშაოს მიხედვით განსაზღვრულ ორგანიზაციებთან. საბაზრო სტრუქტურის სხვა მთავარ ასპექტებს წარმოადგენენ ერთიანი ნაციონალური ფონდის ან მრავალი ფონდების არსებობა, აგრეთვე (არაკონკურირებადი ფონდების არსებობისას) წარმოადგენენ თუ არა ისინი დამოუკიდებელ და ტერიტორიული პრინციპით მოქმედ ორგანიზაციებს ან ხდება მათი მოქმედების ერთმანეთს შორის ნაწილობრივი დუბლირება.

9.3. რისკისგამაძვინებელი ფაქტორების განაწილება, სერვისების შესყიდვა

რესურსების განაწილება (სერვისების შესყიდვა) გულისხმობს გაერთიანებული შემოსავლების სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებზე განაწილებას. ფინანსური საშუალებების გაერთიანება და მომსახურების შესყიდვა ხორციელდება მთელი მოსახლეობის ან მოსახლეობის გარკვეული ნაწილისათვის. სამედიცინო მომსახურების შესყიდვას ახორციელებენ როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო სააგენტოები. ბევრ ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების შესყიდვას ახორციელებენ ის ორგანიზაციები, რომლებიც ახდენენ ფინანსური საშუალებების გაერთიანებას (იმ დაწესებულებების გამოკლებით, რომლებიც ახორციელებენ მხოლოდ ფონდებს შორის საშუალებების გადანაწილებას). სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველებს წარმოადგენენ ჯანდაცვის სამინისტრო, სოციალური დაცვის სააგენტოები, ჯანდაცვის რაიონული ორგანოები, სადაზღვევო ორგანიზაციები, ინდივიდუალური პირები (რომლებიც სამედიცინო მომსახურების ჩატარებისას იხდიან ჯიბიდან გადახდას).

სამედიცინო მომსახურების შესყიდვა შეიძლება იყოს როგორც **პასიური**, ასევე **სტრატეგიული**:

პასიური შესყიდვა გულისხმობს წინასწარ დადგენილი ბიუჯეტით ან წარმოდგენილი ანგარიშების მიხედვით შესყიდვას.

სტრატეგიული შესყიდვა გულისხმობს ჯანდაცვის სისტემის საქმიანობის შედეგიანობის გაზრდის საუკეთესო გზების მუდმივ ძიებას, ისეთი გადაწყვეტილებების მიღების მეშვეობით, როგორცაა საქმიანობის რომელი სახეების ყიდვაა მიზანშეწონილი, როგორი სახით და ვისგან.

ამგვარად, სტრატეგიული შესყიდვა გულისხმობს როგორც ცალკეული პირების, ასევე მთლიანი მოსახლეობის მიმართ საუკეთესო შედეგების მიღწევის მიზნით მოქმედებების აქტიურ

არჩევას კონტრაქტების და სტიმულების სელექციური სქემების მეშვეობით. შესყიდვისას გამოიყენება მიმწოდებლების მომსახურების ანაზღაურების სხვადასხვა მექანიზმები, ბიუჯეტირების ჩათვლით. უკანასკნელ პერიოდში ბევრი ქვეყნები, მათ შორის ჩილე, უნგრეთი, ახალი ზელანდია და შეერთებული შტატები, ცდილობდნენ შემოეღოთ აქტიური (სტრატეგიული) შესყიდვის პრაქტიკა.

სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობის ამაღლების მიზნით რესურსების განაწილება ხორციელდება:

- < ადგილებს შორის (რეგიონები, ქალაქები);
- < მოსახლეობის ჯგუფებს შორის (სქესი, ასაკი, რელიგია, ეთნიკურობა და სხვა);
- < დაავადებებს შორის (მწვავე/ქრონიკული, თერაპიული/ქირურგიული);
- < სამედიცინო დაწესებულებების დონეებს შორის (პირველადი, ჰოსპიტალური, საზოგადოებრივი და სხვა...)

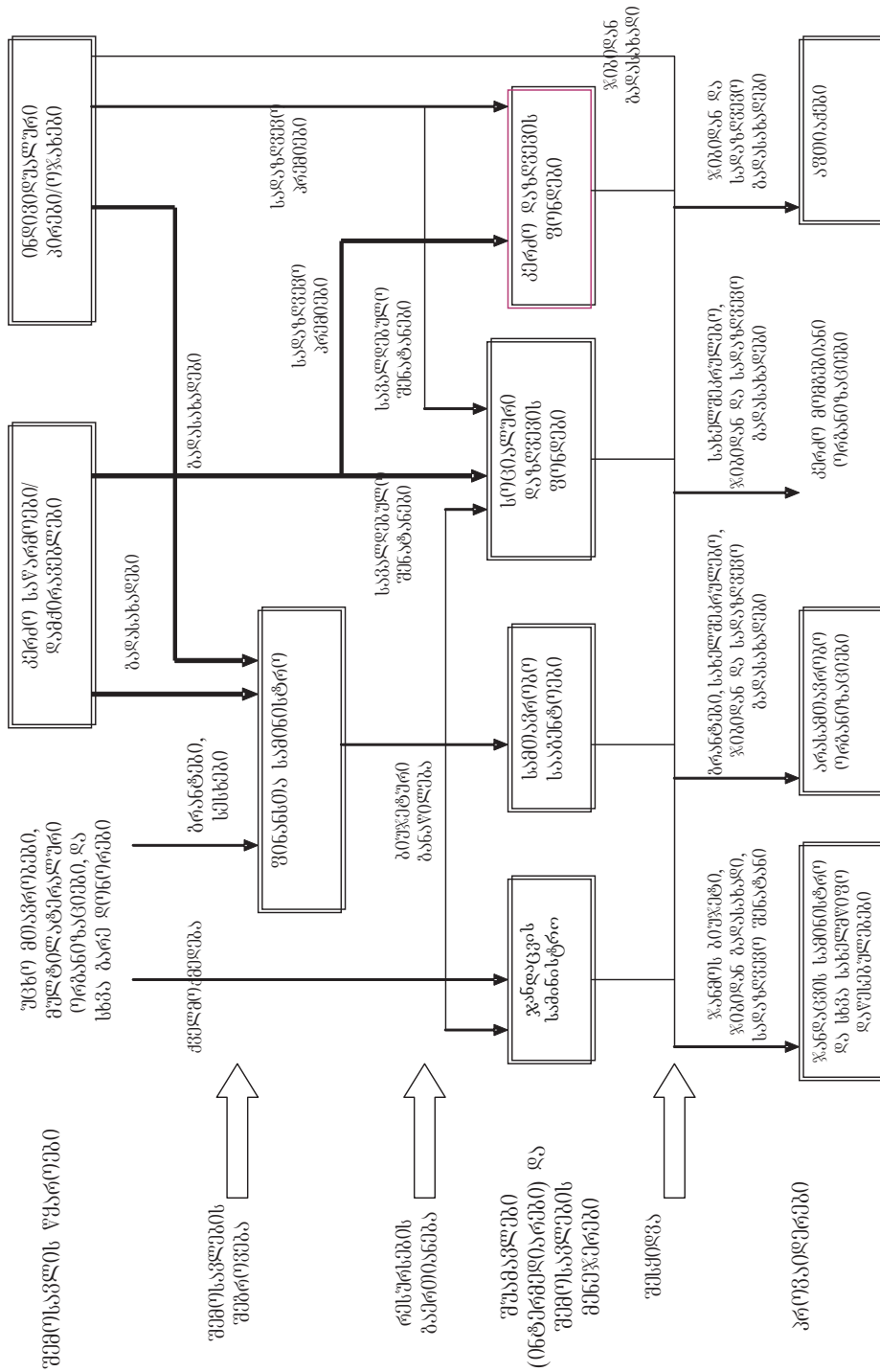
თითოეულ ჩამოთვლილ საკითხებთან მიმართებაში მნიშვნელოვანია ისეთი დამატებითი გადაწყვეტილებების მიღება, როგორცაა: რესურსების ალოკაცია ცენტრებსა და დაწესებულებებს შორის (მაგ: რეტროსპექტული ან პროსპექტული დაფინანსება), სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება და ა. შ.

ზემოაღნიშნულთან მიმართებაში ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვან პრობლემებს წარმოადგენს:

- < რესურსების უკმარისობა;
- < რისკის და რესურსების ფრაგმენტაცია;
- < პროვაიდერების უარყოფითი სტიმულები;
- < სერვისის მოხმარებასა (მიწოდებასა) და დაფინანსებას შორის კავშირების არსებობა;
- < რესურსების გამოყენების თვალსაზრისით რისკების გაერთიანების ალოკაციური და ტექნიკური ეფექტურობა.

ფინანსურმა აგენტებმა უნდა მოახდინონ შესაბამისი რაოდენობის შემოსავლების გენერირება, რაც აგრეთვე შესაბამისობაში უნდა იყოს ქვეყნის შესაძლებლობებთან; ეფექტურად გააერთიანონ რისკი; შექმნან სტიმულები პროვაიდერთათვის; და მოახდინონ რესურსების ეფექტური განაწილება. საჭიროა აღნიშნული ფუნქციების ეფექტური მენეჯმენტი, მინიმალური ადმინისტრაციული ხარჯებით

სქემა 3: ჯანდაცვის დაფინანსების ნაკადები



შენიშვნა: სხვა სამთავრობო სააგენტოებში შეიძლება შედიოდნენ განათლების სამინისტრო და თავდაცვის სამინისტრო.

აკონტროლი კითხვები

1. რა წარმოადგენს ჯანდაცვის დაფინანსების მთავარ ფუნქციებს?
2. რას წარმოადგენს შემოსავლების შეგროვება?
3. რას წარმოადგენს შემოსავლების გაერთიანება?
4. ვინ ახორციელებს შემოსავლების გაერთიანებას?
5. რას გულისხმობს რესურსების განაწილება?
6. რამდენი სახის შეიძლება იყოს სამედიცინო მომსახურების შესყიდვა?
7. რას გულისხმობს პასიური შესყიდვა?
8. რას გულისხმობს სტრატეგიული შესყიდვა?
9. რა არის ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვანი პრობლემები?

ლიტერატურა

1. R. Busse, J. Schreyögg, C. Gericke, Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries, 2007
2. Smith P.C., Witter S.N. 2004. Risk Pooling in Health Care Finance, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper.
3. Engaging for Health, Eleventh General Programme of Work, 2006-2015, A Global Health Agenda, WHO.
4. Witter S. and Ensor T. Health economics for Developing Countries. The University of York, Centre for Health Economics International Programme. Macmillan, 2000.
5. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы./Ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. /Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2002.
6. ა. ჯორბენაძე, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეორიენტაციის ზოგიერთი შედეგის შესახებ. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის ნაციონალური ცენტრი, სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტ. I. თბილისი 1998 წ.
7. რ. ურუშაძე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, თბილისი, 2002 წ.
8. თ. ჯინჯოლავა. საქართველოს ჯანდაცვის რეორგანიზაციის კონცეფციის ეკონომიკური საფუძვლები. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო. 1994 წ.
9. ბ. მაყაშივილი. ჯანდაცვის დაფინანსების ახალი სისტემის მეთოდოლოგიური ასპექტები. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, 1994 წ.
10. Djakeli K. (2001) "Health Economy of Georgia and New Ways of Health Financing", International scientific magazine - "Macro- and microeconomics", Georgia, Tbilisi.
11. თ. კალანდაძე, ი. ბრეგვაძე, რ. თაყაიშვილი. სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემის მშენებლობა საქართველოში, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, თბილისი, 1999 წ.
12. გამყრელიძე, რ. ათუნი, გ. გოცაძე, ლ. მაკლექოსი. "ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ პერიოდში, საქართველი", თბილისი, 2002 წ.
13. გ. გოცაძე, შ. კაშიანი, ა. ზოიძე, ი. ვალდინი. წინაპირობათა აღწერილობა ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმის სტრატეგიის შემუშავებისთვის საქართველოში. სადისკუსიო მასალა, თბილისი, 2005 წ. საერთაშორისო ფონდი კურაციო აბთ ესოპიეთს ინკორპორეითიდ.

თავი X

ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემები, დაფინანსების წყაროები

10.1. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემები

ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემები მკაცრად არ თავსდებიან არცერთ მრავალრიცხოვან მოდელთა შორის. თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემები წარმოადგენენ უფრო შერეულ წარმონაქმნებს, რადგან თითოეულს აქვს დაფინანსების და სამედიცინო დახმარების მიწოდების შერეული ფორმები. მიუხედავად ამისა, შესაძლებელია მათი მიკუთვნება მსოფლიო პრაქტიკის მიერ ფორმირებულ ამა თუ იმ მოდელის ჯგუფთან. ჯანდაცვის სისტემების კლასიფიკაცია ხორციელდება დაფინანსების და მიწოდების უპირატესი სახის მიხედვით, რისთვისაც გამოიყენება ორი მთავარი კრიტერიუმი:

< მომსახურების დაფინანსების წყარო – კერძო, სახელმწიფო;
 < მიმწოდებელი, მისი სტატუსი – კერძო, სახელმწიფო ან არაკომერციული.;
 გარდა აღნიშნული კრიტერიუმებისა, მოდელის ადეკვატური შედარებისათვის გამოიყენება შემდეგი კრიტერიუმები:

< სახელმწიფო გარანტიების მოცულობა;
 < შემსყიდველი, მისი სტატუსი;
 < შემსყიდველისა და მიმწოდებლის ურთიერთობის ხასიათი;
 < სახელმწიფო მართვის სქემა;
 < სახელმწიფო ორგანოების როლი;
 < დაფინანსების სქემა;
 < სტრუქტურები, რომლებიც უზრუნველყოფენ პაციენტთა უფლებებს;
 < სტრუქტურები, რომლებიც უზრუნველყოფენ მიმწოდებელთა უფლებებს.

აღნიშნული კლასიფიკაციის მიხედვით ჯანდაცვის შემდეგ ძირითად სისტემებს გამოყოფენ:

< სახელმწიფო დაფინანსება, სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო მიმწოდებლები (ყოფილი საბჭოთა კავშირი);
 < სახელმწიფო დაფინანსება, სამედიცინო დახმარების კერძო მიმწოდებლები, რომლებიც დაფინანსებას ღებულობენ სახელმწიფო სახსრებიდან (გერმანია, კანადა, სადაც ექიმები წარმოადგენენ კერძო მეწარმეებს, აგრეთვე დიდი ბრიტანეთი, სადაც განვითარებულია ოჯახის ექიმების სისტემა);
 < კერძო დაფინანსება, სამედიცინო დახმარების კერძო მიმწოდებლები (ა.შ.შ.);
 < კერძო დაფინანსება, სამედიცინო დახმარების არაკომერციული მიმწოდებლები (ზოგიერთი HMO ა.შ.შ-ში).

ზოგიერთი მკვლევარი გამოყოფს ჯანდაცვის შემდეგ სისტემებს¹:

< საყოველთაო კერძო ჯანდაცვა;
 < ჯანმრთელობის საყოველთაო სავალდებულო დაზღვევა;
 < ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევა მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფებისათვის;
 < საყოველთაო სახელმწიფო სამედიცინო-სოციალური დაზღვევა;
 < სახელმწიფო მონოპოლისტური დაზღვევა.

ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც ძირითადად საბაზრო მეურნეობის პრინციპებით ფუნქციონირებს და სადაც მოსახლეობის დაბალშემოსავლიან კატეგორიას სახელმწიფოს მხრიდან არსებითი მხარდაჭერა არ აქვს წარმოადგენს საყოველთაო კერძო ჯანდაცვის სისტემას.

აღნიშნულ სისტემაში სამედიცინო მომსახურების მოცულობის ფორმირება თვითრეგულირებადი ბაზრის გზით ხორციელდება. შედეგად, დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობისათვის კვალიფიცირებული სამედიცინო მომსახურება ხელმიუწვდომელია. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს წარმოადგენენ დამოუკიდებელი კერძო საექიმო პრაქტიკები. სახელმწიფოს როლი მხოლოდ აუცილებელი ანტიეპიდემიური ღონისძიებების და საზოგადოებრივი მოხმარების ადგილებზე მინიმალური სანიტარული პირობების უზრუნველყოფაში, აგრეთვე საზოგადოებისათვის საშიში ავადმყოფების (ინფექციური, ფსიქიატრიული და ა.შ.) იზოლაციაში და მკურნალობაში მდგომარეობს. მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში საყოველთაო კერძო ჯანდაცვის სისტემა არსებობდა XIX საუკუნის ბოლო პერიოდამდე. დღეისათვის ასეთი სისტემა მხოლოდ აზიის და აფრიკის ყველაზე დაბალგანვითარებული ქვეყნებისათვისაა დამახასიათებელი.

ჯანმრთელობის საყოველთაო საკვლელო დაზღვევის დროს სახელმწიფო უზრუნველყოფს საკვლელო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანების შეგროვებას. შენატანები შემოსავლების და არა რისკის პროპორციულია. მას აგროვებს სახელმწიფო სადაზღვევო ორგანიზაცია, რომელიც აფინანსებს პაციენტების სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს. პაციენტები თავისუფლად ირჩევენ ექიმებს და სამედიცინო დაწესებულებებს. აღნიშნულ სისტემაში არ არსებობს რისკების შერჩევა, არ არის ზედმეტი ადმინისტრაციული ხარჯები, პაციენტების მხრიდან შეზღუდულია სამედიცინო დახმარების ზედმეტი მოცულობის მოხმარება, მაგრამ არ არსებობს მიმწოდებლების მხრიდან სამედიცინო დახმარების ზედმეტი მოცულობის გაწევის საწინააღმდეგო ბრძოლის მეთოდები.

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების სტატუსის თვალსაზრისით ჯანმრთელობის საკვლელო დაზღვევის რამდენიმე ფორმა არსებობს:

სამედიცინო მომსახურების დამოუკიდებელი მიმწოდებლები - აღნიშნულ სისტემაში ექიმები და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები დამოუკიდებელი არიან დამფინანსებელი მხარისაგან (დამზღვევის ან დამფინანსებელი ორგანიზაციისაგან) და მათთან საკონტრაქტო მეთოდით მუშაობენ.

დამზღვევების და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების კონკურენტული სისტემა, სადაც საქმიანობა ხორციელდება კონტრაქტის საფუძველზე; აღნიშნული სქემის დროს ერთმანეთთან კონკურენციაშია როგორც დამზღვევები, ასევე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები, რომლებსაც ერთმანეთთან სახელშეკრულებო ურთიერთობები აქვთ.

მოსახლეობა იხდის შემოსავლების პროპორციულ საკვლელო სადაზღვევო შენატანებს. სადაზღვევო შენატანებს აგროვებს დაზღვეულის მიერ არჩეული სადაზღვევო ორგანიზაცია. დამზღვევს კონტრაქტები აქვს გაფორმებული სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებთან და დაზღვეულს უზრუნველყოფს უფასო (ან დაწესებულია მცირე თანაგადახდა) სამედიცინო მომსახურებით.

დამფინანსებლებისა და მიმწოდებლების ინტეგრაციის სისტემა (სახელმწიფო მონოპოლისტური დაზღვევა). სახელმწიფო საბიუჯეტო სახსრების მეშვეობით უზრუნველყოფს ჯანდაცვის დაფინანსებას. სახელმწიფო, არსებითად, სუპერდამზღვევის როლში გვევლინება. ასეთი სისტემა შეესაბამება ყოფილი საბჭოთა ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემას, დიდი ბრიტანეთის ყოფილ (შიდა ბაზრის შემოღებამდე) ჯანდაცვის სისტემას და მოქმედებს რიგ ქვეყნებში. ძირითადი გასხვავება მდგომარეობს ჯანდაცვის სახსრების ფორმირებაში (საერთო ბიუჯეტიდან – დიდ ბრიტანეთში და საბჭოთა კავშირში, შემოსავლების პროპორციული საკვლელო მიზნობრივი შენატანებით - შვეიციაში). შეგროვილი თანხები გადაეცემა დამფინანსებელ ორგანოებს (ან სახელმწიფო დამზღვევებს), რომელთა კუთვნილებაშია

სამედიცინო დაწესებულებები, ანუ დამფინანსებელი მხარე და სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლები ინტეგრირებულია.

მ. ფოტაკი ჯანდაცვის თანამედროვე სისტემებს განიხილავს ქვეყნების კატეგორიებზე დაყრდნობით, რომლებიც სოციალური განვითარების სხვადასხვა ჯგუფებს განეკუთვნებიან²:

< უნივერსალური (ბევერიჯის) მოდელი, წარმოადგენს ტრანსფერტულ სისტემას, რომელიც დაფუძნებულია დაზღვევის პრინციპებზე. სახელმწიფო ვალდებულია ტრანსფერტული დაფინანსება განახორციელოს მხოლოდ იმ პირებზე, რომელთაც არ შეუძლიათ უზრუნველყონ დაზღვევა (კერძოდ, ბავშვებზე);

< სოციალური დაზღვევის (ბისმარკის) მოდელი, რომელიც ფინანსდება ხელფასიდან გადასახადების და სხვა სახელმწიფო ფონდების მეშვეობით;

< სამხრეთი მოდელი – ესპანეთი, პორტუგალია, საბერძნეთი და ნაწილობრივ იტალია, სადაც ჯანდაცვის სისტემა ძირითადად ფინანსდება შენატანების ხარჯზე, რომელიც დაკავშირებულია დასაქმებასთან;

< ინსტიტუციონალური, ანუ სოციალ-დემოკრატიული (სკანდინავიის) მოდელი – ფინეთი, შვეცია, დანია, სადაც სოციალური დაცვის და ჯანდაცვის დაფინანსება ძირითადად ხორციელდება საშემოსავლო გადასახადებიდან (ამოღება ხორციელდება როგორც ნაციონალურ, ასევე ადგილობრივ დონეზე);

< კონსერვატიული კორპორატიული (იაპონია);

< ლათინურამერიკული

< აღმოსავლეთ აზიის ინდუსტრიული სახელმწიფოების ჯანდაცვის სისტემები;

< გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემები – აღმოსავლეთ ევროპის და დღეს-ს ზოგიერთი ქვეყანა.

მ. გ. ფილდი (Field M.G.) საზოგადოების სოციალურ-პოლიტიკური სტრუქტურის მიხედვით პირობითად გამოყოფს ჯანდაცვის სისტემების 5 ჯგუფს³:

< კლასიკური;

< პლურალისტური;

< სადაზღვევო;

< ნაციონალური;

< სოციალისტური.

აქვე აღსანიშნავია, რომ ფილდის მიერ შემოთავაზებულ სქემაში ნაციონალური ჯგუფის გამოყოფა არცთუ ისე კორექტულია.

ჯანდაცვის არსებული ტიპოლოგიები ითვალისწინებენ, როგორც წესი, ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ევოლუციონურ ხასიათს, არამედ მათი ფუნქციონირების პრინციპებსაც. უფრო მიღებულია ჯანდაცვის სისტემების კლასიფიკაცია სოციალურ-ეკონომიკურ საფუძველზე, კერძოდ, ჯანდაცვის უზრუნველყოფისათვის საჭირო წყაროების მიხედვით. (ცხრილი 1).

ცხრილი 1: ჯანდაცვის ნაციონალური სისტემის ფორმები დაფინანსებისა და ადმინისტრირების პრინციპების მიხედვით

ფორმა	დაფინანსების წყარო	ადმინისტრირების ფორმა	ქვეყნები
ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურები, ბევრჯერის მოდელი - 1947 წ	სახელმწიფო – გადასახადები და შემოსავლები	ცენტრალიზებული დაგეგმა, დეცენტრალიზაცია -ჯანდაცვის რეგიონალური ორგანოებისათვის კაპიტაციის ანაზღაურების მეთოდის გამოყენება	დიდი ბრიტანეთი, ნორვეგია, შვეცია, დანია, ფინეთი, ისლანდია, იტალია, ახ. ზელანდია, ესპანეთი, შვეცია, ავსტრალია, კანადა, პორტუგალია
ჯანდაცვის სისტემის "საბჭოთა მოდელი", სემაშკოს მოდელი – 1918 წ.	სახელმწიფო – გადასახადები და შემოსავლები	ცენტრალიზებული სახელმწიფო დაგეგმარება და მართვა; დაწესებულების სიმძლავრეზე დაფუძნებული ფიქსირებული დაფინანსება, 1990 წლიდან დეცენტრალიზაცია - კაპიტაციური მეთოდის გამოყენება, სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის შემოღება	ყოფილი საბჭოთა კავშირი, აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნები
შერეული კერძო/ჯანდაცვის საზოგადოებრივი სისტემა, ამერიკული მოდელი - 1960-იანი წლები	კერძო დაზღვევა სამუშაო ადგილის მიხედვით. საზოგადოებრივი დაზღვევა – სოცდაზმარების სამსახურების მეშვეობით	მინიმალური სახელმწიფო რეგულირება (ა.შ.შ.); კერძო სამედიცინო მომსახურების, საზოგადოებრივი საავადმყოფოების და სახელმწიფო პროფილაქტიკური სამსახურების შეთანხმება; მოხიცი და უმწეოთა სოციალური დაზღვევა (მედიკა, მედიკეიდი), მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციები	ა.შ.შ., ლათინური ამერიკის ქვეყნები, საბერძნეთი, სინგაპური
სახელმწიფო სოციალური დაზღვევის სისტემით ჯანმრთელობის დაზღვევა, ბისმარკის მოდელი – 1883 წ.	დაქირავებულისა და დამქირავებლის სავალდებულო სადაზღვევო შენატანები და სოციალური უზრუნველყოფის სამსახურის მეშვეობით სახელმწიფო დაზღვევა	სახელმწიფოს მინიმალური რეგულირება; საავადმყოფოთა საღაროები აფინანსებენ კერძო პრაქტიკის ექიმებს (გერმანია) ან მოქმედებენ როგორც მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციები (ისრაელი)	გერმანია, ისრაელი, ბელგია, საფრანგეთი, ნიდერლანდები, ლუქსემბურგი, იაპონია, ავსტრია, კორეა, შვეიცარია
ჯანმრთელობის დაზღვევა სამთავრობო ორგანოების მეშვეობით	გადასახადები	ფედერალური მთავრობის მიერ რეგულირება, მომსახურების მიხედვით ანაზღაურება; საავადმყოფოები ფუნქციონირებენ ბლოკ-ბიუჯეტის ჩარჩოში.	კანადა

ცხრილი 2: ჯანდაცვის სისტემის მოდელები და ეკონომიკური დონე

	სამეწარმეო და ლიბერალური	კეთილდღეობაზე ორიენტირებული	უნივერსალური და მრავალმხრივი	სოციალისტური და ცენტრალიზებულად დაგეგმილი
მაღალ შემოსვლიანი	ა.შ.შ.	გერმანია, იაპონია	დიდი ბრიტანეთი, ახალი ზელანდია	
საშუალო შემოსვლიანი ან გარდამავალი (ტრანზიტორული)	ტაილანდი, ფილიპინები	ბრაზილია, ეკვატორი	ისრაელი	კუბა

წყარო: Sachs 2001

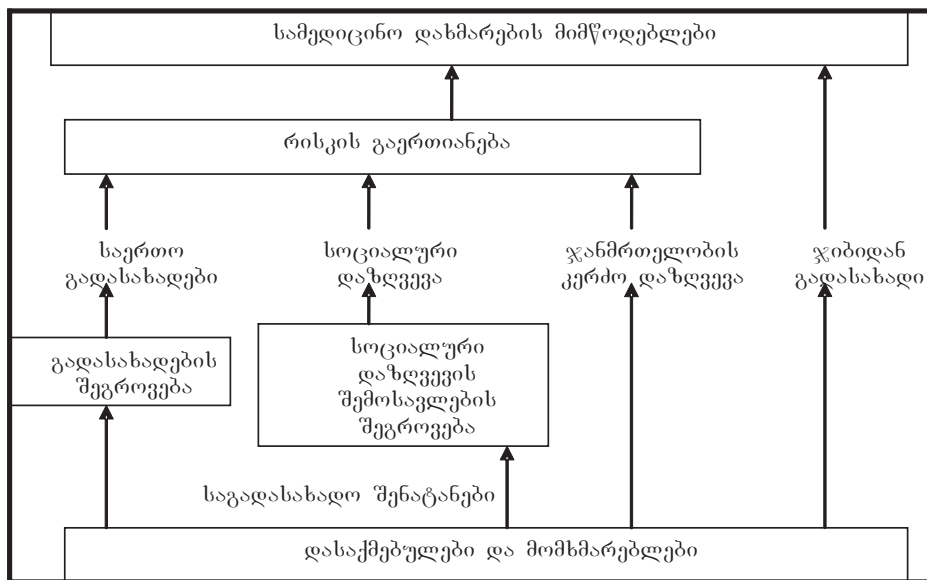
10.2. ჯანდაცვის ფინანსური წყაროები

არსებობს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების 5 წყარო:

- < სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადები (საერთო გადასახადები);
- < სამედიცინო სადაზღვევო შენატანები (სოციალური და ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა);
- < მიზნობრივი გადასახადები;
- < მოსახლეობის პირდაპირი გადახდები (ჯიბიდან გადახდები);
- < ქველმოქმედება.

ქვემოთ მოცემულ სქემაზე მოცემულია ჯანდაცვის დაფინანსების მთავარი სისტემები და ფინანსური წყაროების ნაკადები.

სქემა 1: ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემები



ფაქტიურად ჯანდაცვის ყველა სისტემაში გამოიყენება დაფინანსების სხვადასხვა წყაროები. ძირითადად ჯანდაცვის დაფინანსება სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადები (საერთო გადასახადები) და სამედიცინო სადაზღვევო შენატანით ხორციელდება, თუმცა დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ჯანდაცვის დაფინანსების ძირითადი წყარო მოსახლეობის პირადი შენატანებია. (ცხრილი 3).

ცხრილი 3: დაფინანსების სისტემების დამახასიათებელი ნიშნები

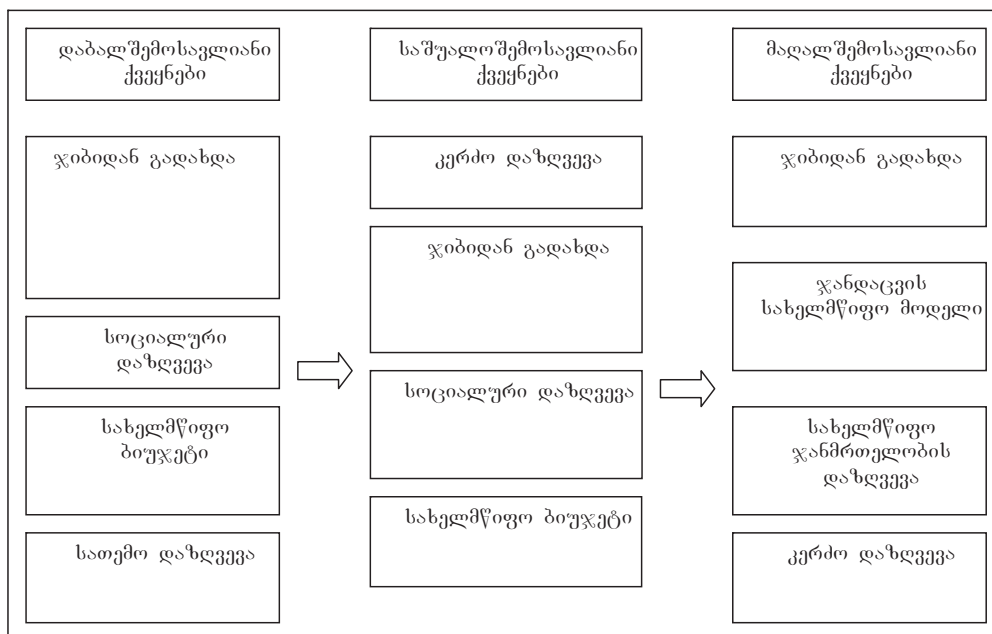
	საერთო გადასახადები	მიზნობრივი საგადასახადო შემოსავლები	სავალდებულო სადაზღვევო შენატანები	ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა
შენატანები გამოიყენება თუ არა მხოლოდ ჯანდაცვის სექტორისათვის	არა	დიახ	დიახ	დიახ
შენატანები განისაზღვრება თუ არა რისკის საფუძველზე	არა	არა	არა	დიახ

წყარო: С. Виттер; Т. Енсор; Введение в Экономику Здравоохранения для Стран Восточной Европы и СНГ. Центр Экономики Здравоохранения Университет Уорка.

იხილეთ ცხრილი 4: დაფინანსების სისტემების ძირითადი თავისებურებები

სქემაზე ნაჩვენებია დაფინანსების სისტემებს შორის განსხვავება, თუმცა თითოეულ სისტემაში შესაძლებელია მრავალი ვარიანტის არსებობა. სისტემები ერთმანეთისაგან განსხვავდება იმის საფუძველზე, შენატანები გამოიყენება თუ არა მხოლოდ ჯანდაცვის სექტორისათვის, როგორაა განსაზღვრული სადაზღვევო შენატანის ზომა (შენატანები განისაზღვრება თუ არა რისკის საფუძველზე).

სქემა 2: დაფინანსების სისტემები



წყარო: Maeda 1998.

ცხრილი 4: დაფინანსების სისტემების ძირითადი თვისებებები

კორტორუმები	ცენტრალური საგადასახადო სისტემა	ადგილობრივი საგადასახადო სისტემა	კერძო დაზღვევა	სოციალური დაზღვევა (ზეღვაზე მიწობრივი გადასახადი)
სამართლიანობა	დაფინანსება ნაკლებად და მოკლებულია გადახდისუნარიანობაზე. გადასახადების სტრუქტურა განსაზღვრავს პროგრესულობას და სისტემის სოციალურ სამართლიანობას.	დამოკიდებულია გადასახადების შეფარების მეთოდზე. შესაძლებელია მოთხოვნის გადაანაწილების საჭიროება, როდესაც მდიდარი ტერიტორიები შედარებით მეტ ხარჯებს შეერთდებიან.	შენატანები დამოკიდებულია მთი ხოვებზე (რისკი), ვიდრე გადახდი სუნარიანობაზე	უზრუნველყოფილია სოციალური სამართლიანობა (მდიდარი იხდის ღარიბზე)
საყოველთაობა	მთელ მოსახლეობაზე ერთნაირი მომსახურების მოცულობა	მთელ მოსახლეობაზე ერთნაირი მომსახურების მოცულობა	მომსახურების დიფერენციალური პროგრამები, მომსახურების მოცულობაზე განსაზღვრული შეზღუდვა	მთელ მოსახლეობაზე ერთნაირი მომსახურების მოცულობა
ფინანსების განაწილება	დამოკიდებულია მიწოდებულზე საშუალებების გადაცემის მეთოდზე	დამოკიდებულია მიწოდებულზე საშუალებების გადაცემის მეთოდზე. ადგილობრივ დონეზე ინტეგრაციამ შეიძლება შეამციროს სამედიცინო მომსახურების დუბლირება	ზოგიერთმა პაციენტმა გადაუხდელობის გამო შეიძლება უარი თქვას მაღალკომპლექსურ მეურნელობაზე	დამოკიდებულია მიწოდებულზე საშუალებების გადაცემის მეთოდზე
ეფექტურობა	მართვისათვის იაფი და მარტივი, დამოკიდებულია დაფინანსების ხალი ან არსებული მეთოდების გამოყენებაზე	შეიძლება განაპირობოს ორგანიზაციის მნიშვნელოვანი ცვლილებები	რისკის ღირის დადგენის ანგარიშების დამუშავების და დამტკიცების ხარჯები ღიდაა	ხარჯები ხარჯების უზრუნველყოფაში, მიმწოდებლის დაფინანსების ხარჯები დამოკიდებულია ანაზღაურების მეთოდზე, პაციენტების დაცვის ხარჯები
დაფინანსების სისტემის გამჭვირვალობის ხარისხი, გარანტიების გარკვეულობა	გადასახადები სპეციალურად ჯანდაცვისათვის არ არის განკუთვნილი, ხარჯები და მომსახურების მოცულობა არ არის განსაზღვრული. მმართველობითი ორგანოებს ექისრებათ პირდაპირი პასუხისმგებლობა ჯანდაცვის ხარჯებზე გადასახადებებზე	გადასახადები სპეციალურად ჯანდაცვისათვის არ არის განკუთვნილი,	მომსახურების მიწოდება გარანტირებულია გარკვეული შენატანების შემთხვევაში	მომსახურების მოცულობის ზრდის ხარჯებზე გაცემის არ არის განსაზღვრული

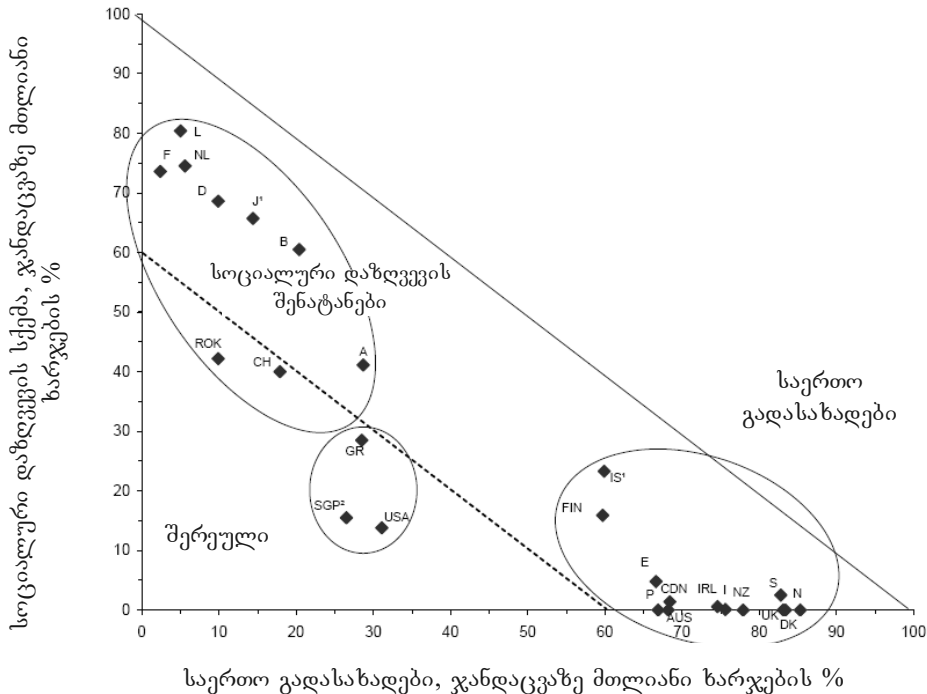
<p>არჩევა</p>	<p>ინდივიდუალური გეოგრაფიული ტერიტორია</p>	<p>არჩევა შეზღუდულია ან არ არსებობს სამედიცინო მომსახურების შესყიდვებზე და მიმწოდებლებს შორის არსებული ხელშეკრულების საფუძველზე</p>	<p>არჩევა შეზღუდულია ან არ არსებობს სამედიცინო მომსახურების შესყიდვებზე და მიმწოდებლებს შორის არსებული ხელშეკრულების საფუძველზე</p>	<p>პოლისისა და მომსახურების მიწოდების თვისებები არჩევა, სადაზღვევო ორგანიზაციამ შეიძლება შეზღუდოს მიმწოდებლების არჩევა,</p>	<p>არჩევა შეზღუდულია სამედიცინო მომსახურების შესყიდვებზე და მიმწოდებლებს შორის არსებული ხელშეკრულების საფუძველზე</p>
<p>მაკროფუნქციონობა</p>	<p>განისაზღვრება ორგანიზაციული პირობებით</p>	<p>გლობალური ბიუჯეტი ხარჯებზე კონტროლის შესაძლებლობას იძლევა</p>	<p>შეესაბამება ტერიტორიის საჭიროებებს</p>	<p>სისტემა დამოკიდებულია ცალკეულ პირებზე, ტერიტორიის არჩევაზე შეზღუდულია</p>	<p>განისაზღვრება ორგანიზაციული პირობებით</p>
<p>პოლიტიკური მისაღები</p>	<p>დაფინანსება სისტემა</p>	<p>დაფინანსება სისტემა</p>	<p>ადგილობრივ დონეზე გადასახადების გაზრდა შეიძლება არაპოპულარული აღმოჩნდეს. მისი კომპენსაცია შესაძლებელია ცენტრალური გადასახადების შექცევით</p>	<p>სისტემის არანაირი მხარდაჭერა</p>	<p>დამოკიდებულია მხრიდან წინააღმდეგობა, რადგან ისინი სქვენ ხარჯებს</p>
<p>დაფინანსების სტაბილურობა</p>	<p>ეკონომიკური სტაბილურობა</p>	<p>დაფინანსება ნაკლებად დამოკიდებული დასაქმებულზე</p>	<p>ბიუჯეტი დამოკიდებულია ჯანდაცვის მიმართ პრიორიტეტების ცვლილებებზე</p>	<p>დაფინანსება დამოკიდებულია დაქირავებულების და დაქირავებულების გადახდისუნარიანობაზე</p>	<p>დაფინანსება დამოკიდებულია დასაქმებულზე</p>

ცხრილი 5: დაფინანსების მექანიზმებით დაჯგუფებული ქვეყნები, 2002 წ.

ძირითადად საერთო გადასახადებით დაფინანსების სისტემები	ძირითადად სოციალური სადაზღვევო შენატანებით დაფინანსების სისტემები	შერეული სისტემები, ძირითადად კერძო დაფინანსებით
სახელმწიფო დაფინანსების მაღალი წილი (> 70 %)		
დანია ფინეთი ისლანდია ირლანდია იტალია ახალი ზელანდია ნორვეგია ესპანეთი შვეცია დიდი ბრიტანეთი	ბელგია საფრანგეთი გერმანია იაპონია ლუქსემბურგი ნიდერლანდები	
კერძო დაფინანსების მაღალი წილი (> 30 %)		
ავსტრალია კანადა პორტუგალია	ავსტრია კორეა შვეიცარია	საბერძნეთი სინგაპური ა.შ.შ.

დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში ჯანდაცვის დაფინანსება უპირატესად ორი ძირითადი წყაროს: სოციალური სადაზღვევო შენატანებისა (საფრანგეთი, გერმანია, ლუქსემბურგი, ნიდერლანდები) და საერთო გადასახადების (general taxation) საშუალებით (დანია, ფინეთი, ირლანდია, იტალია, ნორვეგია, პორტუგალია, ესპანეთი, შვეცია, დიდი ბრიტანეთი) ხორციელდება. განვითარებადი ქვეყნების ჯანდაცვის ხარჯებში მნიშვნელოვანი წილი უდევს მოსახლეობის პირად შენატანებს.

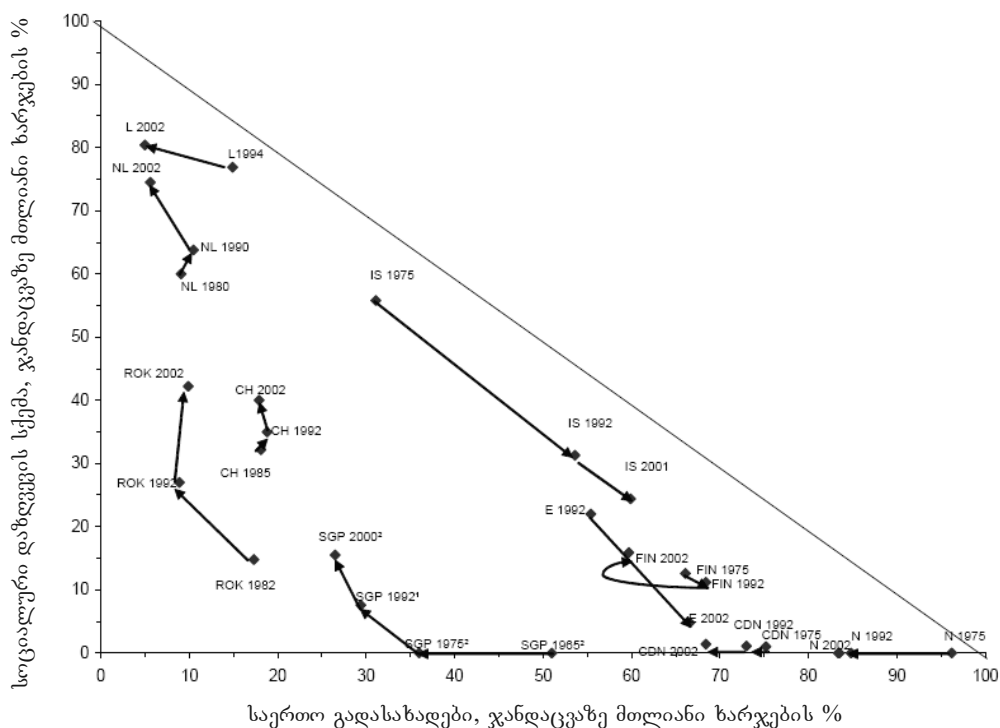
ნახ. 1: ჯანდაცვის ხარჯებში საერთო გადასახადების (general taxation) და სოციალური დაზღვევის წილი დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში და ა.შ.შ.-ში



წყარო: Reinhard Busse, Jonas Schreyögg, and Christian Gericke, Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries, 2007, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank

შენიშვნა: L - ლუქსემბურგი, NL - ნიდერლანდები, F - საფრანგეთი, D - გერმანია, J - იაპონია, B - ბელგია, A - ავსტრია, GR - საბერძნეთი, IS - ისლანდია, ROK - კორეა, CH - შვეიცარია, SGP - სინგაპური, FIN - ფინეთი, CDN - კანადა, N - ნორვეგია, E - ესპანეთი, P - პორტუგალია, IRL - ირლანდია, S - შვეცია, UK - დიდი ბრიტანეთი, NZ - ახ. ზელანდია, I - იტალია, AUS - ავსტრალია.

ნახ. 2: ქვეყნები სადაც შემოსავლები გაიზარდა 5 %-ზე მეტად, სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადების (საერთო გადასახადები) და სოციალური სადაზღვევო შენატანებიდან, 1975, 1992-2002, (ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების %)



წყარო: Reinhard Busse, Jonas Schreyögg, and Christian Gericke, Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries, 2007, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank

შენიშვნა: L - ლუქსემბურგი, NL - ნიდერლანდები, IS - ისლანდია, ROK - კორეა, CH - შვეიცარია, SGP - სინგაპური, FIN - ფინეთი, CDN - კანადა, N - ნორვეგია, E - ესპანეთი.

გერმანიაში ჯანდაცვის დაფინანსების შერეული სისტემის მოდელია გავრცელებული. დაფინანსების მთავარ წყაროს წარმოადგენს ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა, რომელიც მოიცავს მოსახლეობის 88 %-ს (2003 წ.), 10 % კერძო სადაზღვევო სისტემაშია დაზღვეული, მოსახლეობის 2 %-ზე (სამხედრო მოსამსახურენი, პოლიციელები, ემიგრანტები, რომლებმაც

პოლიტიკური თავშესაფარი ითხოვეს) სპეციალური სახელმწიფო პროგრამა ვრცელდება¹. მოსახლეობის 0,2 %-ს (დაახლოებით 170 ათასი პირი) არ აქვს ჯანმრთელობის დაზღვევა, მათ მიეკუთვნებიან თვითდასაქმებულნი (როგორც მდიდრები ასევე ღარიბები), აგრეთვე პირები, რომლებმაც არ გადაიხადეს სადაზღვევო შენატანების საკუთარი წილი.

გერმანიაში ჯანდაცვის საერთო ხარჯებში ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის წილი შეადგენს 57 %-ს (2002 წ.). სოციალური დაზღვევის სხვა სახეების წილი შეადგენს 10,5 %-ს: 1,7 % - საპენსიო დაზღვევიდან (ძირითადად სარეაბილიტაციო მკურნალობაზე), 1,7 % საწარმოო ტრაუმატიზმის დაზღვევიდან და 7 % - ხანგრძლივი სამედიცინო მოვლის დაზღვევის თანხებიდან. სახელმწიფო ხაზინიდან შემოსავლები შეადგენს 7,8 %-ს. მთლიანად, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დაფინანსების წყარომ შეადგინა 75,3 %, დანარჩენი 24,7 % კერძო დაფინანსების წყაროზე მოდის, მათგან 12,2 % მოსახლეობის პირდაპირი შენატანები შეადგენს, ხოლო 8,4 % - კერძო დაზღვევა.

ცხრილი 6: ჯანდაცვის დაფინანსების სხვადასხვა წყაროების პროცენტული წილი გერმანიაში (1992, 2002 წწ.)

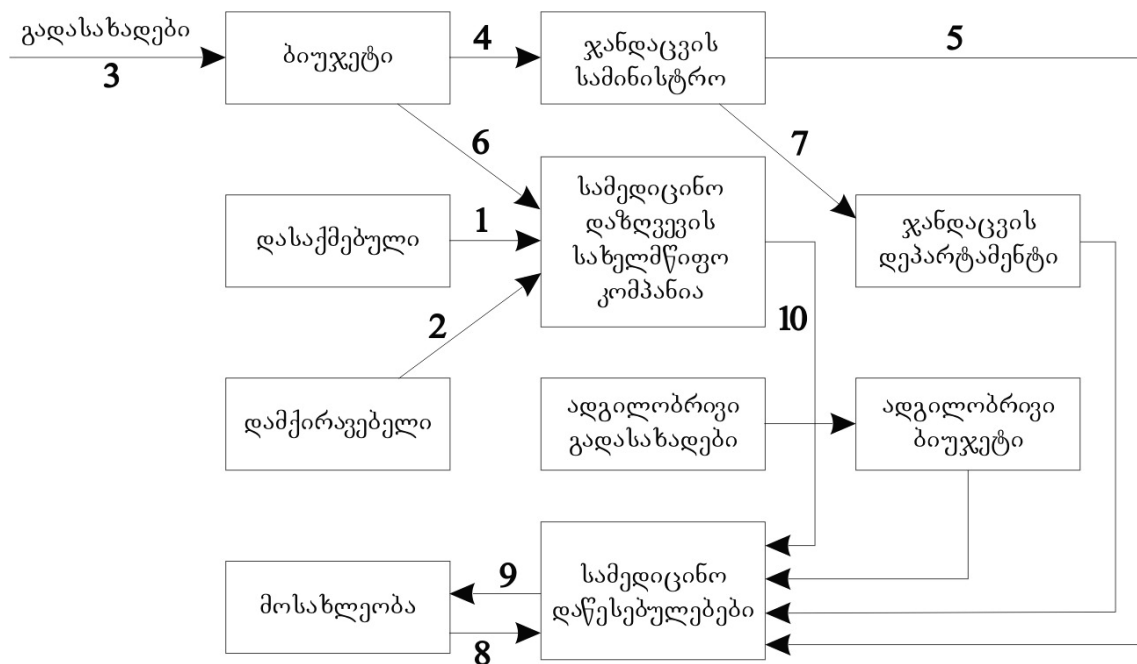
დაფინანსების წყარო	1992	2002
გადასახადები	13	7,8
ჯანმრთელობის დაზღვევა	60,7	57
საპენსიო დაზღვევა	2,3	1,7
უბედური შემთხვევების დაზღვევა	1,8	1,7
ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარების დაზღვევა		7,1
სულ	77,7	75,3
მოსახლეობის პირდაპირი შენატანები	10,7	12,2
კერძო დაზღვევა	7,3	8,4
დამქირაუებლები	4,3	4,1
სულ	22,3	24,7

წყარო: Busse R, Reisberg A. Health Care System in Transition: Germany, Copenhagen, WHO. Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

საქართველოში 1995 წელს დაწყებული ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის შედეგად ძირეულად შეიცვალა სამედიცინო მომსახურების სისტემა. ე.წ. საბჭოური ტიპის ცენტრალიზებული მოდელის ნაცვლად არჩევანი შეჩერდა სადაზღვევო მოდელზე. 1996 წელს შეიქმნა „ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია“ (სდსკ). რომლის დაფინანსების ძირითად წყაროს წარმოადგენდა:

- < საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტი;
- < სავალდებულო სადაზღვევო შენატანები, რომელიც შინაარსით შედგება დამქირაუებლისა და დაქირაუებულის მიერ გადახდილი სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანისაგან (ხელფასის ფონდზე დარიცხული 3% და ხელფასის 1%).

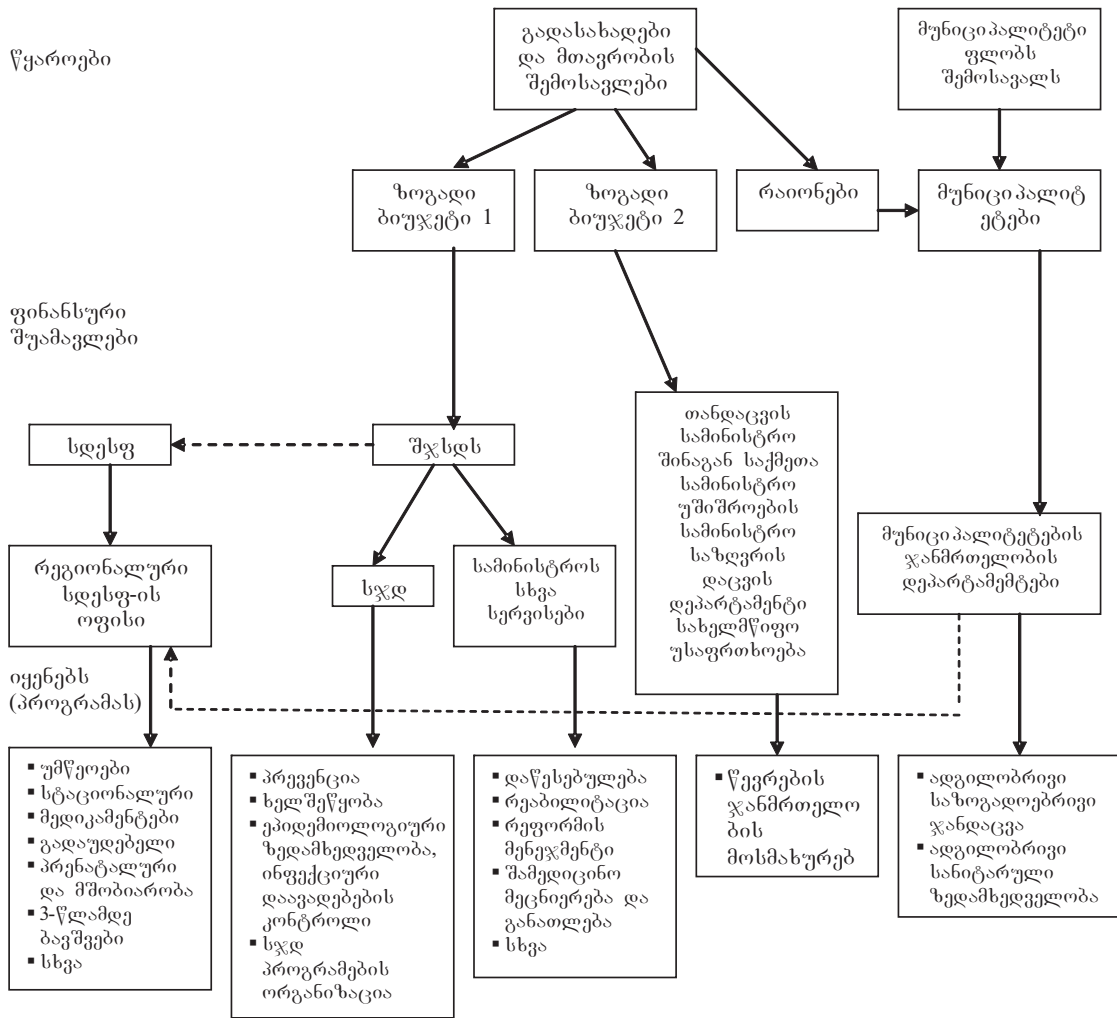
სქემა 3: საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელი (1995-2003 წწ.)



შენიშვნა: 1. სავალდებულო სადაზღვევო შენატანები 1% ხელფასიდან; 2. სავალდებულო სადაზღვევო შენატანები 3% გამოწერილი ხელფასიდან; 3. გადასახადები სახელმწიფო ბიუჯეტში; 4. თანხა ცენტრალური ბიუჯეტიდან; 5. სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსება, კონტრაქტებით; 6. საბიუჯეტო ტრანსფერი, რადგანაც არ ყოფნის ჯანდაცვაზე გადასახადით მოზიდული სახსრები; 7. დაფინანსება სამედიცინო დაწესებულებებისათვის; 8. ჯიბიდან გადახდები ან თანაგადახდა პროგრამების მიხედვით; 9. მომსახურება; 10. დაფინანსება ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის მხრიდან.

2004 წელს „ვარდების რევოლუციის“ შემდეგ ახალმა მთავრობამ გადაწყვიტა შეეცვალა სოციალური კონტრიბუციები და შემოეღო „სოციალური გადასახადები“. რეფორმის შედეგად სოციალური და ჯანდაცვითი ხარჯები იფარება პირდაპირ სახელმწიფო ბიუჯეტიდან.

სქემა 4: ფინანსების დინება საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში



10.3. მიზნობრივი გადასახადები

მიზნობრივი გადასახადები წარმოადგენს გარკვეულ საქონელზე (თამბაქო, ალკოჰოლი) არსებული გადასახადებიდან შემოსავლებს. იგი მიზნობრივი სახით გადაეცემა ჯანდაცვის სისტემის დასაფინანსებლად. მიზნობრივი გადასახადები ჯანდაცვის დაფინანსების დამატებით წყაროს წარმოადგენს და მისი წილი შედარებით უმნიშვნელოა სხვა წყაროებთან შედარებით. საფრანგეთში მიზნობრივი გადასახადები დაწესებულია ავტომანქანის გამოყენებაზე, თამბაქოს და ალკოჰოლის მოხმარებაზე. ჯანდაცვის საერთო შემოსავლებში მიზნობრივი გადასახადები 3,3 %-ს შეადგენს. ამასთან ფარმაცევტული ინდუსტრია რეკლამაზე იხდის მიზნობრივ გადასახადს, რომელიც ჯანდაცვის საერთო შემოსავლების 0,8 %-ს შეადგენს (Sandier et al. 2004).

10.4. ქველმოქმედება

ზოგიერთი განვითარებადი ქვეყნისათვის დონორი ორგანიზაციების შენატანებს მნიშვნელოვანი როლი ეკისრება. უკანასკნელ პერიოდში ასეთი სახის დახმარება დიდ როლს თამაშობდა ისეთ ქვეყნებში, როგორებიცაა: ანგოლა, ბანგლადეში, ეკვადორი, ინდოეთი, მოზამბიკი, პაპუა-ახალი გვინეა, ტანზანია და აღმოსავლეთ ევროპის ზოგიერთი ქვეყანა (ჯანმო, 2000).

ზოგ ქვეყნებში, განსაკუთრებით აფრიკაში, ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში დონორი ორგანიზაციების წილი 40 %-მდე აღწევს (უგანდა 1993 წ.) ან 84 %-მდეც კი (გამბია 1994 წ.), ზოგან იგი 20 %-ს აღემატება (ერითრეა, კენია, ლაოსის სახალხო დემოკრატიული რესპუბლიკა, მალი), ზოგ ქვეყნებში კი 10 %-დან 20 %-მდე მერყეობს (ბოლივია, ნიკარაგუა, ტანზანია, ზიმბაბვე) (ჯანმო, 2000).

დახმარების გასაწევი პროექტების უმრავლესობა დამოუკიდებლად იქმნება და დონორი ორგანიზაციისა და ქვეყნის ხელისუფლების მოლაპარაკების საგანს წარმოადგენს. ცხადია, პროექტის ფარგლებში წარუმატებელი საერთაშორისო თანამშრომლობამ შეიძლება ფრაგმენტაცია ან ძალისხმევის დაუბლირება განაპირობოს, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როდესაც ბევრი დონორი მონაწილეობს და თითოეული მათგანი აქცენტს აკეთებს საკუთარ გეოგრაფიულ და პროგრამულ პრიორიტეტებზე. აღნიშნული მიდგომა ეროვნულ ადმინისტრაციებს აიძულებს განსაკუთრებული ყურადღება და ძალისხმევა დაუთმონ დონორების პრიორიტეტების და პროცედურების განხილვას, ვიდრე ჯანდაცვის პროგრამების მართვასა და რეალიზაციას.

უკანასკნელ პერიოდში დონორები და მთავრობები ცდილობენ ისეთი გრძელვადიანი სტრატეგიული განვითარების პროგრამების მხარდაჭერას, რომლებიც ინტეგრირებულია ქვეყნის ბიუჯეტურ პროცესში. ამ მხრივ უფრო ეფექტური გამოდგა სექტორთაშორისი მიდგომები ისეთ ქვეყნებში, როგორიცაა: ბანგლადეში, განა, პაკისტანი⁴.

ცხრილი 7: დანახარჯები ჯანდაცვაზე და დონორი ორგანიზაციების დახმარება, 1997-1999

	სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე (ერთ სულზე, 1997, \$)	მთლიანი დანახარჯები ჯანდაცვაზე (სრთ სულზე, 1997, \$)	დონორების დახმარება ჯანდაცვაზე (თითო სულზე, საშუალო წლიური 1997-1999)	დონორთა დახმარება ჯანდაცვაზე (საშუალო წლიური (\$ მლნ 1997-1999)
დაბალგანვითარებული ქვეყნები	6	11	2.29	1.473
სხვა დაბალშემოსავლიანი ქვეყნები	13	23	0.95	1.666
საშუალოზე დაბალშემოსავლიანი განვითარებადი ქვეყნები	51	93	0.61	1.300
საშუალოზე მაღალშემოსავლიანი განვითარებადი ქვეყნები	125	241	1.08	610
მაღალშემოსავლიანი ქვეყნები	1356	1907	0	2
ყველა ქვეყნები			0.85	5.052

წყარო: Jeffrey D. Sachs, Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization, 2001.

შენიშვნა: ცხრილი მოიცავს მხოლოდ იმ ქვეყნებს, რომელთა მოსახლეობა 1997 წ. 500 000-ზე მეტს შეადგენდა

საკონტროლო კითხვები და ამოცანები

1. რა არის ჯანდაცვის სისტემის კლასიფიკაციის მთავარი კრიტერიუმები?
2. ჩამოთვალეთ ჯანდაცვის სისტემის მოდელები.
3. ჩამოთვალეთ ჯანდაცვის დაფინანსების წყაროები
4. რას წარმოადგენს მიზნობრივი გადასახადები?
5. რამდენ პროცენტებში მერყეობს ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში დონორი ორგანიზაციების წილი?
6. რომელ ქვეყნებში აღწევს ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში დონორი ორგანიზაციების წილი 40 %-ს; 84 %-ს, 20 %-ს.

ლიტერატურა

1. А.С.Акопян, Ю.В.Шиленко, Т.В.Юрьева, Индустрия здоровья: экономика и управление, Москва: Дрофа, 2003.
2. Фотаки М. Сочетание общественного/государственного и частного в Российской системе здравоохранения в свете международного опыта // Сборник «Общественное и частное в здравоохранении и в медицинском страховании (состояние, проблемы, перспективы)». – М., - 1999. – С.8 –11.
3. Field M.G. The Health System and Policy: a Contemporary American Dialectic // Social Science and Medicine, 1980. – V 14a, № 5. - P. 401
4. Cassels A. Janovsky K. Better Health in developing countries are sector-wide approaches the way of the future? The Lancet, 1998
5. მაყაშიელი ბ.. ჯანდაცვის დაფინანსების ახალი სისტემის მეთოდოლოგიური ასპექტები. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.
6. თ. კალანდაძე, ი. ბრეგვაძე, რ. თაყაიშვილი, ბ. ფესტვენტიე, გ. გვარამია, თ. ვერულავა, ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემა გერმანიაში, თბილისი, 1999 წ.
7. რ. ურუშაძე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, თბილისი, 2002 წ.
8. თ. გერზმაჟა, სოციალური ჰიგიენა და ჯანდაცვის ორგანიზაცია. თბილისი. განათლება, 1990 წ.
9. Djakeli (2002 - N65) “Important Ways for Development of Health Economics”, Publishing House: Center for Strategic Research and Development of Georgia.
10. ა. ჯორბენაძე, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეორიენტაციის ზოგიერთი შედეგის შესახებ. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის ნაციონალური ცენტრი, სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტ. I. თბილისი 1998 წ.
11. თ. ჯინჯოლაჟა. საქართველოს ჯანდაცვის რეორგანიზაციის კონცეფციის ეკონომიკური საფუძვლები. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო. 1994 წ.
12. ა. გამყრელიძე, თ. ვასაძე. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვა საუკუნეთა მიჯნაზე. მოკლე ისტორიული მიმოხილვა. თბილისი, 2003 წ.
13. აღდგომელაშვილი მ., დასაქმებაზე დაფუძნებული დაზღვევა აშშ-ში, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, თბილისი, 2008 წ.

თავი XI

სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით (საერთო გადასახადები) დაფინანსება

ჯანდაცვის დაფინანსების ერთ-ერთ წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადები (საერთო გადასახადები – general taxation). სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადები (საერთო გადასახადები) თავს იყრის სახელმწიფო ბიუჯეტში, საიდანაც ხორციელდება მათი განაწილება ეკონომიკის სხვადასხვა სფეროებში. ბიუჯეტის განაწილებისას მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება სახელმწიფოს მიერ ეკონომიკის სხვადასხვა სფეროების მიმართ დადგენილ პრიორიტეტებს.

ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემას, რომელიც ძირითადად სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებზეა (საერთო გადასახადები) დაფუძნებული, ჯანდაცვის ბიუჯეტურ, ან სახელმწიფო დაფინანსების სისტემას უწოდებენ¹. ჯანდაცვის დაფინანსების სახელმწიფო მოდელი შემოღებულ იქნა ნ. ა. სემაშკოს მიერ, ხოლო მოგვიანებით ლორდ ბევერიჯმა შექმნა ჯანდაცვის ეროვნული მოდელი (National Health Service).

11.1. სემაშკოს მოდელი

მიუხედავად საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის კრიტიკისა, რაც ბევრ შემთხვევაში მკვლევარების მიერ სამართლიანადაა დასაბუთებული, ოქტომბრის რევოლუციის პირველ წლებში **ნ. სემაშკოს (1874-1947 წწ.) მიერ შემოღებული მოდელი თავის დროზე წარმოადგენდა ჯანდაცვის ერთ-ერთ ყველაზე მოწინავე მოდელს მსოფლიოში.**

სემაშკოს სისტემად მიიჩნევენ ჯანდაცვის იმ სისტემას, რომელიც საბჭოთა კავშირში არსებობდა 70 წლის განმავლობაში 1918 წლიდან 1991 წლამდე. იგი წარმოადგენდა ჯანდაცვის ცენტრალიზებულ სისტემას სახელმწიფო დაფინანსებით. სამედიცინო დაწესებულებები და მომსახურების საშუალებები იყო სახელმწიფო საკუთრებაში და ფინანსდებოდა სახელმწიფო შემოსავლებიდან. თითქმის ყველა რესურსის დაგეგმვა, ორგანიზაცია, კონტროლი და განაწილება ხდებოდა ცენტრიდან. მომსახურება უფასო იყო ყველასათვის, თუმცა მაღალი იყო არაფორმალური ჯიბიდან გადახდის დონე, არ არსებობდა (ფორმალურად) კერძო სექტორი, ჯანდაცვის ბიუჯეტი დგებოდა ე.წ. ნარჩენი ბიუჯეტის პრინციპით. სემაშკოს მოდელი ფართოდ იყო გავრცელებული ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებსა, ყოფილი სოციალისტური ბანაკის ქვეყნებში, ჩინეთში, ვიეტნამში, ჩრდილოეთ კორეასა და კუბაში.

მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნულ პერიოდში (განსაკუთრებით სტალინის მმართველობის ხანაში) სემაშკოს მოდელის დაფინანსებისა და მართვის ზოგიერთმა ასპექტებმა ცვლილებები განიცადა, სისტემის ფუძემდებლური პრინციპები არ შეცვლილა.

განვიხილოთ სემაშკოს მოდელი პერიოდების მიხედვით.

სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია 1917-1926 წლებში

პირველი მსოფლიო ომი, სამოქალაქო ომი, მოსახლეობის შიმშილი და ქვეყნის მოშლა გახდა მასიური ეპიდემიების (ეპიდემიური გრიპი, ტუბერკულოზი, პარტახტიანი ტიფი, ნაწლავური ინფექციები, ყვავილი) მიზეზი². შექმნილი მძიმე მდგომარეობა მოითხოვდა სასწრაფო ზომების მიღებას. 1917 წლის 26 ოქტომბერს პეტროგრადის საბჭოების სამხედრო-რევოლუციურ კომიტეტთან შეიქმნა სამედიცინო-სანიტარული განყოფილება, რომელსაც დაევა

აჯანყებულთათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევა. სამედიცინო-სანიტარული განყოფილებას უნდა განეხორციელებინა აგრეთვე ჯანდაცვის არსებული სამსახურის გარდაქმნა. 1917 წლის ნოემბრიდან სამედიცინო-სანიტარული განყოფილებები ჩამოყალიბდნენ რუსეთის სხვადასხვა რეგიონებში³.

1917 წლის ნოემბერ-დეკემბერში დაიწყო საქიმო (სამედიცინო) კოლეგიების ორგანიზაცია ცალკეულ ნარკომატებში (შინაგან საქმეთა, განათლების, სატრანსპორტო). 1918 წლის 24 იანვარს ორგანიზებულ იქნა საქიმო კოლეგიების საბჭო, რომელსაც დაეკისრა “მუშათა და გლეხთა მთავრობის უმაღლესი სამედიცინო ორგანოს” ფუნქცია. ამ საბჭოს ერთ-ერთ ძირითად ამოცანას წარმოადგენდა - “სანიტარული საქმის გაუმჯობესება, ეპიდემიურ დაავადებებთან ბრძოლა, საბჭოთა ხელისუფლების ხელშეწყობა ქვეყანაში სანიტარული რღვევის აღმოსაფხვრელად”⁴. 1917 წლის 22 დეკემბერს მიღებულ იქნა დეკრეტი “დაავადების შემთხვევაში დაზღვევის შესახებ”, რომელიც საავადმყოფოს საღაროებს ავალდებულებდა – მუშებისთვის, მოსამსახურეებისთვის და მათი ოჯახის წევრებისათვის გაეწიათ უფასო სამედიცინო მომსახურება. აღნიშნულმა დეკრეტმა საფუძველი დაუდო უფასო, საერთო ხელმისაწვდომობის და კვალიფიციური სამედიცინო დახმარების პრინციპების განხორციელებას.

1918 წლის ივლისში რუსეთის საბჭოების ყრილობაზე დაფუძნდა **რუსეთის ჯანდაცვის სახალხო კომისარიატი**, რომელშიც გათვალისწინებული იყო სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური საქმიანობის, როგორც სახელმწიფო სანიტარული ორგანოს შექმნა. რუსეთის ჯანდაცვის პირველ სახალხო კომისარად არჩეულ იქნა ნ. ა. სემაშკო. მთავრობის დეკრეტის საფუძველზე ჯანდაცვის სახალხო კომისარიატში შეიქმნა ცენტრალური სამედიცინო-სანიტარული საბჭო. საკონსულტაციო ორგანოს თვალსაზრისით ორგანიზებულ იქნა სამეცნიერო სამედიცინო საბჭო, რომელმაც დიდი როლი ითამაშა ქვეყნის სამეცნიერო სამედიცინო ძალების გაერთიანებაში.

1918 წლის ნოემბერში ჯანდაცვის სახალხო კომისარიატში ორგანიზებულ იქნა ტუბერკულოზთან და სიფილისთან ბრძოლის სექციები. 1918 წელს მოსკოვში გახსნილ იქნა სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების პრინციპულად ახალი სახე – ტუბერკულოზის დისპანსერი, ხოლო 1921 წელს ორგანიზებულ იქნა ვენეროლოგიური დისპანსერი. 1919-1920 წწ. პარტახტიანი ტიფით ავადმყოფთათვის დამატებით 250 ათასი საწოლი გაიხსნა³. რკინიგზის სადგურებზე და ნავისადგომებთან ორგანიზებულ იქნა სანიტარული გამშვებები, სადაც ყველა ჩამოსულები (განსაკუთრებით სამხედრო პირები) ვალდებული იყვნენ დაეხანათ აბანოში, ხოლო მათ ტანსაცმელს უტარდებოდა დეზინფექცია. 1920 წელს აღდგენილ იქნა დანგრეული ჯანდაცვის ქსელი, ხოლო სამედიცინო დაწესებულებების რაოდენობა 1914 წელთან შედარებით 40 %-ით გაიზარდა³.

რუსეთის კომუნისტური პარტიის (ბოლშევიკების) VIII ყრილობაზე, რომელიც 1919 წლის 18-23 მარტს ჩატარდა, მიღებულ იქნა პარტიის ახალი პროგრამა, რომელშიც შეტანილ იქნა სპეციალური განყოფილება ჯანდაცვის საკითხებზე. ამ განყოფილებაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭებოდა პროფილაქტიკურ მიმართულებას, ფართო გამაჯანსაღებელ და სანიტარულ ღონისძიებებს, რომლის მიზანს დაავადებათა პროფილაქტიკა წარმოადგენდა.

1920 წელს ორგანიზებულ იქნა სახალხო ჯანდაცვის სახელმწიფო ინსტიტუტი, სადაც გაერთიანდნენ სან-ჰიგიენური და მიკრობიოლოგიური პროფილის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტები, აგრეთვე ექსპერიმენტული ბიოლოგიის, ბიოქიმიის, ტუბერკულოზის ინსტიტუტები.

რუსეთის საბჭოების XII ყრილობაზე (1925 წ.) ნ. ა. სემაშკომ საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემის საფუძვლად შემდეგი ძირითადი პრინციპები ჩამოაყალიბა⁵:

- < სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა ჯანდაცვაზე, როგორც უმთავრეს სოციალურ სფეროზე;
- < უფასო სამედიცინო დახმარება და მისი საერთო ხელმისაწვდომობა;

- < პროფილაქტიკური მიმართულება – პროფილაქტიკური (გამაჯანსაღებელი) ღონისძიებების პრიორიტეტულობა სამკურნალო მედიცინის კერძო ამოცანებთან შედარებით;
- < ხარისხიანი სამედიცინო დახმარება;
- < სამედიცინო მეცნიერებისა და პრაქტიკის მჭიდრო კავშირი;
- < ცხოვრების ჯანსაღი წესის, მკურნალობისა და რეაბილიტაციის პროპაგანდის ერთიანობა.

ჯანსაღი ცხოვრების ინიციატივით რსფსრ სახალხო კომისიების საბჭოს (სახკომსაბჭო) მიერ მიღებულ იქნა დეკრეტები “ეპიდემიებთან ბრძოლის ღონისძიებების შესახებ” (1919 წ.), “საცხოვრებელი სახლების სანიტარული დაცვის შესახებ” (1919 წ.), “რესპუბლიკაში წყალმომარაგების, კანალიზაციის და ასენიზაციის გაუმჯობესების ზომების შესახებ” (1921 წ.), “ყვავილის აცრის საგაღებულო წესით ჩატარების შესახებ” (1924 წ.) და სხვები. ამ დეკრეტებმა საფუძველი ჩაუყარეს ქვეყანაში სანიტარულ კანონმდებლობას. 1922 წლის 15 სექტემბერს გამოვიდა სახკომსაბჭოს დეკრეტი “რესპუბლიკის სანიტარული ორგანოების შესახებ”, რომელშიც განისაზღვრა სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის, როგორც სახელმწიფო სანიტარულ-მაკონტროლებელი ორგანოს ამოცანები.

განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭებოდა დედათა და ბავშვთა დაცვას. 1922 წელს შეიქმნა დედათა და ბავშვთა დაცვის ცენტრალური სამედიცინო ინსტიტუტი. 1913 წელთან შედარებით ბავშვთა სიკვდილიანობა 2 ჯერ შემცირდა. დედათა და ბავშვთა დაცვის დაწესებულებები 34-დან (1918 წ.) 2419-მდე (1921 წ.) გაიზარდა³.

მიღებულ იქნა ზომები სამედიცინო კადრების უკმარისობის აღმოსაფხვრელად. განხორციელდა სამედიცინო განათლების რეფორმა, რომელიც დაკავშირებული იყო საბჭოთა მედიცინის ახალ ამოცანებთან. 1918-1921 წლებში გაიხსნა 16 ახალი სამედიცინო საუნივერსიტეტო ფაკულტეტები³. 1920 წელს შეიქმნა ტროპიკული ინსტიტუტი, ხოლო 1921 წელს ჯანსაღი ცხოვრების შექმნა მალარიის საწინააღმდეგო ცენტრალური კომისია, ხოლო ადგილებში – მალარიის საწინააღმდეგო სადგურები და პუნქტები. 1924 წლის 12 მაისს სახკომსაბჭომ გამოსცა დეკრეტი “მალარიასთან ბრძოლის შესახებ”, რომელიც სამკურნეო ორგანოებს ჯანსაღი ცხოვრების ბრძანებების შესაბამისად ავლდებულება მალარიასთან ბრძოლის ღონისძიებების ჩატარებას.

1924 წლის 27 თვის ჩატარდა ჯანდაცვის მუშაკების V ყრილობა, სადაც დიდი ყურადღება იქნა მიქცეული სამკურნალო და პროფილაქტიკური მედიცინის სინთეზის საკითხზე, მოსახლეობის მომსახურების დისპანსერულ მეთოდის დანერგვაზე. 1925 წ. სახკომსაბჭომ გამოსცა დეკრეტი “სოფლად სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის და საუბნო-სამედიცინო პერონალის მატერიალურ-საყოფაცხოვრებო მდგომარეობის გაუმჯობესების შესახებ”. დეკრეტი ითვალისწინებდა სოფლად მუშაობისათვის ყოველ მესამე წელს ხელფასზე 20%-იან დანამატს, აგრეთვე უფასო ბინას, გათბობას, განათებას, ტრანსპორტს.

ჯანდაცვა ქვეყნის ინდუსტრიალიზაციისა და კოლექტივიზაციის პერიოდში (1926-1940 წწ.)

ქვეყანაში დაწყებული ინდუსტრიალიზაციისა და კოლექტივიზაციის კომპანია, რომელიც მოიცავდა ათასობით მუშაკთა შრომის ცენტრალიზებულ მოწესრიგებას, ვრცელდებოდა ჯანდაცვის სფეროშიც. 1929 წელს მიღებულ იქნა დადგენილება “მუშათა და გლეხთა სამედიცინო მომსახურების შესახებ”. დღის წესრიგში დადგა ჯანდაცვის ეკონომიკური პრობლემები, სამედიცინო დახმარების რაციონალური ორგანიზაცია როგორც მწარმოებლური შრომის ძლიერი ფაქტორი, დაავადებით გამოწვეული შრომისუნარობის გამო დაკარგული სამუშაო დროის შემცირება. სამრეწველო დაწესებულებებში დაიწყო სამედიცინო დახმარების პუნქტების, ამბულატორიების, სტაციონარების შექმნა. მრეწველობისა და სოფლის მეურნეობის რეკონსტრუქციის შედეგად განსაკუთრებით აქტუალური გახდა პროფესიულ დაავადებებთან და ტრავმატიზმთან ბრძოლის პრობლემა. გაჩნდა შრომის დაცვის მთელი მიმართულება.

ქვეყანაში ჯერ კიდევ ფართოდ იყო გავრცელებული მწვავე ინფექციები. ამიტომ პირველხარისხოვანი მნიშვნელობა ენიჭებოდა სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურების განვითარებას. 1927 წლის 19 თებერვალს გამოვიდა რსფსრ სახკომსაბჭოს დადგენილება “რესპუბლიკის სანიტარული ორგანოების შესახებ”, ხოლო 1927 წლის 8 ოქტომბერს – “რესპუბლიკაში სანიტარული ორგანოების მდგომარეობის შესახებ”, რომელთა მიხედვით დადგინდა მიმდინარე და გამაფრთხილებელი სანიტარული კონტროლის წესები, სანიტარული დაწესებულებების და ექიმების ახალი კატეგორიები და ნორმატივები, გაუმჯობესდა სანიტარული სამსახურების სპეციალიზაცია და ა. შ. 1920-იანი წლების ბოლოს ქვეყანაში გაჩნდა ახალი დაწესებულებები – **სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სადგურები**, რომელთა საქმიანობა მიმართული იყო ინფექციურ და პარაზიტულ დაავადებებთან ბრლისაკენ, გარემო პირობების გაუმჯობესებისაკენ. 1940 წელს სანიტარულ-ეპიდსაწინააღმდეგო ორგანიზაცია მოიცავდა 12,5 ათას ექიმს, 1958 სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიურ სადგურს, 1150 სანიტარულ-ბაქტერიოლოგიურ ლაბორატორიას, 787 სადგინო-ექიმო სადგურს³.

1930 წელს უნივერსიტეტების სამედიცინო ფაკულტეტები, რომლებიც ადრე განათლების სახალხო კომისარიატის დაქვემდებარების ქვეშ იმყოფებოდნენ, რეორგანიზებულ იქნენ დამოუკიდებელ ინსტიტუტებად. 1929-1938 წლებში შექმნა 24 ახალი სამედიცინო ინსტიტუტი³. სამედიცინო ფაკულტეტების სასწავლო გეგმაში შეტანილ იქნა სოციალური ჰიგიენა, შრომის ჰიგიენა, აღზრდის ჰიგიენა.

1933 წ. სსრკ სახკომსაბჭოს დადგენილებით სახელმწიფო სანიტარული ინპექციის ორგანოების საქმიანობის მართვისათვის შეიქმნა სახელმწიფო სანიტარული ორგანიზაცია³. სანიტარული ორგანოების მუშაობა არსებითად გარდაიქმნა გამაფრთხილებელი და მიმდინარე სანიტარული ზედამხედველობის როლის გაზრდის მიმართულებით. შეიქმნა სანიტარული კონტროლის ავტორიტეტული ორგანოები, გაიზარდა მათი უფლებების რეგლამენტაცია, პასუხისმგებლობები და ფუნქციები. ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების ჩასატარებლად შეიქმნა ეპიდემიოლოგიური სამმართველოები, განყოფილებები და ჯგუფები.

აღნიშნულ პერიოდში გაფართოვდა დედათა და ბავშვთა დაცვის სისტემა. ორგანიზებულ იქნა ბავშვთა კონსულტაციების და პოლიკლინიკების ფართო ქსელი. ბავშვთა კონსულტაციები ემსახურებოდნენ 0-დან 3 წლამდე ბავშვებს³. ისინი ვალდებული იყვნენ მეთვალყურეობა გაეწიათ მათ ჯანმრთელობაზე და სწორ ფიზიკურ განვითარებაზე, ჩაეტარებინათ პატრონაჟი ბინაზე, დედებისათვის სან-საგანმანათლებლო ღონისძიებები და ავადმყოფ ბავშვებზე სამკურნალო დახმარება. ბავშვთა კონსულტაციებში გახსნილი იყო სარძეო სასადილოები, სადაც ექიმის რეცეპტით მზადდებოდა ბავშვთა საკვები. დანარჩენი ასაკისათვის გათვალისწინებული იყო სამკურნალო დახმარება კონსულტაციაში, პოლიკლინიკაში და ბინაზე, რომელსაც ახორციელებდა საუბნო ორდინატორ-პედიატრი.

სწრაფი ტემპებით გაიზარდა სამედიცინო დაწესებულებების, ექიმების რაოდენობა. შეიქმნა სამედიცინო და ფარმაცევტული მრეწველობა, რომელიც საერთოდ არ არსებობდა რევოლუციამდე რუსეთში. 1936 წლის 20 ივლისს შეიქმნა სსრკ საკავშირო-რესპუბლიკური ჯანდაცვის სახკომი.

პროფილაქტიკის მთავარ მეთოდს წარმოადგენდა დისპანსერიზაცია. იგი ვრცელდებოდა ყველა ახალშობილზე, სკოლამდელი ასაკის და სკოლის ბავშვებზე, მოზარდებზე, ორსულ ქალებზე, სამრეწველო საწარმოების მუშებზე, სოფლის მეურნეობის წამყვანი პროფესიების მუშაკებზე (ტრაქტორისტები, კომბაინერები და ა. შ.). დისპანსერული მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფებოდნენ გულ-სისხლძარღვთა და კუჭ-ნაწლავის სისტემის ავადმყოფები, ტუბერკულოზით, ახალწარმონაქმნებით, ენდემური ჩიყვით, კან-ვენერული ავადმყოფები. დისპანსერული მეთვალყურეობა ტარდებოდა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებების მეშვეობით

საცხოვრებელი სახლის მიხედვით, აგრეთვე საწარმოო დაწესებულებებში და სპეციალიზებულ დისპანსერებში.

ცხრილი 1: სპეციალიზებული დისპანსერები სსრკ-ში

დისპანსერები	1941	1951	1956
ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო	547	709	1104
კან-ვენერიული	603	644	664
ონკოლოგიური	26	142	188
ფსიქონევროლოგიური	56	71	111

წყარო: Прохоров Б.Б. Организация здравоохранения в России в XX веке, Россия в окружающем мире 2001.

1937 წლამდე ჯანდაცვის სექტორისათვის განკუთვნილი დასაქმებულთა ფინანსური საშუალებები თავს იყრიდა ჯანსაჯკომსაბჭოს ბიუჯეტში. 1937 წლიდან იგი გადავიდა საერთო ბიუჯეტში, საიდანაც ხდებოდა მათი გადანაწილება ცალკეულ სახკომსაბჭოებს შორის.

1930-იანი წლების ბოლო პერიოდი შეიძლება ჩაითვალოს საბჭოთა კავშირში პირველი ეპიდემიოლოგიური რევოლუციის დასასრულად. ამ პროცესის არსი მდგომარეობს იმაში, რომ გარეშე ფაქტორებით გამოწვეული დაავადებები, თანდათანობით გზას უთმობდნენ ადამიანის ორგანიზმის ბუნებრივ სიბერესთან დაკავშირებულ დაავადებებს. ამ პერიოდიდან ინფექციური დაავადებებისგან სიკვდილობა უკვე აღარ წარმოადგენს სიკვდილობის უმთავრეს მიზეზს. ქვეყანაში თითქმის აღმოიფხვრა ისეთი ინფექციური დაავადებები, როგორცაა: ყვავილი, ეპიდემიური ტიფი, მკვეთრად შემცირდა პარტახტიანი ტიფით ავადობა. სერიოზულ პრობლემად ისევ რჩებოდა ტუბერკულოზი, ნაწლავური ინფექციები, ბავშვთა ასაკის ინფექციური დაავადებები.

ჯანდაცვა მეორე მსოფლიო ომის პერიოდში (1941-1945 წწ.)

წინა ომების გამოცდილებამ აჩვენა, რომ საომარი მოქმედებები განაპირობებს მნიშვნელოვან დანაკარგებს არამარტო ბრძოლის ველზე, არამედ ზურგშიც, რაც უპირატესად დაკავშირებულია ინფექციურ დაავადებებთან. სანიტარული დანაკარგების მაქსიმალურად შესამცირებლად შემუშავებულ იქნა დაჭრილთა და ავადმყოფთა ეტაპობრივი მკურნალობის დოქტრინა მათი დანიშნულების მიხედვით ევაკუაციის მიზნით. კვალიფიციური სამედიცინო დახმარება სპეციალიზებული და მიახლოებული იქნა საბრძოლო ველთან. ზურგში მობილიზაცია გაუკეთდა საავადმყოფოებს საევაკუაციო ჰოსპიტლების სისტემის შექმნის მიზნით. 115000 ექიმებიდან ბრძოლის ველზე იქნა გაყვანილი 90000 ექიმი, დანარჩენი იღწვოდა ზურგში³.

ომის წლებში სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურები მოქმედებდნენ ზურგში და საბრძოლო ველზე. საჯარისო ნაწილებში მოქმედებდნენ სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური რაზმები, რომლებიც აღჭურვილი იყვნენ ბაქტერიოლოგიური ლაბორატორიებით. მასობრივი ომების ისტორიაში პირველად შესაძლებელი გახდა მასობრივი ეპიდემიების აღმოფხვრა, შედარებით სწრაფად მოხდა ომის და ნგრევის შედეგად განპირობებული ანტისანიტარული მდგომარეობის ლიკვიდაცია. მწყობრში ჩადგა დაჭრილთა 72 % და ჯარისკაცთა და ოფიცერთა 90 %³.

განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა ბავშვებს, რომელთა უმრავლესობამ დაკარგეს მშობლები. ისინი ევაკუირებულ იქნენ ზურგში. მათთვის შეიქმნა სარძევე სამზარეულოები,

“კვების სადგურები”, გაიზარდა ბავშვთა სახლები, ბაგა-ბაღები. აღნიშნული ღონისძიებების შედეგად მრავალი ათასი ბავშვი გადაურჩა სიკვდილს.

მეცნიერები აქტიურად მოღვაწეობდნენ დაჭრილთა და ავადმყოფთა მკურნალობის პრობლემებზე. შემუშავებულ იქნა ჭრილობების, ტრავმების დამუშავების ახალი მეთოდები, ეფექტური სამკურნალო საშუალებები, უპირველეს ყოვლისა სულფანილამიდური პრეპარატები, სამამულო პენიცილინი და სხვა ანტიბიოტიკები, შემუშავებულ იქნა სისხლის გადასხმის და სისხლის შემცვლელების მეთოდები, შოკსაწინააღმდეგო და ჭრილობის შემდგომი გართულებების წინააღმდეგ ბრძოლის მეთოდები. სამეცნიერო სამედიცინო კვლევების გასაძლიერებლად 1944 წელს შეიქმნა სსრკ მედიცინის მეცნიერებათა აკადემია.

ჯანდაცვა მეორე მსოფლიო ომის შემდგომ პერიოდში (1945-1953 წწ.)

ომმა დიდი ზარალი მიაყენა ქვეყანას. მთლიანად ან ნაწილობრივ დაზარეულ იქნა 1710 ქალაქი და დასახლება, 70000-ზე მეტი სოფელი. განადგურდა 40000-ზე მეტი სამედიცინო დაწესებულება. მიუხედავად ამისა, 1950 წლისათვის სამედიცინო დაწესებულებების, საწოლების, ექიმების რაოდენობა არათუ გაუტოლდა ომამდელ მაჩვენებლებს, მნიშვნელოვნად გადააჭარბა მას. ასე მაგალითად, 1940 წელს 10000 მოსახლეზე მოდიოდა 74 ექიმი და 269 საშუალო სამედიცინო პერსონალი, 1950 წელს აღნისნული მონაცემები შეადგენდა – 145 ექიმს და 449 საშუალო სამედიცინო პერსონალს. ქვეყანაში ფუნქციონირებდა 18,3 ათასი საავადმყოფო, საწოლთა საერთო რიცხვი შეადგენდა 1010,7 ათასს. მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა. შემცირდა ბავშვთა სიკვდილობა, ინფექციური დაავადებებით გამოწვეული ავადობა და სიკვდილობა.

ომის შედეგად მიყენებული ზარალის ლიკვიდაცია და ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების ტემპები მოითხოვდა ჯანდაცვის სისტემის, მისი სტრუქტურის ცვლილებებს.

ჯანდაცვა ხრუშჩოვის პერიოდში (1953-1964 წწ.)

1956 წელს მიღებულ იქნა კანონი სახელმწიფო პენსიების შესახებ, სსრკ უმაღლესი საბჭოს პრეზიდიუმმა მიიღო დადგენილება წინასააღმდეგოსწავლო და დასვენების წინა დღეებში სამუშაო დროის 2 საათით შემცირების შესახებ (სამუშაო კვირის ხანგრძლივობა 48 სთ-დან 46 სთ-მდე შემცირდა), ორსულთა შვებულების 77-დან 112 კალენდარულ დღემდე გაზრდის შესახებ. 1960-იან წლებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა ექიმთა და საშუალო სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა, გაძლიერდა სოფლის საუბნო და რაიონული საავადმყოფოების სიმძლავრე. გაიზარდა შობადობის მაჩვენებელი, საერთო სიკვდილობა შემცირდა 7,6-მდე 1000 მოსახლეზე, ხოლო ბავშვთა სიკვდილობა – 41-მდე 1000 ცოცხლადშობილზე. სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა გაიზარდა 69 წლამდე.

დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა წარმოადგენდა საბჭოთა მედიცინის მნიშვნელოვან რგოლს. ყველა ქალისათვის სტაციონარული მშობიარობის უზრუნველყოფის მიზნით შეიქმნა ქალთა კონსულტაციების, სამშობიარო სახლების, საავადმყოფოებში სამეანო გინეკოლოგიური განყოფილებების ფართო ქსელი, ხოლო სოფლად – კოლმეურნეთა სამშობიარო სახლები და საფერშლო-სამეანო პუნქტები. ბევრ ქალაქებში ორგანიზებულ იქნა პათოლოგიური ორსულობის სპეციალიზებული განყოფილებები. აღნიშნული ღონისძიებების შედეგად მნიშვნელოვნად შემცირდა დედათა სიკვდილობა, მკვდრადშობადობა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლები. ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის პასუხისმგებლობა დაეკისრა ბავშვთა სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებს: პოლიკლინიკებს, საავადმყოფოებს, ზოგადი პროფილის საავადმყოფოების ბავშვთა განყოფილებებს, სანატორიუმებს, ბაგა-ბაღებს და ა.შ.

აქტიურად ფუნქციონირებდა სასწრაფო სამედიცინო დახმარების საქალაქო და რაიონული სადგურები. ისინი აღიჭურვა სპეციალიზებული მანქანებით, რომელსაც გააჩნდა ხელოვნური სუნთქვის აპარატები, სისხლის გადასხმისათვის საჭირო მოწყობილობები, ელექტროკარდიოგრაფი და ა. შ., რაც სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობის დროს (მიოკარდიუმის ინფარქტი, შოკი, ფილტვების შეშუპება, მოწამვლები) სწრაფი დიაგნოსტიკის და გადაუდებელი დახმარების ჩატარების საშუალებას იძლეოდა.

მიუხედავად სახელმწიფოს აქტიური მოქმედებებისა, ჯანდაცვის სექტორში ძვრები ნელი ტემპებით ვითარდებოდა. მკვლევართა აზრით, ამ პერიოდში ჩაეყარა საფუძველი იმ ნეგატიურ მოვლენებს, რომლებიც განსაკუთრებით მკვეთრად 2-3 ათეული წლების შემდეგ გამოვლინდა⁶.

მეორე მსოფლიო ომის შემდგომ პერიოდში საბჭოთა ჯანდაცვის განვითარების უარყოფით ტენდენციებს შორის შეიძლება ჩაითვალოს საბჭოთა მეცნიერების იზოლაცია, აქცენტი რაოდენობრივ მაჩვენებლებზე, დაფინანსების თანდათანობითი შემცირება, მედიკის როლის დაქვეითება და ექიმების ჰიპერსპეციალიზაცია. ჯანდაცვის განვითარებისადმი მიდგომა ექსტენსიურ ხასიათს ატარებდა.

საბჭოთა ჯანდაცვის წარუმატებლობის მიზეზს წარმოადგენდა აგრეთვე ხრუმჩოვის მმართველობის შემდეგ სამხედრო ხარჯების განუხრელი ზრდა. ა.შ.შ-ზე სამხედრო უპირატესობის მისაღწევად, ქვეყნის მნიშვნელოვანი რესურსები გადასროლილ იქნა სამხედრო კომპლექსის განვითარებისათვის, რამაც საგრძნობლად დააზარალა ჯანდაცვის სექტორი. თუ 60-იანი წლების შუა პერიოდში საბჭოთა კავშირი ჯანდაცვაზე ხარჯავდა მშპ-ის 6-6,5 %-ს, რაც შეესაბამებოდა დასავლეთის ქვეყნების მაჩვენებლებს, საბჭოთა კავშირის დაშლის პერიოდში იგი 2-3 %-მდე შემცირდა.

ჯანდაცვა უძრავობის პერიოდში (1964-1984 წწ.)

1964 წლის შემდეგ არაერთხელ იქნა მიღებული ჯანდაცვის რეორგანიზაციისკენ, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისკენ მიმართული ზომები. 1968 წლის 5 ივლისს მიღებულ იქნა სკკპ ცკ და სსრკ მინისტრთა საბჭოს დადგენილება “ჯანდაცვის შემდგომი გაუმჯობესების და ქვეყანაში სამედიცინო მეცნიერების განვითარების ღონისძიებების შესახებ”, სადაც გათვალისწინებული იყო ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დაფინანსების გაზრდა. სამედიცინო დაწესებულებების გაზრდასთან ერთად განსაკუთრებული აქცენტი კეთდებოდა სპეციალიზებული (კარდიოლოგიური, ონკოლოგიური, სტომატოლოგიური) დაწესებულებების, საავადმყოფოების და სასწრაფო დახმარების განყოფილებების გახსნაზე.

1970 წლის 1 ივლისს ძალაში შევიდა “სსრკ და მოკავშირე რესპუბლიკების ჯანდაცვის კანონმდებლობის საფუძვლები”, რომელშიც ისევ იყო დეკლარირებული მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების პრინციპები და ფორმები – უფასო ჯანდაცვა, საერთო ხელმისაწვდომობა, კვალიფიციურობა, პროფილაქტიკური მიმართულება, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა, სანიტარულ-ეპიდსაწინააღმდეგო სამსახურების სრულყოფა. გათვალისწინებული იყო ჯანდაცვის მატერიალური ბაზის შემდგომი განვითარება: სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაზრდის მიზნით მსხვილი სპეციალიზებული და მრავალპროფილიანი საავადმყოფოების, პოლიკლინიკების, დისპანსერების მშენებლობა.

ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის აუცილებლობა აშკარა გახდა 1970-იანი წლების ბოლოს და 1980-იანი წლების დასაწყისში. ამ პერიოდში შეინიშნებოდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება. ქვეყნის რთული სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა სრულად აისახებოდა ჯანდაცვაზე. ადმინისტრაციულ-ბიუროკრატიული მეთოდების გაძლიერებამ, ჯანდაცვის მართვის ბიუროკრატიზაციამ დარგის განვითარების მიმართულებების განსაზღვრაში სერიოზული შეცდომები განაპირობა.

- < პრიორიტეტები მიენიჭა ჯანდაცვის განვითარების რაოდენობრივ მახასიათებლებს;
- < პროფილაქტიკამ დაკარგა პრიორიტეტულობა და დეკლარაციული ხასიათი მიიღო;
- < საზოგადოების ეკონომიკურმა და ზნეობრივმა დეფორმაციამ სამედიცინო პერსონალის პროფესიული და მორალური დონის დაქვეითება განაპირობა.

1960-იან წლებამდე საბჭოთა მედიცინა ხელს უწყობდა სიკვდილობის (კერძოდ ახალშობილთა) შემცირებას, სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდას. 60-იანი წლების შუა პერიოდიდან ეპიდემიოლოგიური ტენდენციები აღარ შეესაბამებოდა დასავლეთ ქვეყნებში არსებულ მდგომარეობას. მაშინ როდესაც დასავლეთის ქვეყნებში მეტ ყურადღებას აქცევდნენ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის, ონკოლოგიური და ტრავმატული დაავადებებისაგან სიკვდილიანობის გაზრდის პრობლემების გადაწყვეტის გზებს, საბჭოთა ჯანდაცვამ ვერ შეძლო ორიენტაციის შეცვლა, ისევ პანაცეად ითვლებოდა ექიმთა, მედლების და საავადმყოფოს საწოლთა რაოდენობის გაზრდა. ერთი მხრივ იზრდებოდა ექიმთა რაოდენობა და საავადმყოფოთა მშენებლობები, ხოლო მეორე მხრივ მცირდებოდა დარგის დაფინანსების დონე, რაც როგორც სამედიცინო განათლების დონის, ასევე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის დაქვეითებას განაპირობებდა. ექიმთა ხელფასი შეადგენდა საშუალოსტატისტიკური მონაცემების მხოლოდ 70 %-ს, რაც არაოფიციალური გადახდების პრაქტიკის გავერცელებას და ექიმთა პრესტიჟის დაქვეითებას უწყობდა ხელს. რეალობას არ შეესაბამებოდა სახელმწიფოს მიერ გამოცხადებული უფასო სამედიცინო დახმარების პრინციპი. ზემოაღნიშნულის შედეგად განვითარებული ქვეყნების მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლებმა მნიშვნელოვნად გაუსწრო საბჭოთა კავშირის მაჩვენებლებს.

საავადმყოფოების საწოლთა რაოდენობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი მსოფლიოში (ა.შ.შ-თან შედარებით 4-ჯერ უფრო მეტი, 1985 წ.) გვიჩვენებდა რომ საბჭოთა კავშირში ჯანდაცვის სისტემის განვითარება გრძელდებოდა ისევ ექსტენსიური გზით. ბევრი საავადმყოფო უკვე აღარ შეესაბამებოდა ელემენტარულ სტანდარტებს: საავადმყოფოების მეოთხედს არ ჰქონდა ცენტრალური წყალმომარაგების სისტემაც კი.

ცხრილი 2: სსრკ საავადმყოფოთა ქსელი

სსრკ	საავადმყოფოების რაოდენობა			საწოლთა რაოდენობა, ათასი			საწოლთა რაოდენობა 10 000 მოსახლეზე		
	1913	1940	1975	1913	1940	1975	1913	1940	1975
	5300	13793	24250	207,6	790,9	3009,2	13,0	40,2	117,8
რსფსრ	3149	8477	13066	133,4	482,0	1649,2	14,8	43,3	122,5
უკრაინა	1438	2498	4122	47,7	157,6	578,3	13,6	37,7	117,8
ბელორუსი	240	514	913	6,4	29,6	107,0	9,3	32,6	114,2
უზბეკეთი	63	380	1159	1,0	20,3	145,6	2,3	30,1	103,4
ყაზახეთი	98	627	1770	1,8	25,4	178,6	3,2	39,5	124,6
საქართველო	41	314	500	2,1	13,3	48,0	8,0	36,0	96,9
აზერბაიჯანი	43	222	748	1,1	12,6	54,8	4,8	37,8	96,3
ლიტვა	44	77	229	2,2	8,9	36,9	7,7	30,0	111,2
მოლდავეთი	68	109	354	2,5	6,1	42,0	12,2	24,6	109,2
ლატვია	50	89	187	6,2	12,0	31,7	24,9	63,0	126,9
ყირგიზეთი	6	112	263	0,1	3,8	37,4	1,2	24,1	111,2
ტაჯიკეთი	1	121	278	0,04	4,5	33,5	0,4	28,6	96,0
სომხეთი	6	96	228	0,2	4,1	24,4	2,1	30,1	86,0
თურქმენეთი	13	99	270	0,3	5,6	25,8	2,7	41,6	100,0
ესტონეთი	40	58	163	2,5	5,1	16,0	26,2	47,7	111,3

წყარო: Большая медицинская энциклопедия, М., 1989 г.

ცხრილი 3: ექიმთა და სამუალო სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა, სსრკ

	ექიმთა რაოდენობა, ათასი			ექიმთა რაოდენობა 10 000 მოსახლეზე			სამუალო სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა, ათასი			სამ. სამ. პერსონალის რაოდენობა 10 000 მოსახლეზე		
	1913	1940	1975	1913	1940	1975	1913	1940	1975	1913	1940	1975
სსრკ	28,1	155,3	853,2	1,8	7,9	32,7	46,0	472,0	2515,4	2,9	24,0	98,4
რუსეთი	15,9	90,8	468,9	1,8	8,2	34,8	26,0	290,4	1416,5	2,9	26,1	105,2
უკრაინა	7,8	35,3	157,1	2,2	8,4	32,0	12,4	100,8	484,5	3,5	24,1	98,7
ბელორუსია	1,2	5,2	28,3	1,7	5,7	30,2	2,2	17,9	85,2	3,2	19,7	90,9
უზბეკეთი	0,14	3,2	36,5	0,3	4,7	26,0	0,3	12,2	108,9	0,7	18,2	77,4
ყაზახეთი	0,24	2,7	39,2	0,4	4,3	27,3	0,4	12,0	130,7	0,7	18,6	91,2
საქართველო	0,46	4,9	20,4	1,8	13,3	41,1	0,7	9,4	49,9	2,6	25,6	100,8
აზერბაიჯანი	0,35	3,3	16,5	1,5	10,0	28,9	0,45	7,5	46,5	1,9	22,5	81,7
ლიტვა	0,42	2,0	11,3	1,5	6,7	34,2	0,6	2,0	30,6	2,1	6,9	92,2
მოლდავეთი	0,29	1,1	10,1	1,4	4,2	26,2	0,6	2,4	33,2	2,9	9,8	86,2
ლატვია	0,64	2,5	9,8	2,6	13,2	39,2	1,2	3,6	25,5	4,8	18,7	102,1
ყირგიზეთი	0,02	0,6	8,2	0,2	3,8	24,4	0,03	2,6	27,1	0,3	16,1	80,4
ტაჯიკეთი	0,02	0,6	7,2	0,2	4,1	20,6	0,03	2,7	21,2	0,3	17,0	60,9
სომხეთი	0,07	1,0	9,8	0,7	7,5	34,8	0,15	2,3	21,9	1,5	17,1	77,3
თურქმენეთი	0,07	1,0	6,6	0,7	7,6	25,8	0,14	4,7	19,2	1,3	35,5	74,3
ესტონეთი	0,53	1,1	5,3	5,6	10,0	36,8	0,8	1,5	14,5	8,8	14,1	101,2

წყარო: Большая медицинская энциклопедия, М., 1989 г.

ექიმის ხელფასი დამოკიდებული იყო სპეციალიზაციაზე და კვალიფიკაციაზე და არა მომსახურების ხარისხზე. ექიმების მუშაობის სტიმულს, არაფორმალური გადახდის გარდა, შეადგენდა უპირატესად საავადმყოფოებში მუშაობა (დაახლ 80 %). ამბულატორიულ დაწესებულებებში შედარებით დაბალი დონის ექიმები მუშაობდნენ.

საავადმყოფოების დაფინანსება ხორციელდებოდა საავადმყოფოს საწოლთა რაოდენობის მიხედვით. საავადმყოფოს ხელმძღვანელები დაინტერესებული იყვნენ ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაციის და საავადმყოფოში დაყოვნების ხანგრძლივობის გაზრდის ხარჯზე მაქსიმალურად გაეზარდათ საწოლთა რაოდენობა.

80-იან წლებში კრიზისმა მოიცვა ფარმაცევტული ბაზარიც. დაფინანსების სიმწირის გამო შემცირდა სამედიცინო პრეპარატების და მოწყობილობების წარმოება. საბჭოთა კავშირი დამოკიდებული გახდა იმპორტული მედიკამენტების მოწოდებაზე. საწყის პერიოდში, აღმოსავლეთ ევროპისა და აზიის (მაგ., ინდოეთი) ქვეყნებზე პოლიტიკური ზეწოლის გამო, ქვეყანას შეეძლო ხელსაყრელ ფასებში შეეძინა იმპორტული მედიკამენტები. მაგრამ პოლიტიკური გავლენის შემცირების გამო უკვე ვეღარ შეეძლო საჭირო რაოდენობის პრეპარატების შექნა.

ჯანდაცვა პერესტროიკის პერიოდში (1985-1991 წწ.)

ჯანდაცვის სექტორი საჯაროობის პერიოდში ხასიათდება სამედიცინო პერსონალის პოლიტიკური აქტიურობის გაძლიერებით, დარგში დაგროვილი პრობლემების საჯარო გამოვლენით. ქვემოთ მოყვანილი ცხილი გვიჩვენებს, რომ ქალაქისა და სოფლის მოსახლეობის თითქმის ნახევარი არ არის კმაყოფილი სამედიცინო მომსახურებით.

ცხრილი 4: მოსახლეობის აზრი სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე (54000 პირის გამოკითხვის მონაცემებით, 1988 წლის ოქტომბერი, %)

რესპოდენტის აზრი	საავადმყოფო დაწესებულებები		სამშობიარო სახლები		ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებები	
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
სულ გამოკითხული	47	59	46	57	45	55
კმაყოფილია	37	31	35	31	39	33
არასაკმარისი კმაყოფილება	11	5	12	7	9	5
არ არის კმაყოფილი	5	5	7	5	7	7

წყარო: Охрана здоровья в СССР: Статистический сборник. М.: Финансы и статистика. 1990. 240 с.

1980-იანი წლების შუა პერიოდიდან დაიწყო ჯანმრთელობის ორგანიზაციისა და დაფინანსების ახალი მეთოდების ძიება, რომლებიც მიმართული იყო სამედიცინო მომსახურების რენტაბელობისა და ხარისხის გაზრდისაკენ. შემუშავებულ იქნა ახალი სამეურნეო მექანიზმი (1987-1991 წწ.), რომელიც გამოცდილ იქნა სანქტ-პეტერბურგში, კემეროვოში, სამარაში. იგი სამედიცინო ხელმძღვანელებს აძლევდა მოქმედების უფრო ფართო თავისუფლებას, ფინანსურ დამოუკიდებლობას, აგრეთვე იძლეოდა დაფინანსების ახალი მექანიზმების დანერგვის შესაძლებლობას.

მიუხედავად ცალკეულ რეგიონებში განხორციელებული ექსპერიმენტებისა, ჯანდაცვის სამინისტრო ცდილობდა ისევ ძველებური გზით გადაეწყვიტა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების აქტუალური პრობლემები: ისევ იზრდებოდა საწოლთა და ექიმთა რაოდენობა, რითაც უპირატესობას ანიჭებდა რაოდენობას და არა ხარისხს. 1973 წელთან შედარებით რამდენჯერმე შემცირდა მცირე, ნაკლები სიმძლავრის საავადმყოფოების რაოდენობა, მაგრამ 16 %-ით გაიზარდა საწოლთა რაოდენობა, 38 %-ით ექიმთა რაოდენობა, 23,7 %-ით საშუალო სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა.

ზემოაღნიშნულს დაერთო 1991 წელს განვითარებული ეკონომიკური კრიზისი და საბჭოთა კავშირის დაშლა ცალკეულ სახელმწიფოებად. ჯანდაცვის სისტემის დაბალი ეკონომიკური ეფექტურობისა და დაფინანსების მწვავე უკმარისობის გამო აუცილებელი გახდა სისტემის რადიკალური რეფორმების საჭიროება.

სემაშკოს მოდელის თავისებურებები

საბჭოთა კავშირის ჯანდაცვის სისტემა წარმოადგენდა სახელმწიფოს ერთ-ერთ სფეროს, რომელსაც დადებითად აფასებდნენ კაპიტალისტური ქვეყნების სპეციალისტები. საბჭოთა კავშირი იყო ერთ-ერთი პირველი ქვეყანა, რომელმაც გამოაცხადა უფასო სამედიცინო მომსახურება (გერმანიამ უფრო ადრე შემოიღო ჯანმრთელობის დაზღვევა, მაგრამ იგი არ ითვალისწინებდა საერთო ხელმისაწვდომობის პრინციპს). კონსტიტუციით განსაზღვრული უფასო სამედიცინო მომსახურების უფლება ატარებდა არამართო სოციალურ, არამედ პოლიტიკურ ხასიათს, რადგან მას უნდა ეჩვენებინა სოციალისტური სისტემის პროგრესულობა და იგი საბჭოთა პროპაგანდის ნაწილს წარმოადგენდა. ბევრი ქვეყნები ცდილობდნენ შეესწავლათ საბჭოთა მოდელის გამოცდილება. ასე მაგალითად, მალარიის ლიკვიდაციის გამოცდილება

საზღვარგარეთის სპეციალისტების მიერ დღემდე განიხილება როგორც საოცრება, რომლის ასეთი მასშტაბით განხორციელება ვერსად ვერ მოხერხდა. ამასთან, საბჭოთა პერიოდის პირველ წლებში, ომის პერიოდში და ომის შემდეგ წარმატებები მიღწეულ იქნა მნიშვნელოვნად მცირე ხარჯებით, ვიდრე სხვა ქვეყნებმა იმავე მიზნით და იმავე პერიოდში.

საკმარისად ეკონომიური აღმოჩნდა ის ზომები, რომლებიც მიმართული იყო ისეთი პროფილაქტიკური ღონისძიებებით მოსახლეობის ფართო მოცვაზე, როგორცაა: მასიური გასინჯვები, დისპანსერული მეთოდი, ინფექციურ დაავადებების წინააღმდეგ იმუნიზაცია, საყოველთაო სანიტარულ-საგანმანათლებლო მუშაობა.

როგორც თეორიულად, ასევე პრაქტიკული თვალსაზრისით საბჭოთა ჯანდაცვა წარმოადგენდა ლიდერს 30-40-იანი წლების მსოფლიოში და სამართლიანად უწოდებდნენ ერთ-ერთ ყველაზე უფრო ეფექტურ ჯანდაცვის სისტემას, რომელმაც თავისი მაღალი ავტორიტეტი შეინარჩუნა 70-იანი წლების საწყის პერიოდამდე.

1970 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ მიიღო რეზოლუცია, რომლითაც რეკომენდაციას იძლეოდა გამოეყენებინათ ჯანდაცვის საბჭოთა სისტემის ცალკეული პრინციპები სხვა ქვეყნებში. სემაშკოს მოდელის გარკვეული ნიშნები გამოყენებულ და ტრანსფორმირებულ იქნა ნაციონალური პირობების გათვალისწინებით თითქმის ყველა ეკონომიკურად განვითარებული ქვეყნის მიერ.

მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, ნ. სემაშკოს მიერ ფორმულირებული ჯანდაცვის პროგრესული პრინციპები, რომლებმაც საბჭოთა ხელისუფლების პირველ წლებში შესაძლებელი გახდა ქვეყანა გამოეყანა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კრიზისიდან, შემდგომ პერიოდებში გადაიქცა მედიცინის განვითარების შეჩერების ფაქტორად⁷.

საბჭოთა კავშირი იყო პირველი ქვეყანა, სადაც განხორციელდა ჯანდაცვის მთლიანი ნაციონალიზაცია, რომლითაც შესაძლებელი გახდა ყველა სამედიცინო პერსონალის ერთიან გეგმაზე დაქვემდებარება, ფართო მასობრივი კომპანიების განხორციელება, დაგროვილი სამეცნიერო მიღწევების გამოყენებით სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების ქსელის შექმნა და განვითარება.

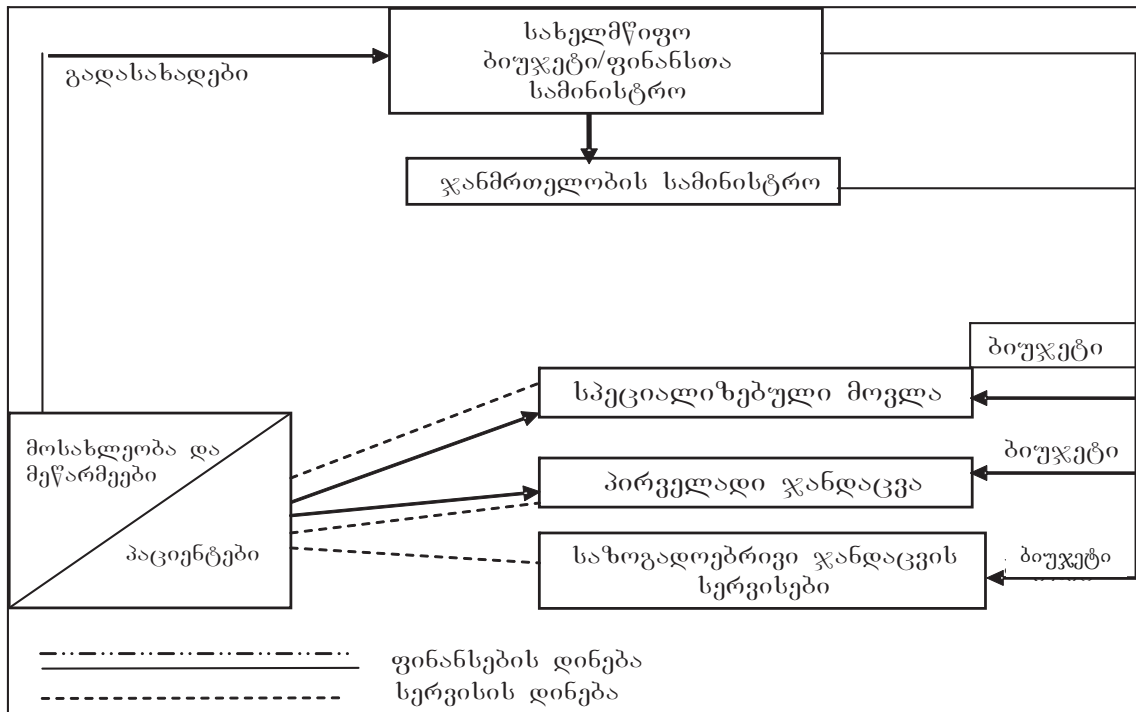
სისტემის **სახელმწიფოებრიობა** უზრუნველყოფდა ახალ ხარისხს, კერძოდ, მოსახლეობის გაჯანსაღების საერთო სახელმწიფოებრივი ღონისძიებებით გამაჯანსაღებელი ეფექტის მიღებას. **დაკვემარება** შესაძლებელს ხდიდა ყველა სახელმწიფო ღონისძიებების თანმიმდევრული რიგით აგებას და ამით საბოლოო ეფექტის გაზრდას დაავადებათა მიზეზებზე და გამომწვევებზე სრულყოფილი ზემოქმედების მეშვეობით. სახელმწიფოს მიერ გაწეული **უფასო** სამედიცინო დახმარება საწყის ეტაპზე სრულიად შესაძლებელს წარმოადგენდა. ამასთან ყველა ფინანსური საშუალებები და რესურსები კონცენტრირებული იყო ცენტრში. განხორციელებულ იქნა **მოსახლეობაზე დაყრდნობის პრინციპი**, ფართო ფმასების ჩაბმა გამაჯანსაღებელ პროგრამებში.

სემაშკოს პრინციპები მისაღებს წარმოადგენდა საგანგებო პერიოდში (სამოქალაქო და სამამულო ომებს შორის პერიოდი), ომის პერიოდში და ომის შედეგად დანგრეული მრეწველობის თანმიმდევრული აღდგენის პერიოდში. შემდგომ პერიოდებში იგი უფრო მეტად ტოტალური სახელმწიფოებრიობის ანტიდემოკრატიულობას ავლენდა. **გასახელმწიფოებულ** სისტემაში ჯანმრთელობის დაცვის დამფინანსებლად, მწარმოებლად და მაკონტროლებლად გვევლინება სახელმწიფო. ადამიანის ჯანმრთელობა დამოკიდებულია მხოლოდ სახელმწიფოზე, სადაც უგულვებლყოფილია ინდივიდის მოტივაციები, იგნორირებულია დამქირავებლის ინტერესი ჰყავდეს მაქსიმალურად ჯანმრთელი მუშაკები⁸. არ ხდება სახელმწიფოს, დამქირავებლის და ინდივიდის ინტერესთა შეჯერება ერთმანეთთან. სახელმწიფო საკუთარი მოტივაციიდან გამომდინარე განსაზღვრავს იმ აუცილებელი ფორმების, მეთოდების და სახეების არსებობას, რომელსაც თვითონ თვლის საჭიროდ⁸. სახელმწიფო წარმოადგენს როგორც დამკვეთს, ისე

მიმწოდებელს, რითაც ქმნის წარმოების მონოპოლისტურ სისტემას, რაც თავის მხრივ გულისხმობს მკაცრად ცენტრალიზებული და რეგლამენტირებული სისტემების შექმნას⁹.

გასახელმწიფოებრივი სისტემის შედეგად მკვეთრად გაიზარდა ბიუროკრატია, შეიქმნა სამსახურების დაქვემდებარების მრავალსაფეხურიანობა, ხოლო პერიფერიაზე გაქრა ექიმის პირდაპირი პასუხისმგებლობა მასთან მიმაგრებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე. სხვადასხვა დონის ხელმძღვანელების კორპუსი იზრდებოდა, მაშინ როცა პრაქტიკის ექიმების მდგომარეობა უარესდებოდა როგორც მატერიალურად, ისე დატვირთვის თავლსაზრისით. ექიმების ჭარბი რაოდენობით მათი მუშაობის ეფექტურობა მკვეთრად შემცირდა.

ნახაზი 1: ჯანდაცვის სემაშკოს მოდელი



დაგეგმარება, რომელიც შეიქმნა მასიური დაავადებების სალიკვიდაციოდ საჭირო ამოცანების გადასაწყვეტად, ახალი სიტუაციისათვის ნაკლებად ხელსაყრელი აღმოჩნდა. იგი გადაიქცა ყოვლისმომცველი ნორმატივების ჩამონათვლად, რომელიც სისტემას აიძულებდა ემუშავა ფორმალურად უხეში ალგორითმის მიხედვით, რომელიც მეორდებოდა ყოველწლიურად. აღნიშნული ნიშნავს დარგის მართვის ღრმა დამბლას.

ქვეყანაში სხვადასხვა ნორმატივებით განსაზღვრული იყო ჯანდაცვის საწარმოო სტრუქტურა, მისი მუშაობის მოცულობა. ნორმატივების მიხედვით იქმნებოდა ჯანდაცვის ორგანიზაციათა ქსელი, ნორმატივები გამოიყენებოდა საწოლ-დღეებზე. მიმწოდებელი შეზღუდული იყო ამ ნორმატივებით, მიუხედავად იმისა, ჰყავდა თუ არა მას აუადმყოფი საანგარიშო პერიოდში, მას მაინც უნდა დაეხარჯა სახელფასო ფონდი, ვერ გამოიყენებდა ერთი სტრუქტურული ქვედანაყოფის გამოთავისუფლებულ თანხებს სხვა ქვედანაყოფის გაძლიერების მიზნით⁹.

ასეთი სახის დაგეგმარება მოითხოვდა ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსების მკაცრად რეგლამენტირებულ სისტემას. სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანდაცვისათვის სახსრების გამოყოფა ხორციელდებოდა ნარჩენი დაფინანსების პრინციპით, სადაც გათვალისწინებული იყო არა კონკრეტული მოთხოვნა სამედიცინო დახმარების მოცულობაზე, არამედ არსებული დაწესებულებების შენახვის ხარჯები⁹.

ქვეყნის ჯანდაცვის ბიუჯეტი ხუთ სხვადასხვა საფინანსო კარში იყო გათვალისწინებული⁸:

- კარი № 203 – ჯანმრთელობა;
- კარი № 200 – განათლება (სამედიცინო განათლება);
- კარი № 202 – მეცნიერება (სამედიცინო);
- კარი № 201 – მუზეუმები (სამედიცინო);
- კარი № 214 – მმართველობის აპარატის შენახვა.

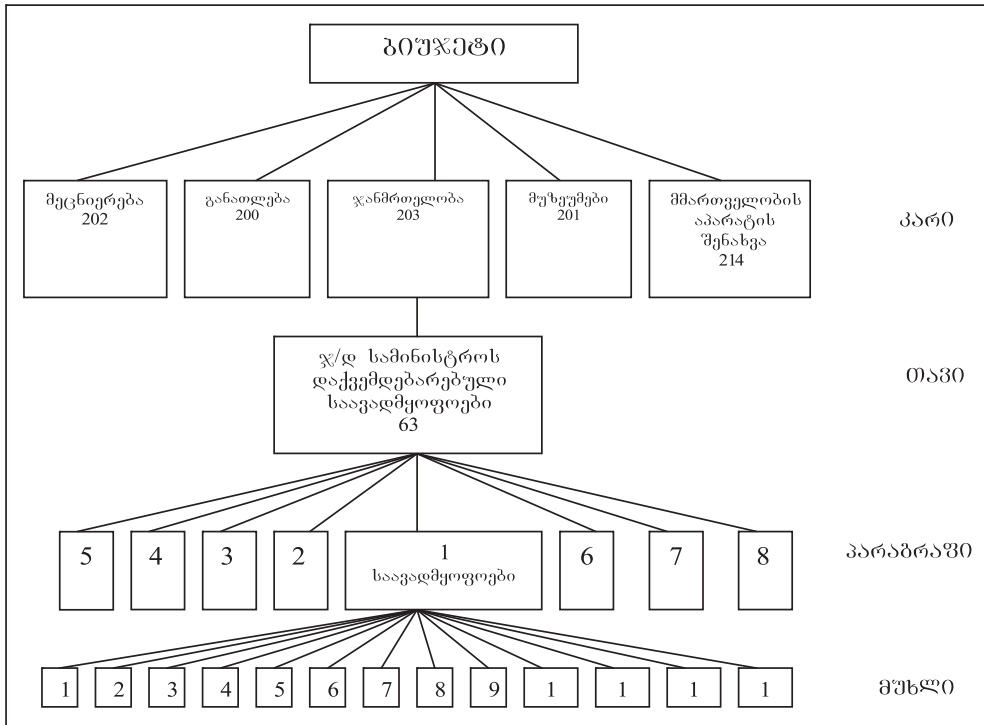
კარები იყოფოდა თავებად, თავები პარაგრაფებად, პარაგრაფები მუხლებად. კარი № 203 კარის 63-ე თავში შედიოდა ცხრა პარაგრაფი:

1. საავადმყოფოები;
2. პოლიკლინიკები (დისპანსერები);
3. კატასტროფის მედიცინა;
4. სისხლის გადასხმის სადგური;
5. სანეპიდსადგური;
6. დეზსადგური;
7. ეპიდემიის ფონდი;
8. სანგანათლების სახლი;
9. ცენტრები, კურორტები, სპეც. ბაზა.

ნებისმიერი ზემოთ ჩამოთვლილი პარაგრაფი დაყოფილი იყო მუხლებად, რომლებიც ითვალისწინებდნენ არა მარტო დაწესებულებების, არამედ ხარჯვის მიმართულებებსაც. კერძოდ, 203 კარის 63-ე თავის პარაგრაფი I-ში გათვალისწინებული იყო 13 მუხლი⁹:

1. ხელფასი;
2. დარიცხვა ხელფასზე;
3. სამეურნეო ხარჯები;
4. მივლინების ხარჯები;
5. სამეცნიერო ხარჯები;
6. სტიპენდია;
7. კვება;
8. მედიკამენტები;
9. მაგარი ინვენტარი;
10. რბილი ინვენტარი;
11. კაპიტალური მშენებლობა;
12. კაპიტალური შეკეთება;
13. სხვა ხარჯები.

ნახაზი 2: ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსება



წყარო: ბ. მაყაშვილი. ჯანდაცვის დაფინანსების ახალი სისტემის მეთოდოლოგიური ასპექტები. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.

საჭიროებისამებრ სახსრების გადატანა ერთი კარიდან მეორეში, ან ერთი მუხლიდან მეორეში ფინანსთა სამინისტროს ჩარევის გარეშე ფაქტიურად შეუძლებელს წარმოადგენდა.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის დაფინანსების პრინციპს წარმოადგენდა სამედიცინო დაწესებულებების შენახვის პრინციპი და არა საზოგადოების მოთხოვნა სამედიცინო მომსახურებაზე. მოთხოვნა დინამიური პროცესია, ხოლო დაფინანსების სემაშკოს მოდელი სტატიური და დროულად ვერ რეაგირებდა ამ პროცესზე⁹.

ტოტალური უფასო სამედიცინო მომსახურების პრინციპი ასევე ხელსაყრელია მხოლოდ საგანგებო მდგომარეობების დროს, სხვა პერიოდში მან ადგილი უნდა დაუთმოს სამედიცინო მომსახურებაზე სოციალური გარანტიების უფრო დემოკრატიულ მეთოდებს. უფასო სამედიცინო დახმარება თავისთავად არადემოკრატიულია: იგი გამორიცხავს თავისუფალი არჩევანის გამოყენებას, ხოლო ჯანდაცვის სისტემაში – ექიმების ბუნებრივ შერჩევას. უფასო სამედიცინო მომსახურების დროს სისტემა დაუცველია ნებისმიერი საბაბით ან მის გარეშე სამედიცინო მომსახურების მიღების სურვილის ზეწოლისგან. ჯანდაცვის ხარჯები იზრდება, ხოლო ეს ხარჯები შესაბამის შედეგს არ იძლევა.

11.2. ზაპერიჯის მოდელი

ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახური (National Health Service) ჩამოყალიბდა 1948 წელს, მაგრამ მისი შექმნის ისტორია გაცილებით ადრეულ პერიოდთან, 1911 წელს ჯანდაცვის ნაციონალური დაზღვევის კანონის შემოღებასთანაა დაკავშირებული. 1920 წელს ბრიტანეთის ჯანდაცვის საკონსულტაციო საბჭოს უფროსმა ლორდ დოუსონმა გამოაქვეყნა მოხსენება, რომელსაც შემდგომ “ლორდ დოუსონის ანგარიში” უწოდეს, სადაც იგი რეკომენდაციას იძლეოდა ჯანდაცვის ადგილობრივი ორგანოების ეგიდით შექმნილიყო რეგიონალური სამედიცინო ცენტრები.

მეორე მსოფლიო ომის წინ, როდესაც მოსალოდნელი იყო სამოქალაქო მოსახლეობას შორის დიდი მსხვერპლი, ბრიტანეთის მთავრობამ დააფუძნა გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ნაციონალური სამსახური. ასე შეიქმნა ჯანდაცვის სექტორში დაგეგმვის ნაციონალური სისტემა, რომლის მეშვეობით “დიდი დეპრესიის” დროს ბევრმა საავადმყოფომ დააღწია თავი გაკოტრებას.

მეორე მსოფლიო ომის პერიოდში, 1942 წელს ბრიტანელმა ეკონომისტმა უილიამ ბევერიჯმა უინსტონ ჩერჩილის დავლებით შეიმუშავა ომისშემდგომი სოციალური უზრუნველყოფის სისტემის განვითარების გეგმა, რომელიც მოიცავდა აგრეთვე ჯანდაცვის ნაციონალურ სამსახურს¹⁰. გეგმის შემუშავებაში გამოყენებულ იქნა ომის პერიოდში საავადმყოფოთა წარმატებული მუშაობის გამოცდილება. “1942 წლის ბევერიჯის ანგარიში” დაედო საფუძვლად დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურის (NHS) შექმნას, სადაც ჯანდაცვა განიხილებოდა საერთო სოციალური პოლიტიკის სტრუქტურაში.

1944 წელს შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციამ მიიღო “რეკომენდაცია სამედიცინო დახმარების შესახებ”, რომელიც მოუწოდებდა მთავრობებს დაეკმაყოფილებინათ მოქალაქეთა მოთხოვნები სამედიცინო დახმარებაზე მათი ჯანმრთელობის დაცვის, შენარჩუნების და გაუმჯობესების მიზნით.

აღნიშნული დოკუმენტები დაედო საფუძვლად მოსახლეობის ჯანმრთელობის საყოველთაო და სავალდებულო დაცვას. კონცეფციის რეალიზაციამ მიიღო “ნაციონალური სამედიცინო მომსახურების” სახელწოდება, რადგან სახელმწიფო გახდა მომსახურების ძირითადი მიმწოდებელი. მას შემდეგ ტერმინი “ბევერიჯის მოდელი” გამოიყენება ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურის ორგანიზაციის ფორმის აღსანიშნავად.

აღსანიშნავია, რომ მთავრობის კაბინეტის წევრები დადებითად განეწყვენენ ნაციონალური სამედიცინო სამსახურის შექმნის იდეას. მან მოსახლეობის ფართო ნაწილშიც ჰპოვა მხარდაჭერა, თუმცა ზოგადი პრაქტიკის ექიმები და სპეციალისტები უკმაყოფილებას გამოთქვამდნენ და პროფესიული დამოუკიდებლობის დაკარგვის წინააღმდეგ გამოდიოდნენ.

1948 წლის 5 ივლისს კლემენტ ეტლის ლეიბორისტულმა მთავრობამ, რომელიც სოციალ-დემოკრატიულ იდეებს ემხრობოდა, 1946 წლის ჯანდაცვის სახელმწიფო სამსახურის კანონის საფუძველზე, ჩამოაყალიბა საყოველთაო ხელმისაწვდომობაზე დაფუძნებული ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახური. მსოფლიო ჯანდაცვით სისტემებს შორის ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახური ერთ-ერთი სამაგალითო სისტემა გახდა. მას ბრიტანელმა “ნაციონალური რელიგიაც” კი უწოდეს.

ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახური წარმოადგენს სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებულ საყოველთაო, ყველასათვის ხელმისაწვდომ და უნივერსალურ ჯანდაცვის სისტემას, რომელიც დაფუძნებულია საჭიროებაზე და არა გადახდის უნარზე და უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების ფართო სპექტრს, რომელიც ფინანსდება საერთო გადასახადებით. ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურში ჩართული არიან ზოგადი პრაქტიკის ექიმები და სპეციალისტები, საავადმყოფოები და ჯანდაცვის საზოგადოებრივი სამსახურები.

ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურის დაფინანსება ხდება სახელმწიფოს მიერ. ჯანდაცვისათვის გადასახადები ქვეყანაში მოქმედი საგადასახადო სტრუქტურის მნიშვნელოვანი ნაწილია. ჯანდაცვისათვის გამოყოფილი შემოსავლების წილი განისაზღვრება სახელმწიფოს ბიუჯეტის შედგენის პროცესში. იგი ჯანდაცვის დაფინანსების შედარებით სამართლიან გზას წარმოადგენს

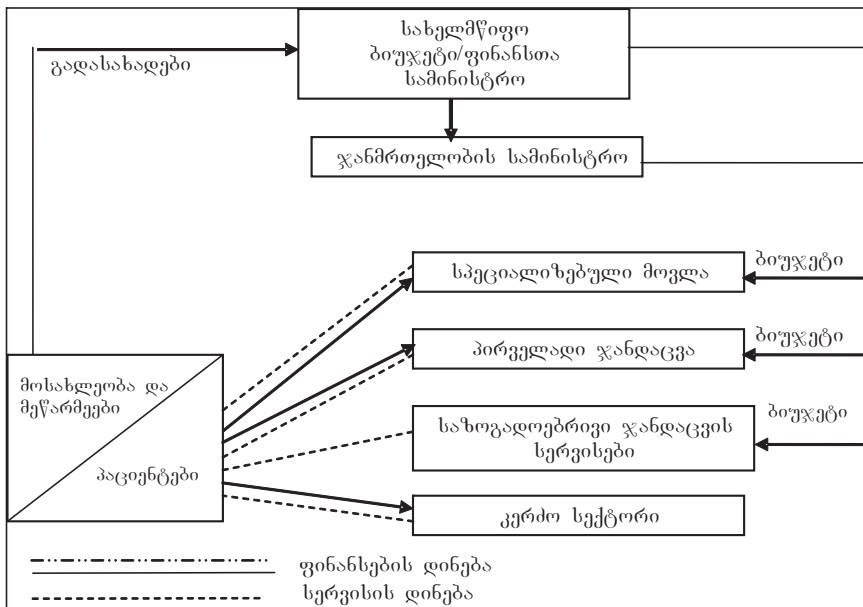
ბევერიჯის მოდელის მთავარ ნიშნებს წარმოადგენს:

- < სახელმწიფო ბიუჯეტიდან დაფინანსება სახელმწიფო საკვლელებლო გადასახადების (საერთო გადასახადები) მეშვეობით;
- < ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო რეგულირება (მთავრობისა და პარლამენტის კონტროლი);
- < საყოველთაო ხელმისაწვდომობა;
- < კერძო სექტორის მცირე განვითარება;
- < სახელმწიფოს ჩარევა სამედიცინო სერვისებსა და დაწესებულებების მართვაში;
- < ექიმების ანაზღაურება ხელფასით ან კაპიტაციით;
- < მცირე ჯიბიდან გადახდები პაციენტების მხრიდან.

ჯანდაცვის ნაციონალური სისტემები შემოღებულ იქნა მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ ჩრდილოეთ ევროპის ქვეყნებში (დანია, ფინეთი, ირლანდია, ნორვეგია, შვეცია), აგრეთვე კანადაში 1974-1977 წლებში, იტალიაში 1978 წელს, პორტუგალიაში 1979 წელს, საბერძნეთში 1983 წელს, ესპანეთში 1986 წელს. ჯანდაცვის ნაციონალური სისტემები შემოღებულ იქნა გარდამავალ ეტაპზე მყოფ ქვეყნებში: ალბანეთი, ყაზახეთი, ლატვია, მოლდოვა, პოლონეთი, რუმინეთი, რუსეთი.

საერთო ტენდენციას წარმოადგენდა სამედიცინო მომსახურების მოქმედი სქემების გაერთიანება. ჯანდაცვის სისტემის უნიფიკაციისაკენ სწრაფვა მთელ მოსახლეობასთან მიმართებით განსაკუთრებით გამოხატულია ჩრდილოეთ ევროპის ქვეყნებში, სადაც მოსახლეობის მოცვა 70-80 %-ს აღწევს.

ნახაზი 3: ჯანდაცვის ბევერიჯის მოდელი



ბევერიჯის სიტემამ ბევრი რეფორმა და ცვლილებები გაიარა, მაგრამ მისი ძირითადი არსი არ შეცვლილა: იგი დარჩა საერთო გადასახადებით დაფინანსებულ ჯანდაცვის სიტემად.

ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახური საწყისი პერიოდის შემდეგობდა სამი პარალელური სტრუქტურისგან:

- < საავადმყოფო, სადაც მუშაობდნენ სამტატო განაკვეთის ექიმები;
- < ზოგადი პრაქტიკის ექიმები და სტომატოლოგები, რომელთა მომსახურების ანაზღაურება ხორციელდებოდა კაპიტაციის პრინციპით;
- < საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურები, სადაც მუშაობდა სამტატო განაკვეთის პერსონალი.

საავადმყოფოს და თერაპიული სამსახურები მუშაობდნენ საზოგადოებრივი საბჭოების ან გაერთიანებების ხელმძღვანელობით. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურის მართვას ახორციელებდნენ ადგილობრივი ხელმძღვანელები.

ბევერიჯის მოდელის დანერგვის პირველ წლებში შეინიშნებოდა გარკვეული სირთულეები, რაც უმთავრესად დაკავშირებული იყო “მორალურ საფრთხესთან” (moral hazard). უფასო ჯანდაცვის დანერგვამ საგრძობლად გაზარდა პაციენტების ექიმებთან ვიზიტები, გაზარდა ექიმთა ბინაზე გამოძახებებიც (ზოგჯერ უსაფუძვლოდ). სპეციალისტებს, რომელთა ანაზღაურება სერვისების მიხედვით ანაზღაურების (fee for service) მეთოდით ხორციელდებოდა, აბსოლუტურად არარეგულირებად პირობებში მიეცათ საშუალება განესაზღვრათ სამედიცინო დახმარების მოთხოვნაც და მიწოდებაც. იყო ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც სალი კბილების მქონე პაციენტებს, ზოგჯერ 20 კბილის პლომბირებასაც უნიშნავდნენ, ან ნორმალური მხედველობის პაციენტები ღებულობდნენ სათვალეებს, ან მუცლის მცირე ტკივილების დროსაც კი აპენდექტომია უკეთდებოდათ.

უილიამ ბევერიჯის იდეა, რომელიც გულისხმობდა უფასო სამედიცინო დახმარების გაწევით ყველა დაავადებათა განკურნებას და შედეგად ჯანდაცვის ხარჯების შემცირებას, უტოპიური გამოდგა. შემდგომმა წლებმა აჩვენეს ჯანდაცვის ხარჯების წლიდან წლამდე განუხრელი ზრდა. “მორალური საფრთხის” აღმოსაფხვრელად შემოღებულ იქნა თანაგადახდების სისტემა, დანერგილ იქნა ზოგადი პრაქტიკის ექიმის, როგორც “შეკარიბჭის” როლი, რომლებმაც მნიშვნელოვნად შეამცირა სპეციალისტებთან მიმართვიანობა და გეგმიური ოპერაციების რაოდენობა.

1962 წელს მიღებულ იქნა საავადმყოფოს სექტორის განვითარების გეგმა, რომელიც ითვალისწინებდა სექტორში მსხვილ კაპიტალდაბანდებებს, აგრეთვე ზოგადი პროფილის რაიონული საავადმყოფოების შექმნის იდეის რეალიზაციას. ზოგადი პროფილის რაიონული საავადმყოფოების კონცეფცია წარმოადგენდა სტაციონარული მომსახურების უზრუნველყოფის გეგმიურ მიდგომას. 600-800 საწოლზე გათვლილი საავადმყოფოს უნდა დაეკმაყოფილებინა 100-150 ათასი მოსახლეობის მოთხოვნები ზოგადი პროფილის სამედიცინო მომსახურებაზე. სტაციონარული მომსახურების ასეთი მოდელი არსებობს დღესაც.

70-80-იანი წლების პერიოდში განხორციელებული რეფორმების შედეგად ჯანდაცვის ნაციონალურმა სამსახურმა რეორგანიზაცია განიცადა. 1973 წელს მიღებული კანონის მიხედვით 1974 წელს შემოღებულ იქნა დაქვემდებარებისა და კონტროლის საფეხურებრივი სისტემა, რომლის უმაღლეს დონეს წარმოადგენს ჯანდაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სამინისტრო პასუხისმგებელია და უზრუნველყოფს სახელმწიფო პოლიტიკას ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის დარგში. მას მართავს სახელმწიფო მდივანი ჯანდაცვის დარგში, მის შემადგენლობაში მყოფ 4 მინისტრთან და ერთ პარლამენტარ ქვემდივანთან ერთად. ჯანდაცვის სამინისტრო აკონტროლებს ჯანდაცვის სტრატეგიულ სრუქტურებს, რომლებიც მეთვალყურეობენ ჯანდაცვას რეგიონალურ და ადგილობრივ დონეებზე.

აღნიშნული სამინისტროს ერთი საფეხურით დაბლა დგას ჯანდაცვის რეგიონალური სამსახურები, რომლებიც მნიშვნელოვან როლს ასრულებდნენ ჯანდაცვის დაგეგმარებაში. შემდგომ საფეხურზე დგანან ჯანდაცვის სამხარეო სამსახურები, რომლებიც თავის მხრივ იყოფიან ჯანდაცვის რაიონულ სამსახურებად. ჯანდაცვის რაიონულ სამსახურებს დაეკისრათ ზოგადი პროფილის რაიონული საავადმყოფოების მუშაობაზე პასუხისმგებლობა.

70-იან წლებში მსოფლიოში მიმდინარე გლობალური პროცესების შედეგად, რაც დაკავშირებული იყო ნავთობის კრიზისთან, მთავრობა იძულებული გახდა შეემცირებინა ჯანდაცვის მზარდი ხარჯები. ამავე დროს ბრიტანეთის ჯანდაცვის მრავალპარტიული სისტემა მიჩნეულ იქნა ზედმეტად ბიუროკრატიულ სისტემად. 1976 წელს შექმნილმა სამეფო კომისიამ 1979 წელს გამოაქვეყნა მოხსენება, სადაც რეკომენდაციას იძლეოდა შექმნილიყო ჯანდაცვის ორგანოების ერთპარტიული დონე, რომელსაც გადაეცემოდა რეგიონული და რაიონული მართვის ფუნქციები. აღნიშნული რეკომენდაციების საფუძველზე 1982 წელს შემცირებულ იქნა ადმინისტრაციული იერარქიების დონეების რაოდენობა, გაუქმდა ჯანდაცვის რეგიონული მართვის სამსახურები, შეიქმნა ჯანდაცვის 192 რაიონული ორგანო (დღეს მათ უბრალოდ “ჯანდაცვის ორგანოებს” უწოდებენ), რომელიც დღესაც ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურის ადმინისტრაციული სტრუქტურის მნიშვნელოვან დანაყოფს წარმოადგენს.

1970-იანი წლების მნიშვნელოვან მოვლენას წარმოადგენს ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონებს შორის რესურსების თანაბარი განაწილება. 1970-იან წლებამდე რესურსების ყოველწლიური ასიგნებების საფუძველს წარმოადგენდა წინა წლებში არსებული ასიგნებების მაჩვენებლები მცირედდენი კორექციის მეშვეობით, რაც რეგიონებს შორის რესურსების დისპროპორციულ განაწილებას განაპირობებდა. აღნიშნული პრობლემის აღმოსაფხვრელად 1975 წელს შეიქმნა რესურსების ასიგნებების საკითხების სამუშაო ჯგუფი, რომელსაც დაევადა რესურსების უფრო სამართლიან საფუძველზე განაწილების ფორმულის შემუშავება. 1976 წელს სამუშაო ჯგუფმა გამოაქვეყნა მოხსენება, რომლის რეკომენდაციით სახსრების რეგიონებს შორის განაწილება უნდა განხორციელებულიყო ჯანდაცვის სფეროში შესაბამისი საჭიროებების მიხედვით. აღნიშნული საჭიროებები გამოითვლებოდა სპეციალური ფორმულის მიხედვით, რომელშიც გათვალისწინებული იყო ისეთი კრიტერიუმები როგორცაა: რეგიონის მოსახლეობის რაოდენობა, მისი ასაკობრივ-სქესობრივი შემადგენლობა და სიკვდილობის კოეფიციენტი.

1980-იან წლებში მმართველმა კონსერვატიულმა პარტიამ **მარგარეტ ტეტჩერის** მეთაურობით რადიკალური სოციალური და ეკონომიკური რეფორმები წამოიწყო. ტეტჩერის მთავრობის აზრით, დიდი ბრიტანეთის ეკონომიკური სიძნელეების მიზეზს წარმოადგენდნენ სახელმწიფო ხარჯები და სახელმწიფოს ჩარევა ეკონომიკაში, რის გამოც მთავრობამ პრივატიზაციის ფართომასშტაბიანი პროგრამის განხორციელება დაიწყო. ჯანდაცვის სექტორში საბაზრო ელემენტების შემოღების მიზნით 1991 წელს მარგარეტ ტეტჩერმა გამოაცხადა ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურის ახალი კონცეფცია: **“შიდა ბაზრის მოდელი”**.

შიდა ბაზრის მოდელი ითვალისწინებდა მომსახურების შესყიდვის და მიწოდების ფუნქციების ერთმანეთისგან განცალკევებას. მომსახურების შესყიდვის ძირითადი ფუნქცია გადაეცა ჯანდაცვის ორგანოებს, ხოლო მიწოდების ფუნქციები – ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურების დაწესებულებებს.

ტეტჩერმა ექიმთა გარკვეულ ნაწილს უფლება მისცა გაერთიანებულიყვნენ ფონდმესაკუთრებად (Fundholder). ექიმთა ჯგუფი დებულობდა წლიურ ბიუჯეტს, რომელიც მოიცავდა როგორც პირველადი ასევე სტაციონარული სამედიცინო დახმარების ხარჯებს. სამედიცინო დახმარების ერთეული შემთხვევები უკვე აღარ წარმოადგენდნენ საფრთხეს, რადგან ექიმები ფონდმესაკუთრების ჯგუფებად იყვნენ გაერთიანებული და მათი ბიუჯეტი რისკის გაერთიანების შესაძლებლობას იძლეოდა. კონკურენციის პრინციპი შენარჩუნებული იყო, რადგან პაციენტს უფლება ჰქონდა შეეცვალა ექიმი ან ექიმთა ჯგუფი.

ოჯახის პრაქტიკის ექიმების მეშვეობით სტაციონარული სამედიცინო დახმარების დაფინანსების მეთოდი შემოღებულ იქნა მომსახურების ხარისხის გაზრდის და ხარჯების შესაკავებლად. სქემის მიხედვით ოჯახის პრაქტიკის ექიმებს ეძლეოდათ საკმარისი უფლებები მომსახურების ხარისხისა და ფასის შესახებ საავადმყოფოებთან პირდაპირი მოლაპარაკებების საწარმოებლად.

ფონდმესაკუთრობის სქემის შემოღებამ ძირეული გარდატეხა მოახდინა ბრიტანეთის ჯანდაცვის სისტემაში. სწორედ ასეთი სტრუქტურის საშუალებით ბრიტანეთი, მშპ-თან ჯანდაცვის ხარჯების თვალსაზრისით, სხვა განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით თითქმის ორჯერ ნაკლებს ხარჯავს და რჩება ერთადერთ სახელმწიფოდ, რომელსაც შეუძლია ეფექტურად შეაკავოს ჯანდაცვის ხარჯები.

სისტემის უარყოფით მხარეს წარმოადგენდა ის მდგომარეობა, რომ ყველა ექიმი არ გაერთიანდა ფონდმესაკუთრების ჯგუფებად. შედეგად, პაციენტები, რომლებიც რეგისტრირებული იყვნენ კერძო ინდივიდუალურ პრაქტიკის ექიმებთან, იძულებული გახდნენ სპეციალისტთან მიმართვისას ან გვემიური ოპერაციების შემთხვევაში უფრო მეტი დრო ეცადათ. აღნიშნული ორ-რიგის (two-tier system) სისტემა არათანასწორობის (inequity) მაგალითს წარმოადგენდა, რაც ეწინააღმდეგებოდა ნებისმიერი ცივილიზებული ქვეყნის კანონმდებლობას.

აღნიშნული პრობლემა გადაწყვიტა 1997 წელს ქვეყნის სათავეში მოსულმა ლეიბორისტულმა პარტიამ. 1999 წლის 1 აპრილიდან პრემიერ მინისტრ ტონი ბლერის გადაწყვეტილებით ყველა ზოგადი პრაქტიკის ექიმი უნდა გაერთიანებულიყო პირველადი სამედიცინო დახმარების ექიმთა ჯგუფებში, ანუ ფონდმესაკუთრებად გაერთიანება სავალდებულო გახდა. მიუხედავად პოლიტიკური შეხედულებების განსხვავებისა, რაც მიზეზი გახდა ტონი ბლერის მთავრობის მიერ ფონდმესაკუთრება სისტემის უარყოფისა, მისი რეფორმები ფაქტიურად ტექნიკური რეფორმების გაგრძელებად შეიძლება ჩაითვალოს. ბლერმა პოლიტიკური მოსაზრებების გამო მხოლოდ ძველი ტერმინოლოგია შეცვალა. ასე მაგალითად, “შიდა ბაზრის” ნაცვლად, გამოიყენება ტერმინი თანამშრომლობა, ფონდმესაკუთრების ნაცვლად შეიქმნა პირველადი სამედიცინო დახმარების ჯგუფები (primary care groups), რომლებიც არსებითად არ განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან. პირველადი სამედიცინო დახმარების ჯგუფები უფრო მსხვილ, დაახლოებით 100-მდე ექიმთა გაერთიანებას წარმოადგენენ. დღეისათვის, პირველადი სამედიცინო დახმარების თითოეული ტრასტი მოიცავს დაახლოებით 170 000 ადამიანს. 2004 წლის აპრილის მონაცემებით, პირველადი სამედიცინო დახმარების ტრასტების ბიუჯეტი შეადგენდა ბრიტანეთის ეროვნული ჯანდაცვის მომსახურების ბიუჯეტის 75 %-ს¹¹.

1991 წელს ჯანდაცვის სექტორში განხორციელებული რეფორმების შედეგად ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურის ორგანიზაციული სტრუქტურა წარმოდგენილი იყო 4 მთავარი ორგანიზაციის სახით:

- < ჯანდაცვის რეგიონული ორგანოები,
- < ჯანდაცვის რაიონული ორგანოები
- < ზოგადი პრაქტიკის ექიმების სახსრების განმკარგავები (ფონდმესაკუთრები);
- < ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურების ტრასტები (დაწესებულებები)

90-იან წლებში ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურები ასეთივე სახით იყო წარმოდგენილი უელსში, შოტლანდიასა და ჩრდილოეთ ირლანდიაში. 1994 წელს ჯანდაცვის 14 რეგიონული ორგანო 8-მდე შემცირდა. ჯანდაცვის რეგიონული სამსახურს მართავს გამგეობა, რომელიც შედგება თავმჯდომარისაგან, ჯანდაცვის მინისტრის მიერ დანიშნული წევრებისაგან, აგრეთვე რეგიონული ადმინისტრაციისაგან. ჯანდაცვის რეგიონული განყოფილება არ ახორციელებს სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას. იგი ახორციელებს კონტროლისა და მართვის მთელ რიგ ფუნქციებს, ახდენს რეგიონის ჯანდაცვის საჭიროებების შეფასებას, შეიმუშავებს სამედიცინო

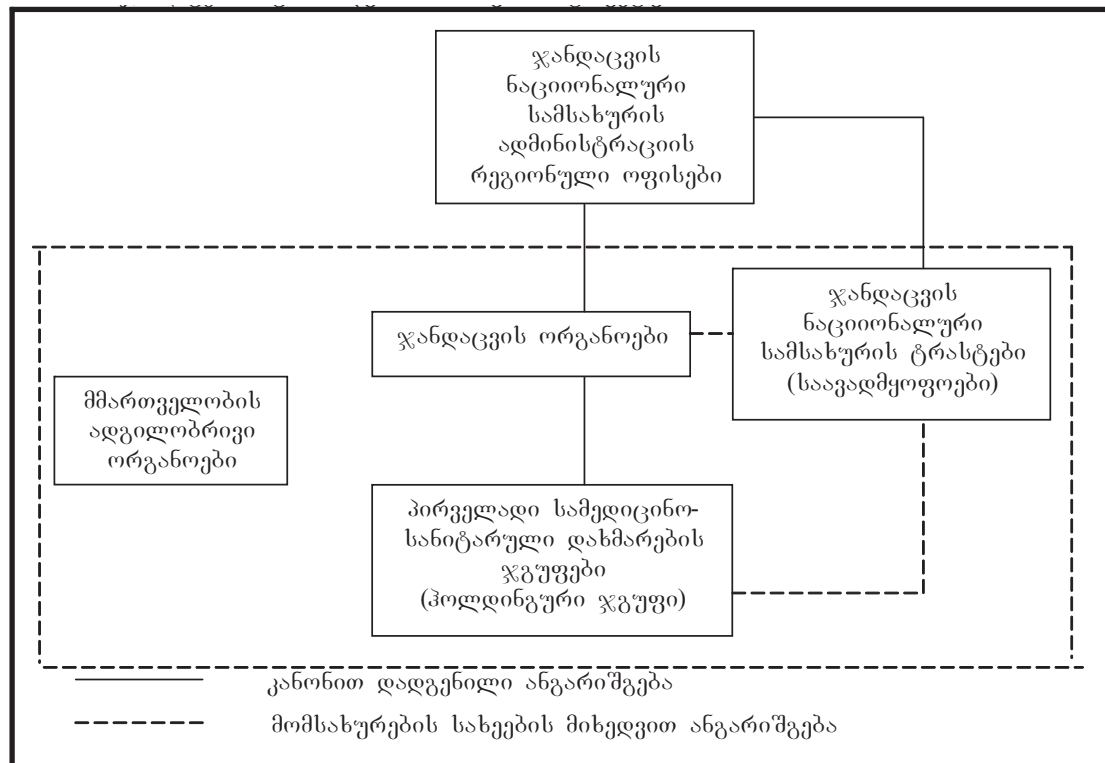
მომსახურების განვითარების სტრატეგიას, თვალყურს ადევნებს მართვის და მომსახურების ხარისხს. აღნიშნული ორგანოები აკონტროლებენ სამედიცინო ანგარიშგებას, სპეციალური პროგრამების (მაგ. ტრანსპლანტაციის სამსახურები) განვითარებას, აგრეთვე დახმარებას უწყვენ სამედიცინო დაწესებულებებს (საავადმყოფოებს, რომელნიც განიცდიან გარკვეულ სირთულეებს). ლეიბორისტულმა მთავრობამ ჯანდაცვის რეგიონული სამსახური ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურის ადმინისტრაციის რეგიონულ ოფისად გარდაქმნა.

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, “შიდა ბაზრის” მექანიზმის შესაბამისად ერთმანეთისგან გაყოფილ იქნა სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელი და შემსყიდველი. 1991 წლიდან “შიდა ბაზრის” სისტემის შესაბამისად, ჯანდაცვის რაიონულ განყოფილებებს დაეკისრათ სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის ფუნქცია. რაიონულ განყოფილებები წარმოადგენენ კორპორატიულ ორგანოებს, რომელსაც მართავს მინისტრის მიერ დანიშნული თავმჯდომარე და სამეთვალყურეო საბჭო (შედგება აღმსრულებელი და არააღმსრულებელი დირექტორებისაგან). 1991 წლისათვის ქვეყანაში 200-მდე რაიონული ორგანოები ფუნქციონირებდა, რომელიც ემსახურებოდა საშუალოდ 250 000 ადამიანს, თუმცა ფაქტიურ რაოდენობას შეადგენდა 100 000-დან 800 000-მდე ადამიანი. ყოველი რაიონული ორგანიზაცია ახორციელებს რაიონის მოსახლეობის ჯანდაცვის საჭიროებების შეფასებას და სულზე გათვლილი ბიუჯეტის შესაბამისად ახდენს სამედიცინო მომსახურების შესყიდვას. რაიონული ორგანოები ხელშეკრულებას აფორმებენ სამედიცინო დაწესებულებებთან. 1998 წელს რაიონული ორგანოების რაოდენობა 100-მდე იქნა შემცირებული. დღეისათვის რეგიონული ორგანოების ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურის ადმინისტრაციის რეგიონულ ოფისად გარდაქმნის შემდეგ მოქმედებს ჯანდაცვის ორგანოების მხოლოდ ერთი დონე, შესაბამისად რაიონული ორგანოები უბრალოდ ჯანდაცვის ორგანოებად იწოდებიან.

1990 წელს მიღებული კანონის შესაბამისად, საოჯახო მედიცინის ორგანოებს მართავდა სამეთვალყურეო საბჭო. ისინი ახდენდნენ პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ძირითადი მიმართულებების ფორმირებას, მომსახურების მიწოდებაზე და რესურსებზე კონტროლს. 1991 წლიდან, ჯანდაცვის რაიონულ ორგანოებს დაეკისრათ საავადმყოფოების, ხოლო საოჯახო მედიცინის ორგანოებს პირველადი ჯანდაცვის დაფინანსება. საოჯახო მედიცინის ორგანოები აფინანსებდნენ კონტრაქტით მომუშავე ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს, ექიმ სტომატოლოგებს, ოპტომეტრისტებს, ფარმაცევტებს და სხვა სპეციალისტებს. ოჯახის ექიმები ტრადიციულად ღებულობენ კაპიტაციური პრინციპით დაფინანსებას, ხოლო პაციენტებს აქვთ ექიმის არჩევის უფლება. გარდა ამისა, ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს პროფილაქტიკური მომსახურებისათვის (მაგ., იმუნიზაცია, ონკოლოგიური დაავადებების ადრეულ სტადიებზე გამოვლინება) დამატებით ეძლევათ ანაზღაურება. პირველადი და მეორეული სამედიცინო დახმარების ეფექტური კოორდინაციის მიზნით 1996 წელს განხორციელდა საოჯახო მედიცინის ორგანოების და ჯანდაცვის რაიონული ორგანოების შერწყმა.

1991 წლიდან სამედიცინო დახმარების შესყიდვა ჯანდაცვის რაიონული ორგანიზაციის გარდა დაეკისრათ ზოგადი პრაქტიკის ექიმების სახსრების განმკარგავ ორგანიზაციებს. ლეიბორისტულმა მთავრობამ გააუქმა ზოგადი პრაქტიკის ექიმების სახსრების განმკარგავი ორგანიზაციები და 1999 წლის 1 აპრილიდან მათ ნაცვლად შექმნა პირველადი სამედიცინო დახმარების ჯგუფები. პირველადი სამედიცინო დახმარების ჯგუფები წარმოადგენენ გეოგრაფიული რაიონის არეალში ზოგადი პრაქტიკის ექიმების გაერთიანებას. ისინი მოიცავენ 50 000-დან 250 000-მდე მოსახლეობას.

ნახაზი 4: ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურის სტრუქტურა



წყარო: Ministry of Health (1998), The Government Expenditure Plans 1998–1999. Departmental Report. Cm 3912. London: The Stationery Office p103.

ჯანდაცვის ნაციონალური სერვისის ტრასტი ჯანდაცვის სიტემის ერთერთი მთავარი შემდგენელი ნაწილია, იგი წარმოადგენს საზოგადოებრივ სექტორს და ახორციელებს უშუალოდ ჯანდაცვის მომსახურებას. არსებობს 5 ძირითადი ტრასტი:

< **ჯანდაცვის ნაციონალური სერვისის პირველადი ჯანდაცვის ტრასტი**, რომელიც პასუხისმგებელია და უზრუნველყოფს პირველად ჯანდაცვას და საზოგადოებრივ ჯანდაცვას. ასეთი ტრასტები ქვეყანაში 152-ია და მოიცავს 29000 ზოგადი პრაქტიკის ექიმს და 18000 სტომატოლოგს. იგი ასევე მეთვალყურეობს პირველად და მეორად პრევენციას, ვაქცინაციას და ეპიდემიოლოგიურ კონტროლს. პირველადი ჯანდაცვის ტრასტი წარმოადგენს ჯანდაცვის ნაციონალური სერვისის ცენტრალურ ორგანოს და განაგებს მისი ბიუჯეტის 80 %-ს;

< **ჯანდაცვის ნაციონალური სერვისის საავადმყოფოების ტრასტები**, რომელიც მოიცავს 290 ჰოსპიტალს, სამკურნალო ცენტრებს და სპეციალისტების მომსახურებას;

< **ჯანდაცვის ნაციონალური სერვისის სასწრაფო-გადაუდებელი სერვისების ტრასტები**;

< **ჯანდაცვის ნაციონალური სერვისის მზრუნველობის ტრასტები**;

< **ჯანდაცვის ნაციონალური სერვისის მენტალური სამედიცინო დახმარების ტრასტები**.

1990 წლიდან საავადმყოფოები გაერთიანდნენ ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურის კორპორაციებში, ან არაკომერციულ საზოგადოებრივ ორგანიზაციებში, რომელთაც მართავენ სამეთვალყურეო საბჭოები (ნიშნავს მთავრობა), სადაც შედიან ადგილობრივი მმართველობის ორგანოები. საავადმყოფოების სუბსიდირება ხორციელდება ჯანდაცვის ნაციონალური

სამსახურის ბიუჯეტიდან. დაფინანსება ხორციელდება კლინიკურ-სტატისტიკური ჯგუფების ანაზღაურების მეთოდით (DRG), რომლის მეშვეობით საავადმყოფოები წარმოადგენენ ეკონომიურად დამოუკიდებელ ერთეულებს. კერძოდ, ისინი ანაზღაურებას ღებულობენ შესრულებული სამუშაოს მეთოდით, განსზღვრავენ პერსონალის მუშაობის პირობებს, უფლება აქვთ გაზარდონ მოგება ფულადი სახსრების ბრუნვის საშუალებით, აგრეთვე ნაწილობრივ იყიდონ ან გაყიდონ მატერიალური რესურსები და უძრავი ქონება. ჯანდაცვის სამხარეო და რეგიონული ორგანოები იხდიან საავადმყოფოში გაგზავნილი თავიანთი პაციენტების ხარჯებს. რეგიონის ან მხარის მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფისათვის საავადმყოფოები ხელშეკრულებას აფორმებენ ჯანდაცვის რეგიონულ და სამხარეო განყოფილებებთან, აგრეთვე კერძო პრაქტიკის ექიმებთან და კერძო სამკურნალო დაწესებულებებთან. ჯანდაცვის მინისტრი უფლებამოსილია აკონტროლოს აღნიშნული სამედიცინო გაერთიანებები და ჩაერიოს მათ მუშაობაში საჭიროების შესაბამისად.

ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურის დაფინანსება ხორციელდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან საგადასახადო შემოსავლების მეშვეობით. მიმდინარე ბიუჯეტი, რომელსაც განაგებენ ჯანდაცვის რეგიონული ორგანოები გამოიყენება სტაციონარული მომსახურების, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და პირველადი სამედიცინო მომსახურების დასაფინანსებლად. დაფინანსების სიდიდე განისაზღვრება მოსახლეობის რაოდენობის, სიკვდილობის გასაშუალოებული მაჩვენებლების და სხვა დამატებითი ადგილობრივი ფაქტორების გათვალისწინებით. ჯანდაცვის სამხარეო ორგანოები თავის მხრივ ფინანსდებიან ჯანდაცვის რეგიონული ორგანოების მიერ. მხარის აუდიტის და სამედიცინო დახმარების მოთხოვნის დონის შესაფასებლად გამოიყენება კაპიტაციური პრინციპი (გათვალისწინებულია მოსახლეობის საშუალო ასაკი და სიკვდილობის დონე).

ცხრილი 5: ჯანდაცვაზე დანახარჯები, დიდი ბრიტანეთი, 2006 წ.

მთლიანი ხარჯები ჯანდაცვაზე მთლიანი შიდა პროდუქტის (GDP)	8,1 %
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები მშპ-ის	6,8 %
სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე მთლიანი სახელმწიფო დანახარჯების	15,9 %
სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე მთლიანი ჯანდაცვის დანახარჯების	86,3 %
კერძო სექტორის დანახარჯები მთლიანი ჯან. დანახარჯების	13,7 %
ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯები ერთ სულზე გათვლით	2900

ჯანდაცვის რეგიონული ორგანოები განაგებენ ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ჯგუფებს, რომელთაც აქვთ საკუთარი ბიუჯეტი. მატერიალური ბაზის და მოწყობილობების მოდერნიზაციისათვის საჭირო თანხები განისაზღვრება ჯანდაცვის რეგიონული ორგანოების მიერ გრძელვადიანი დაგეგმარების შესაბამისად.

2000 წლის ოვლისში ლეიბორისტულმა პარტიამ შეიმუშავა და გამოაქვეყნა XXI საუკუნის მოთხოვნების შესაბამისი ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურის დაფინანსების და რეფორმირების პროგრამა. ლეიბორისტულმა მთავრობამ ისევ დატოვა ჯანდაცვის სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით (საერთო გადასახადები) დაფინანსების მეთოდი და უარყო ჯანმრთელობის დაზღვევის ალტერნატიული პრინციპი. პროგრამის მიხედვით, მთავრობის მიზანია ჯანდაცვის დაფინანსების მაჩვენებელი მიუახლოვოს ევროკავშირის მიერ მოწოდებულ მაჩვენებელს – მშპ-ის 8 %-ს¹². ლეიბორისტული პარტიის პროგრამით განზრახულია 2008 წლისათვის, 1997 წელთან შედარებით, ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახურის დაფინანსების

ორჯერ გაზრდა, სპეციალისტების და ზოგადი პრაქტიკის ექიმების 15 000-ით მატება, ასევე მედიკოსების, ბებიაქალების 30 000-ით მატება. 2010 წლისათვის დაგეგმილია 100 ახალი საავადმყოფოს აშენება, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებით სიკვდილიანობის 40 %-ით, ხოლო ინკოლოგიური დაავადებებისგან გამოწვეული სიკვდილობის 20 %-ით შემცირება¹³.

11.3. საერთო გადასახადებით ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის თავისებურებები

საერთო გადასახადებით ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა გულისხმობს სამედიცინო მომსახურებაზე მთელი მოსახლეობისათვის თანაბარი უფლებების მინიჭებას, აგრეთვე სახელმწიფოს მხრივ სისტემის ფუნქციონირებაზე, ფინანსურ საშუალებებზე კონტროლს და ა. შ., რაც პარლამენტარიზმის, კანონიერების, დემოკრატიზმის და სამოქალაქო საზოგადოების საფუძვლებს წარმოადგენს. ასეთ სისტემაში სახელმწიფოს განსაკუთრებული როლი ეკისრება ჯანდაცვის სექტორის განვითარებაში, რადგან სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით (საერთო გადასახადები) დაფინანსების დროს გადასახადებში არ არის განსაზღვრული ჯანდაცვისათვის განკუთვნილი წილი, სახელმწიფო ეკონომიკის სხვადასხვა სფეროებში პრიორიტეტების მიხედვით ანაწილებს ბიუჯეტს.

ჯანდაცვის დაფინანსება უპირატესად სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით (საერთო გადასახადები) ხორციელდება ისეთ ქვეყნებში, როგორცაა:

- < დიდი ბრიტანეთი
- < იტალია
- < ირლანდია
- < პორტუგალია
- < ესპანეთი
- < კანადა
- < დანია
- < ფინეთი
- < ნორვეგია
- < შვეცია.
- < ისლანდია

ისლანდიაში 1972 წლამდე ჯანდაცვის ხარჯების 60 %-ზე მეტი ფინანსდებოდა ფიქსირებული სამედიცინო საღაზღვეო შენატანებით. ასეთი შენატანების რეგრესიულობის და ჯანდაცვაზე დანახარჯების ზრდის გამო, ისლანდია ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემიდან საერთო გადასახადებით (general taxation) დაფინანსების სისტემაზე გადავიდა. გარდამავალ პერიოდში, 1972 წლიდან 1989 წლამდე, ჯანდაცვა ფინანსდებოდა სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით (საერთო გადასახადები), ამასთან საღაზღვეო ფონდები ისევე განაგრძობდნენ ფუნქციონირებას. აღნიშნულ პერიოდში სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადების (საერთო გადასახადები) 80 %-ის შეგროვება ხორციელდებოდა ნაციონალურ დონეზე, ხოლო 20 % ადგილობრივ დონეზე (Halldorsson and Bankauskaite 2003).

1986 წლამდე **ესპანეთის** ჯანდაცვის სისტემა ძირითადად სოციალური სამედიცინო საღაზღვეო შენატანებით ფინანსდებოდა. 1970-იან წლებში სოციალური სამედიცინო საღაზღვეო შენატანები ჯანდაცვის დანახარჯების 2/3-ს შეადგენდა, ხოლო სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადები (საერთო გადასახადები) – მხოლოდ მესამედს. 1986 წელს ესპანეთში გამოცხადდა სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემა, ხოლო დაფინანსების მექანიზმად -

სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადები (საერთო გადასახადები). 1989 წელს ჯანდაცვა უპირატესად ფინანსდებოდა სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით (70 %), ხოლო სოციალური სამედიცინო სადაზღვევო შენატანები შეადგენდა 30 %-ს. 1990-იან წლებში კიდევ უფრო შემცირდა სოციალური სამედიცინო სადაზღვევო შენატანების როლი (Rico, Sabes, and Wisbaum 2000).

ისლანდიისა და ესპანეთისგან განსხვავებით, **ფინეთში** სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადების (საერთო გადასახადები) წილი 66,1 %-დან (1975 წ.) 59,7 %-მდე (2002 წ.) შემცირდა, ამავე დროს სოციალური სადაზღვევო შენატანები 12,6 %-დან (1975 წ.) 15,9 %-მდე (2002 წ.) გაიზარდა (Järvelin, Rico, and Cetani 2002). კანადაში და ნორვეგიაში უფრო დრამატული ცვლილებები განხორციელდა – მნიშვნელოვნად გაიზარდა კერძო დაფინანსების წილი.

აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში, მათ შორის საბჭოთა კავშირში გასული საუკუნის 80-იანი წლების ბოლო პერიოდამდე ჯანდაცვის მხოლოდ ბიუჯეტური სისტემა მოქმედებდა და შესაბამისად, ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება ხორციელდებოდა სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით². რეფორმირების შემდგომ პერიოდშიც, ჯანდაცვის დაფინანსება უპირატესად საერთო გადასახადებით (general taxation) ხორციელდება ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ისეთ ქვეყნებში, როგორცაა:

- < ალბანეთი
- < ყაზახეთი
- < ლატვია
- < მოლდავეთი
- < პოლონეთი
- < რუმინეთი
- < რუსეთი

2005 წლამდე საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ერთ-ერთ წყაროს წარმოადგენდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სავალდებულო შენატანები. 2005 წელს იგი შეიცვალა სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით (საერთო გადასახადები). აქვე აღსანიშნავია, რომ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების უმთავრეს წყაროდ დღეისათვის ისევ რჩება ჯიბიდან გადახდები. საქართველოს ფინანსთა სამინისტროს საგადასახადო დეპარტამენტი პასუხისმგებელია გადასახადების შეგროვებაზე, რომელიც საერთო ჯამში ერთიანდება სახელმწიფოს სახაზინო ანგარიშზე. საქართველოს კანონი “ადგილობრივი მთავრობების ბიუჯეტის”, “გადასახადების საბიუჯეტო გადანაწილების შესახებ”, არეგულირებს საერთო საგადასახადო, არასაგადასახადო და კაპიტალური შემოსავლების ფონდების განაწილებას ცენტრალურ და ადგილობრივ ბიუჯეტებს შორის. ფინანსთა სამინისტრო რეგიონებიდან მიღებული შემოსავლების პროპორციულად ახდენს რესურსების განაწილებას მუნიციპალიტეტებს შორის. წლიური ბიუჯეტის დადგენისას ფინანსთა სამინისტრო ახდენს სახელმწიფო ბიუჯეტის გარკვეული ნაწილის გადანაწილებას შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროზე, რომელიც თავის მხრივ, კატეგორიების მიხედვით ანაწილებს თანხებს.

სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით (საერთო გადასახადები) დაფინანსების დადებითი მხარეებია¹⁴:

- < ბიუჯეტის შემოსავლების რამდენიმე წყაროს არსებობის გამო, ერთ-ერთის შემცირება მნიშვნელოვან გავლენას არ ახდენს საერთო წლიურ შემოსავალზე;
- < რადგანაც სახელმწიფო მხოლოდ ერთ ორგანიზაციას ავალებს თანხების შეგროვებას, ამიტომ იგი ეკონომიკურად უფრო ეფექტურია, ვიდრე ისეთი მდგომარეობა, როდესაც

ცალკეული სამინისტროები თვითონ ახდენდნენ საკუთარი გადასახადების შეგროვებას;
 < სახელმწიფოს მიერ გაწეულ ხარჯებზე კონტროლი უფრო ადვილია, რადგან ბიუჯეტი ფიქსირებულია და მხოლოდ ერთი წყაროსგანაა მიღებული;
 < მაღალია თანასწორობისა და სიოლიდარობის პრინციპი, რადგან ფისკალური სისტემა არ არის რეგრესიული, იგი პროპორციული და პროგრესულია (რაც უფრო მეტია შემოსავალი, მით მეტია გადასახადი; ე. ი. შემოსავლის პროპორციულად ზრდადი გადასახადი). აღნიშნული განპირობებულია იმ მდგომარეობით, რომ გადასახადი შემოსავლების ყველა ფორმაზეა დაწესებული, ანუ საერთო ბიუჯეტის შემოსავლები იქმნება სხვადასხვა სახის გადასახადებისაგან (და არა მხოლოდ დაქირავებულების ხელფასზე დაწესებული სადაზღვევო შენატანებიდან). გადასახადები.

სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებიდან (საერთო გადასახადები) დაფინანსების უარყოფითი მხარეებია:

< **დაბალია ნდობის ფაქტორი**, რომ გადასახადები დანიშნულებისამებრ დაიხარჯება (Ter-Minassian, 2002). რადგან გადასახადები საერთო ფონდში იყრის თავს, გადამხდელისთვის ძნელია გარკვევა, შენატანებიდან ზუსტად რამდენი იხარჯება ჯანდაცვაზე, ან საერთოდ რაზე იხარჯება მის მიერ გადახდილი გადასახადები.

< ასეთი მდგომარეობა ხელს არ უწყობს გადასახადების გადახდის სტიმულს. აღნიშნული პრობლემა განსაკუთრებით მწვავედ დგას გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებში, სადაც გადასახადების შეგროვებისა და შეფასების სისტემა არაა სრულყოფილი; გადამხდელებმა შეიძლება თავი აარიდონ გადასახადებს, რადგან სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით (საერთო გადასახადები) დაფინანსების უნივერსალური სისტემის დროს არ მოქმედებს სოციალური დაზღვევის სისტემისთვის დამახასიათებელი პრინციპი: გადაიხდი სამედიცინო სადაზღვევო შენატანს, მიიღებ სამედიცინო დახმარებას. რადგანაც გადამხდელმა იცის, რომ მიუხედავად იმისა, გადაიხდის თუ არა იგი გადასახადს, მასზე მაინც გავრცელდება სახელმწიფოს მიერ დეკლარირებული “უფასო სამედიცინო მომსახურება”, მას შესაბამისად გადასახადების გადახდის ნაკლები სტიმული აქვს¹⁵.

< **არასტაბილური დაფინანსება**. საერთო ბიუჯეტიდან ეკონომიკის სხვადასხვა სფეროებზე დადგენილი ყოველწლიური ასიგნებანი გარკვეულ ცვლილებებს განიცდიან, რადგანაც იგი დამოკიდებულია სახელმწიფოს პოლიტიკურ პრიორიტეტებზე და მთავრობის აზრზე, თუ რომელი დარგია სახელმწიფო ინტერესებისათვის ყველაზე მნიშვნელოვანი (მაგალითად, საომარი კონფლიქტები მოითხოვს თავდაცვის ხარჯების გაზრდას). ამგვარად, ჯანდაცვის ბიუჯეტი სახელმწიფოს პოლიტიკურ ნებაზეა დამოკიდებული და ზოგჯერ იგი არაპროგნოზირებადია, შესაბამისად ჯანდაცვის სექტორს არ აქვს მყარი გარანტია იმისა, რომ მომავალ წელს მიიღებს იმავე მოცულობის დაფინანსებას, რაც წინა წელს იყო¹⁵. ჯანდაცვის სამინისტროს უხდება კონკურენციის გაწევა სხვა სამინისტროებთან, რომ მოიპოვოს საჭირო რესურსები. მექსიკაში, 1991-1995 წლებში არსებული ეკონომიკური კრიზისის შედეგად, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯები 9,2 მილიარდი დოლარიდან 5,3 მილიარდ დოლარამდე შემცირდა (Duran-Arenas et al. 2000). ბოლო წლებში არსებული ეკონომიკური კრიზისის გამო არგენტინაში თითო სულზე ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები 614 \$-დან (2001 წ.) 484 \$-მდე (2002 წ.) შემცირდა (ჯანმო, 2006). სოციალისტურ რუმინეთში ჯანდაცვაზე მწირი თანხები გამოიყოფოდა, რადგანაც ლიქტატორი ჩაუშესკუ თვლიდა, რომ რუმინული კომუნისტების სისტემაში მცხოვრები ხალხი ვალდებულია ჯანმრთელი იყოს. ასეთივე ტენდენცია შეინიშნებოდა საბჭოთა კავშირშიც, სადაც ჯანდაცვის სექტორი არაწარმოებით სფეროდ მიაჩნდათ და შესაბამისად მცირედ ფინანსდებოდა¹⁵.

< განვითარებად ქვეყნებში დაბალია მთლიან შიდა პროდუქტში სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადების (საერთო გადასახადები) წილი. 1999 წლის მონაცემებით, .მექსიკაში იგი შეადგენდა 16 %-ს, მაშინ როდესაც სამხრეთ კორეაში 25 %-ს, ხოლო OECD ქვეყნებში – 37 %-ს (Ter-Minassian, 2002).

11.3.1. მოსახლეობის მოცვა

საერთო გადასახადებით ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემების მთავარ ნიშანს წარმოადგენს მოსახლეობის უნივერსალური მოცვა. ახალ ზელანდიაში ჯერ კიდევ 1938 წელს ჯანდაცვის პოლიტიკის მთავარ ამოცანად დასახულ იქნა “უფასო სამედიცინო მომსახურება ყველასათვის”. დიდ ბრიტანეთში სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის უნივერსალური მოცვა 1948 წელს გამოცხადდა. ავსტრალიაში 1984 წელს მედიქას პროგრამის შექმნით შემოღებულ იქნა მოსახლეობის უნივერსალური მოცვა.

ჩრდილოეთ ევროპის ქვეყნებში (დიდი ბრიტანეთი, სკანდინავიის ქვეყნები), აგრეთვე ავსტრალიაში და ახალ ზელანდიაში ქვეყნის მკვიდრი მოსახლეობა სამედიცინო სერვისებით მთლიანადაა მოცული. ამ ქვეყნებში მოსახლეობის ის ნაწილია მოუცველი, რომლებიც არალეგალურ ემიგრანტებს წარმოადგენენ. სამხრეთ ევროპის ქვეყნებში მოსახლეობის უნივერსალურთან-ახლო მოცვა უკანასკნელ ათწლეულში განხორციელდა.

იტალიაში სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემა მოსახლეობის უნივერსალური მოცვით გამოცხადებულ იქნა 1978 წელს. 1978 წლამდე მოსახლეობის 93 პროცენტი მოცული იყო სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაზღვევით. 1978 წლის რეფორმების შედეგად შეიცვალა ჯანდაცვის დაფინანსების პრინციპები: პროფესიულ კატეგორიებს შორის სოლიდარობა შეიცვალა ინტერგენერაციული სოლიდარობის პრინციპით, გამოცხადდა სამედიცინო მომსახურებით მთელი მოსახლეობის უფასო, უნივერსალური მოცვა. იმ პირებზე, რომლებიც არ შეადგენდნენ იტალიის მკვიდრ მოსახლეობას არ ვრცელდებოდა უფასო სამედიცინო მომსახურება, მაგრამ 1998 წლიდან ლეგალურ ემიგრანტებს ჰქონდათ იგივე უფლებები რაც იტალიელ მოქალაქეებს. არალეგალურ ემიგრანტებზე ვრცელდება სამედიცინო მომსახურების გარკვეული სახეები, მაგალითად ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობა, ბავშვებისა და ორსული დედების სამედიცინო მომსახურება (Donatini et al. 2001).

ესპანეთში, 1997 წლის კვლევების მონაცემებით, მოსახლეობის 94,8 % მოცული იყო სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემით. მოსახლეობის 4,6 %, რომელსაც შეადგენენ საჯარო მოხელენი და მათი ოჯახის წევრები, დაზღვეული არიან არამომგებიან ფონდში. მოსახლეობას აქვს სპეციალური, ჯანდაცვის ელექტრონული ბარათი. 2001 წლიდან აღნიშნული ბარათი გააჩნდათ უცხოელ სტუდენტებს, მათ შორის არალეგალურ ემიგრანტებს.

პორტუგალიაში ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემაში მოცულია მოსახლეობის 83,5 %. დანარჩენი 10 % მოცულია ჩანაცვლებით კერძო დაზღვევის სქემაში, ხოლო 6,5 % - ურთიერთდახმარების ფონდებში.

11.3.2. სამედიცინო მომსახურების ჰაკეტი

ევროპის უმეტეს ქვეყნებში, სადაც გადასახადებით დაფინანსების სისტემაა გავრცელებული, სამედიცინო მომსახურების ჰაკეტი ნათლად არ არის განსაზღვრული. მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში, ჯანდაცვის სამმართველო (The health authorities) 2003 წლამდე პასუხისმგებელი

იყო ზოგადი პრაქტიკის, სტომატოლოგიური, ოფთალმოლოგიური და ფარმაცევტული მომსახურებაზე. 2003 წლის შემდეგ იგი გადაეცა პირველადი ჯანდაცვის ტრასტებს (Primary Care Trusts). მათ მოვალეობას შეადგენდა მკვიდრ მოსახლეობაზე “მისაღები” სამედიცინო მომსახურების გაწევა. მაგრამ თუ რა შეადგენს “მისაღებ” მომსახურებას ნათლად არ არის განსაზღვრული.

ნორვეგიაში და შვეციაში მხოლოდ სტომატოლოგიური მომსახურება და სათვალეები არის გამორიცხული სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემიდან. შვეციაში სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ სახეებზე სტანდარტია დაწესებული. მაგალითად, ინ ვიტრო ფერტილიზაცია კეთდება ერთხელ, ხოლო მამოგრაფია წელიწადში ერთხელ. ვინც მოითხოვს აღნიშნული მომსახურების უფრო მეტად ჩატარებას უნდა გადაიხადონ შესაბამისი თანხა. კოსმეტიკური ქირურგიის ხარჯებს აგრეთვე მთლიანად იხდის პაციენტი.

ესპანეთში 1995 წელს სამეფო დეკრეტით მიღებულ იქნა სამედიცინო მომსახურების პაკეტი, რომელიც უნივერსალურს წარმოადგენს (Rico et al. 2000). პაკეტიდან გამორიცხულია ფსიქონალიტიკური მომსახურება, სქესის შეცვლის ქირურგია, კურორტული მკურნალობა, კოსმეტიკური ქირურგია, აგრეთვე სტომატოლოგიური მომსახურების გარკვეული სახეები. 2002 წლის იანვარში ესპანეთის სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემის რეგიონალიზაციის შედეგად, სამედიცინო მომსახურების პაკეტი ქვეყნის რეგიონებში გარკვეული თავისებურებებით ხასიათდება. ზოგიერთ რეგიონში სამედიცინო მომსახურების პაკეტში შედის სტომატოლოგიური მომსახურება, ზოგ რეგიონში კი – მედიკამენტებით უზრუნველყოფა.

ავსტრალიის ჯანდაცვის სისტემას აქვს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სამედიცინო მომსახურების პაკეტი, მედიქა სარგებლის ჩამონათვალი (Medicare Benefits Schedule). აღნიშნულ ჩამონათვალში შემავალი სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას იხდის სახელმწიფო. ჩამონათვალში შედის ექიმის და სპეციალისტის ანაზღაურება, რადიოლოგიური და პათოლოგიური ტესტები, ოპტომეტრისტების მიერ თვალის გასინჯვები, ქირურგიული და თერაპიული პროცედურები. იგი არ მოიცავს სტომატოლოგიურ სამედიცინო მომსახურებას, სასწრაფო სამედიცინო მომსახურებას, ბინაზე მედიკამენტების მომსახურებას, ფიზიოთერაპიას, პროფესიული თერაპიას, მეტყველების თერაპიას, ქიროპრაქტიკის სერვისებს, ფსიქოლოგის მომსახურებას, მხედველობის და სმენით აპარატებს, კლინიკურად არასაჭირო სამედიცინო მომსახურებას, კოსმეტიკური ქირურგიას (Hilless and Healy 2001).

11.3.3. გადასახადების ფორმები

გადასახადი (tax) წარმოადგენს თანხას, რომელსაც სახელმწიფო შეაწერს და რეგულარულად ან ერთჯერადად ახდენინებს იურიდიულ და ფიზიკურ პირებს. გადასახადი ირიცხება სახელმწიფო ან ადგილობრივი ბიუჯეტების შემოსავალში.

გადასახადები სახელმწიფო ბიუჯეტის შემოსავლის ძირითადი წყაროა. გადასახადის დაწესების ობიექტი არის ფულადი შემოსავლები ან ესა თუ ის ქონება (ღირებულება). არსებობს პროპორციული, მყარი გადასახადები, რომელთა განაკვეთი არ არის დამოკიდებული შემოსავლის ოდენობაზე და პროგრესული, როდესაც გადასახადის განაკვეთი იზრდება შემოსავლის ზრდასთან ერთად.

გადასახადების შემდეგი ფორმები არსებობს:

- < წყაროების მიხედვით (პირდაპირი და ირიბი);
- < დონების მიხედვით (ნაციონალური და ადგილობრივი);
- < სახეების მიხედვით (საერთო და მიზნობრივი).

წყაროების მიხედვით გადასახადის ფორმები

პირდაპირი გადასახადები წარმოადგენს სახელმწიფოს მიერ დაწესებულ ბეგარას კერძო, ფიზიკური პირების, საწარმოების, სამეურნეო ორგანიზაციების შემოსავალზე. პირდაპირი გადასახადი პროგრესულ პრინციპზეა დაფუძნებული და დამოკიდებულია შემოსავლის დონეზე. რაც მეტია შემოსავალი, მით მეტია გადასახადის ზომა. ასეთი სახის გადასახადი ხელს უწყობს მდიდრებსა და ღარიბებს შორის შემოსავლების გადანაწილებას, შესაბამისად ამცირებს სოციალურად ღარიბი ფენების დაუცველობას.

როდესაც შემოსავლების დონე ოფიციალურად ცნობილია და არ არის დამალული, გადასახადების ამოღება არ წარმოადგენს განსაკუთრებულ ადმინისტრაციულ სირთულეს. ჩრდილოვანი ეკონომიკის პირობებში დიდია გადასახადების გადახდაზე თავის არიდების ალბათობა, რისი შემცირებაც შესაძლებელია სპეციალური ადმინისტრაციული ზომების გატარების მეშვეობით.

შემოსავლების ზოგიერთი ფორმები შეიძლება განთავისუფლდეს გადასახადებისგან. მათ განეკუთვნება პირადი დანახოვებიდან შემოსავლები, რომლებიც სამედიცინო საჭიროებისთვისაა განკუთვნილი.

არაპირდაპირი, ირიბი გადასახადები ძირითადად საქონლის გამოყენებაზე და მომსახურებით სარგებლობაზეა დაწესებული. ირიბ გადასახადებს განეკუთვნება:

- < მეწარმეობრივი საქმიანობის მოგებიდან გადასახადი;
- < უძრავი ქონებიდან შემოსავლის გადასახადი.
- < საქონელზე გადასახადი;
- < დამატებითი ღირებულებაზე გადასახადი (სხვაობა საქონლის გასაყიდ ფასსა და მისი დამზადებისათვის საჭირო მასალების შექმნის ფასს შორის);
- < აქციზებზე გადასახადი (მასობრივი მოთხოვნილების საქონელსა და მომსახურებაზე არაპირდაპირი გადასახადი, რომელიც შესაბამისი საქონლის ფასის ან მომსახურების ტარიფში შედის და სახელმწიფო ბიუჯეტის შემოსავალია);
- < გარკვეული სახის ოპერაციებზე გადასახადი;
- < ბრუნვაზე გადასახადი;
- < ექსპორტზე გადასახადი;
- < იმპორტზე დაწესებული გადასახადები.

ირიბი გადასახადები უფრო ხშირად რეგრესიულ გადასახადებს განეკუთვნებიან. ზოგიერთ საქონელზე, რომლებიც ზიანს აყენებენ ადამიანის ჯანმრთელობას (ალკოჰოლი, თამბაქო), აგრეთვე ფუფუნების საგნებზე, შეიძლება დაწესდეს უფრო მაღალი გადასახადი.

ღონების მიხედვით გადასახადების ფორმები (ნაციონალური და ადგილობრივი)

გადასახადების შეგროვება ხორციელდება ნაციონალურ ან ადგილობრივ დონეზე. იმ შემთხვევაში, როდესაც გადასახადების შეგროვებას ახორციელებენ ადგილობრივი ორგანოები, შეიძლება არსებობდეს გეოგრაფიულ მხარეებს შორის სახსრების გადანაწილების განსაკუთრებული მექანიზმი. ადგილობრივი გადასახადებით ხორციელდება ჯანდაცვაზე დანახარჯების მნიშვნელოვანი ნაწილის დაფინანსება ბულგარეთში დანიაში, იტალიაში (2000 წლიდან), ნორვეგიაში, ფინეთში და შვეციაში.

სახეების მიხედვით გადასახადების ფორმები (საერთო და მიზნობრივი)

გადასახადები შეიძლება იყოს საერთო ან მიზნობრივი (სპეციალური). საერთო გადასახადებით შემოსული სახსრები ერთიანდება და შემდეგ გადანაწილდება მიღებული პროგრამების მიხედვით. მიზნობრივი (სპეციალური) გადასახადები განკუთვნილია გარკვეული მიზნისათვის, მაგალითად

ჯანდაცვის დაფინანსებისათვის. მიზნობრივი დაფინანსება შეიძლება იყოს როგორც მყარი, ასევე რბილი სახის. მყარი სახის მიზნობრივი დაფინანსებისას ხარჯები განისაზღვრება მიზნობრივი გადასახადებით შეგროვილი საშუალებების მოცულობის მიხედვით. რბილი სახის მიზნობრივი დაფინანსებისას მიზნობრივი გადასახადებით შეგროვილი საშუალებები დამხმარე როლს თამაშობენ დანახარჯების საერთო სტრუქტურაში, ხოლო მათი შევსება ხდება სხვა წყაროების საშუალებით. ასე მაგალითად, საფრანგეთში ჯანდაცვაზე გამოიყოფა საერთო სოციალური გადასახადის ფიქსირებული წილი. ამასთან აღნიშნული გადასახადი ხარჯების მხოლოდ ნაწილს ფარავს, ხოლო დანარჩენი ნაწილი იფარება დამატებითი სახელმწიფო ფონდებიდან.

საქართველოში ძირითადად შემდეგი გადასახადები არსებობს (2002 წ.):

- < გადასახადი საწარმოს მოგებიდან;
- < კერძო პირების საშემოსავლო გადასახადი;
- < დამატებითი ღირებულების გადასახადი;
- < საბაჟო გადასახადი;
- < აქციზი;
- < გადასახადები ხელფასის ფონდიდან.

11.3.4. შემოსავლების უზრუნველყოფა

საერთო გადასახადებით (general taxation) დაფინანსების სისტემებში შემოსავლების შეგროვება ცენტრალიზებულია და ხორციელდება ფინანსთა სამინისტროს ან ხაზინის მიერ. თუმცა უკანასკნელ წლებში დეცენტრალიზაციის შედეგად რეგიონალურმა და ადგილობრივმა ორგანოებმა რესურსების შეგროვების თვალსაზრისით მეტი ავტონომია მიიღეს. 1970-იანი წლების შემდეგ შვედიაში შემოსავლების შეგროვება და გაერთიანება დეცენტრალიზებულია. სამხარეო საბჭოები თვითონ აგროვებენ საშემოსავლო გადასახადებს. ამასთან, დამატებით, მხარეები ცენტრალური მთავრობიდან ღებულობენ სუბსიდიას განაწილების ფორმულის საფუძველზე (Hjortsberg et al. 2001).

იტალიაში და ესპანეთში რეგიონალურ და ადგილობრივ ორგანოებს შეუძლიათ თვითონ შეაგროვონ სახსრები. იტალიაში 21 რეგიონიდან 6 რეგიონს შეუძლია თვითონ დააწესოს გადასახადები (Jommi and Fattore 2003)

საკონტროლო კითხვები

1. რას გულისხმობს სემაშკოს მოდელი?
2. ჩამოაყალიბეთ სემაშკოს მოდელის ძირითადი პრინციპები.
3. ჩამოაყალიბეთ ბევერიჯის მოდელის ძირითადი პრინციპები
4. რას გულისხმობს ბევერიჯის მოდელი
5. ჩამოთვალეთ სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით (საერთო გადასახადები) დაფინანსების დადებითი მხარეები
6. ჩამოთვალეთ სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებიდან (საერთო გადასახადები) დაფინანსების უარყოფითი მხარეები

ლიტერატურა

1. Шейман И.М. Экономика Здравоохранения, Москва, ТЕИС, 2001
2. Итоги десятилетия советской власти в цифрах. 1917–1927 гг. М.:ЦСУ СССР, 1927.
3. Прохоров Б.Б. Организация здравоохранения в России в XX веке, Россия в окружающем мире 2001.
4. Очерки истории русской общественной медицины. М.: Медицина, 1965.
5. Семашко Н.А. Избранные произведения / Ред. П.И. Калью. М.: Медицина, 1967. 379 с.
6. Е.И. Чазов, Медицинская газета. 10 октября 1988 г., № 84
7. Кричагин В.И. Народное здравие: время решений // В человеческом измерении. М.: Прогресс, 1989. С. 247–267.
8. Зяблюк Н. Г. Политический плюрализм: контуры американской модели // США и Канада: экономика, политика, культура. 1999. № 5. С. 3–18.
9. მაყაშვილი ბ.. ჯანდაცვის დაფინანსების ახალი სისტემის მეთოდოლოგიური ასპექტები. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.
10. Beveridge, William: Social Incurance and Allid Services, London 1942.
11. J. Figueras, R. Robinson, E. Jakubowski Purchasing to improve health systems performance, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006.
12. Iliffe S. The national plan for Britain’s national health service // International journal of health service. 2002. V. 31. № 1. P. 105–110.
13. <http://www.labour.org.uk/health/> (30.09.03).
14. С. Виттер; Т. Енсор; Введение в Экономику Здравоохранения для Стран Восточной Европы и СНГ. Центр Экономики Здравоохранения Университет Уорка.
15. Witter S. and Ensor T. Health economics for Developing Countries. The University of York, Centre for Health Economics International Programme. Macmillan, 2000.
16. თ. კალანდაძე, ი. ბრეგვაძე, რ. თაყაიშვილი. სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემის მშენებლობა საქართველოში, ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, თბილისი, 1999 წ.
17. ჯორბენაძე, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეორიენტაციის ზოგიერთი შედეგის შესახებ. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის ნაციონალური ცენტრი, სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტ. I. თბილისი 1998 წ.
18. რ. ურუშაძე, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, თბილისი, 2002 წ.

თავი XII

ჯიბიდან გადახდებით დაფინანსება

12.1. ჯიბიდან გადახდები (Out of pocket payments)

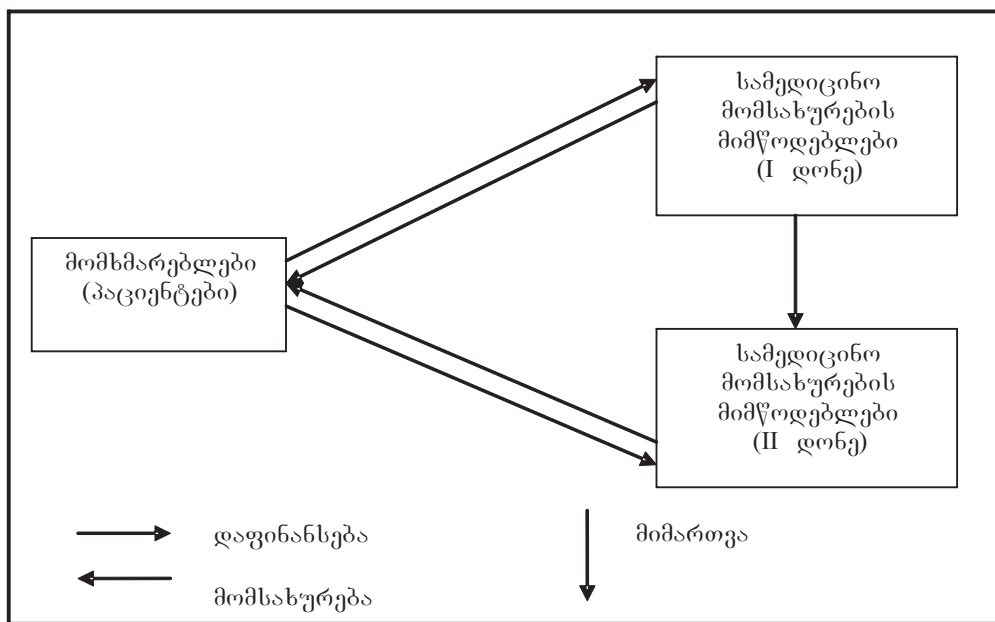
ჯიბიდან გადახდები (Out of pocket payments) წარმოადგენს ჯანდაცვის მომსახურების ან საქონლის შესაძენად ჯიბიდან გადახდილ ნებისმიერი ტიპის სახსრებს. ჯიბიდან გადახდებს ხშირად პირდაპირ გადახდებსაც (direct payments) უწოდებენ. ჯიბიდან გადახდები შესაძლოა იყოს მომსახურების ან საქონლის შესაძენად ჯიბიდან გადახდილი როგორც მთლიანი ან ნაწილობრივი სახსრები. მაგალითად, როდესაც პაციენტი იხდის მედიკამენტების მთლიან ხარჯებს, ან სტომატოლოგიური მომსახურების 20 %-იან თანადაზღვევას (coinsurance), ან ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან ვიზიტისას 10 ლარიან თანაგადახდას, დაფინანსების ყველა აღნიშნული სახე განეკუთვნება ჯიბიდან გადახდას. ჯიბიდან გადახდებს ზოგჯერ ხარჯებში თანამონაწილეობასაც (cost sharing) უწოდებენ.

ჯიბიდან გადახდის ორი ფორმა არსებობს:

ჯიბიდან გადახდილი ლეგალური თანხები (Legal out of pocket payments)

ჯიბიდან გადახდილი არალეგალური თანხები (Illegal out of pocket payments)

ნახაზი 1: ჯანდაცვის მომსახურებაზე ჯიბიდან გადახდები



ქვეყანაში ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში ჯიბიდან გადახდების დონე დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე, რომელთა შორის მთავარია:

- < საზოგადოებაში არსებული ღირებულებები და პრიორიტეტები;
- << ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების დონე.

როგორც ქვემოთ მოყვანილ ცხრილშია ნაჩვენები ჯიბიდან გადახდები მჭიდროდაა დაკავშირებული ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების დონეზე.

ცხრილი 1: ჯანდაცვის საერთო ხარჯებში ჯიბიდან გადახდების წილი პროცენტებში

განვითარებული ქვეყნები (24 სახელმწიფო)	24 %
განვითარებადი ქვეყნები მაღალი შემოსავლებით	33 %
განვითარებადი ქვეყნები საშუალო შემოსავლებით	43 %
განვითარებადი ქვეყნები დაბალი შემოსავლებით	53 %

წყარო: George Schiber, Akiko Maeda, Cormudgeon: s Guide to Financing Health Care in Developing Countries. 1997.

როგორც ცხრილიდან ჩანს, მიუხედავად იმისა, რომ განვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვაზე მთლიანი შიდა პროდუქტის 7-14 % იხარჯება, ფართოდაა გავრცელებული ჯიბიდან გადახდები. ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ჯანდაცვის დაფინანსებაში ჯიბიდან გადახდების წილი 17 %-ს შეადგენს¹. აქვე აღსანიშნავია, რომ ჯიბიდან გადახდები უმთავრესად კერძო სადაზღვეო კომპანიებში იყრის თავს. თუმცა, ყურადსაღებია, რომ გასული საუკუნის პირველ ნახევართან შედარებით ჯიბიდან გადახდების წილი თითქმის ოთჯერ შემცირდა. ასე მაგალითად, თუ 1929 წელს იგი შეადგენდა 81 %-ს, 1997 წლისათვის – 17 %-მდე შემცირდა¹.

ცხრილი 2: ჯიბიდან გადახდის, კერძო დაზღვევისა და სახელმწიფო ხარჯების წილი ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში, ა.შ.შ..

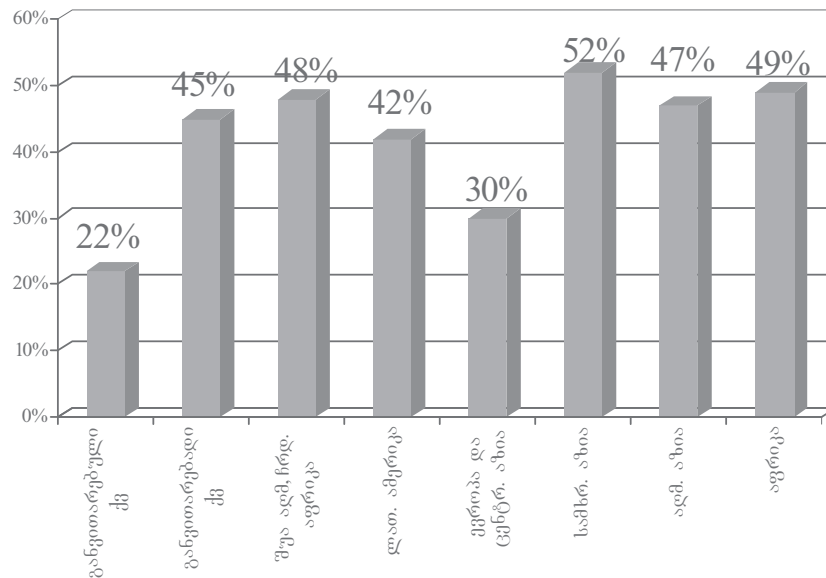
	1929	1960	1997
ჯიბიდან გადახდა	81 %	49 %	17 %
კერძო დაზღვევის წილი	1 %	22 %	34 %
სახელმწიფო ხარჯების წილი	14 %	25 %	45 %

წყარო: U.S. Bureau of the Census. 1975; Health Care Financing Administration. 2000.

განვითარებულ ქვეყნებში, ჯიბიდან გადახდების წილი 22 %-ს შეადგენს, მათ შორის დიდ ბრიტანეთში 7 %-ს, საფრანგეთში – 11 %-ს. საფრანგეთში ჯიბიდან გადახდების მნიშვნელოვანი წილი იხარჯება საკონტაქტო ლინზების და ორთოპედიული მოწყობილობების (25,7 %), სტომ-ატოლოგიური დახმარების (28,75 %) და მედიკამენტების (17,9 %), დასაფინანსებლად².

განვითარებად ქვეყნებში (სამხრეთ აზია, აფრიკა, აღმოსავლეთ აზიისა და ახლო აღმოსავლეთის ქვეყნები) ჯიბიდან გადახდების წილი 45 %-ს შეადგენს. ასე მაგალითად, მოლდავეთში და ყირგიზეთში ჯიბიდან გადახდები ჯანდაცვის საერთო ხარჯების 40%-ს შეადგენს, რუსეთში – 45-50 %-ს (1998-1999 წწ.)³.

ნახაზი 2: ჯანდაცვის საერთო ხარჯებში ჯიბიდან გადახდების წილი



წყარო: Gorge Schiber, Akiko Maeda, 1997.

ცხრილი 3: ჯიბიდან გადახდების პროცენტული წილი ჯანდაცვის ხარჯებში

წყარო: Шейман И.М. Экономика Здравоохранения, Москва, ТЕИС, 2001; Thomas E. Getzen.

ქვეყანა	%
ა.შ.შ.	17 %
გერმანია (2002)	12,2 %
საფრანგეთი (2000)	11 %
ნიდერლანდები	8-10 %
დიდი ბრიტანეთი (1995)	2,7 %
მოლდავეთი	40 %
რუსეთი	45-50 %
საქართველო (2006)	73,2 %

Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997

ცხრილი 4: ჯიბიდან გადახდები: პაციენტების სტიმული და რისკების განაწილება

ჯიბიდან გადახდები	ჯანდაცვის ფონდის/სახელმწიფოს რისკი	პაციენტის რისკი	პაციენტის სტიმული
არ არსებობს	ყველა რისკი	რისკი არ არის	მოთხოვნის გაზრდა
მთლიანი ღირებულების გადახდა	რისკი არ არის	ყველა რისკი	მოთხოვნის შემცირება
ნაწილობრივი გადახდა	ნაწილობრივი რისკი	ნაწილობრივი რისკი	მოთხოვნის შემცირება დადგენილ ზღვრამდე

წყარო: Hsiao,1997

წყარო: Hsiao,1997

ზემოაღნიშნულიდან შეიძლება დავასკვნათ, ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში ჯიბიდან გადახდების დონე დამოკიდებულია ეკონომიკური განვითარების დონეზე და იგი უმთავრესად ობიექტურ ხასიათს ატარებს. საზოგადოებაში არსებული ღირებულებები და პრიორიტეტები გავლენას ახდენენ ამ თანაფარდობაზე, მაგრამ მათ არ შეუძლიათ გადალახონ ობიექტური ეკონომიკური ფაქტორების ზემოქმედება. შეიძლება ქვეყანას დეკლარირებული ჰქონდეს უფასო სამედიცინო დახმარება, მაგრამ რეალურად მისი განხორციელება თანამედროვე მოთხოვნების პირობებში შეუძლებელს წარმოადგენს.

საბჭოთა პერიოდში დეკლარირებული იყო უფასო სამედიცინო დახმარება, მაგრამ იგი მხოლოდ დეკლარაციულ ხასიათს ატარებდა და არ შეესაბამებოდა ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების დონეს და შესაბამისად შესაძლებლობებს. საქართველოში უფასო და ფასიან სამედიცინო დახმარებას შორის თანაფარდობის პრობლემა განსაკუთრებით მწვავედ დადგა გასული საუკუნის 90-იან წლებში, როდესაც მნიშვნელოვნად შემცირდა სახელმწიფოს დაფინანსება ჯანმრთელობის დაცვაზე, იგი მთლიანი შიდა პროდუქტის 1%-ს არ აღემატებოდა. ქვეყნები, რომლებიც ანალოგიური მაჩვენებლებით ხასიათდება, მოსახლეობას სამედიცინო დახმარების მხოლოდ მინიმალური პაკეტით უზრუნველყოფენ (ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლა და ა. შ.). განვითარებული ქვეყნები ჯანდაცვაზე ხარჯავენ მთლიანი შიდა პროდუქტის 7-14 %-ს, მაგრამ არცერთ მათგანს არ აქვს დეკლარირებული უნივერსალურ დონეზე უფასო სამედიცინო დახმარება. აქვე აღსანიშნავია, რომ საბჭოთა პერიოდში უფასო სამედიცინო დახმარება ჯანდაცვის არასაკმარისი დაფინანსების პირობებში უზრუნველყოფილი იყო იმ გარემოებით, რომ არ არსებობდა ბევრი თანამედროვე ძვირადღირებული სამკურნალო საშუალებები და სამედიცინო ტექნოლოგიები.

ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯების შემცირების შედეგად, საქართველოში, ისევე როგორც სოციალისტურ და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში, სახელმწიფოს აღარ შეეძლო მოსახლეობის წინაშე ნაკისრი ვალდებულებების შესრულება, იგი იძულებული გახდა უარი ეთქვა უფასო სამედიცინო დახმარების დეკლარირებაზე. ჯანდაცვის სფეროში განხორციელებული რეფორმების შედეგად კონკრეტულად განისაზღვრა სახელმწიფოს ვალდებულებები და რეალური შესაძლებლობები მოსახლეობის სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფის საქმეში, დადგინდა სამედიცინო დახმარების საბაზისო პაკეტი, რომლის გარეთ დარჩა სამედიცინო დახმარების გარკვეული ნაწილი, რამაც მნიშვნელოვნად გაიზარდა მოსახლეობის მხრიდან სამედიცინო დახმარების ხარჯების ჯიბიდან გადახდის წილი.

ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მონაცემებით, 2005 წელს საქართველოში ჯანდაცვაზე მთლიანმა დანახარჯებმა 998 მლნ. ლარი შეადგინა, რომელშიც ჯიბიდან გადახდა 77,7 % შეადგენს⁴. 2006 წლის მონაცემებით, ჯანდაცვაზე მთლიანმა დანახარჯებმა 1160 მლნ. ლარი შეადგინა, რომელშიც ჯიბიდან გადახდა 73,2 % (849 283 505 ლარი) შეადგენს⁴.

განსაკუთრებით საგანგაშოა ის მდგომარეობა, რომ მიუხედავად იმისა, რომ ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსება 2001-2006 წლებში გაიზარდა 2,7-ჯერ (94-დან 250 მლნ ლარამდე), აღნიშნულმა სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით ვერ გამოიღო ხილული შედეგი. ამავე პერიოდში ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებზე ჯიბიდან გადახდების წილი 2,2 ჯერ (381-დან 849 მლნ. ლარამდე) გაიზარდა⁴. ხარჯების ასეთი დინამიკა მიუთითებს ერთის მხრივ, იმაზე, რომ სახელმწიფო პროგრამებით მოსახლეობის მოთხოვნები სამედიცინო დახმარებაზე არ არის დაკმაყოფილებული და დაუკმაყოფილებელი მოთხოვნების მასშტაბი წლიდან წლამდე იზრდება, ხოლო მეორე მხრივ, დაკარგულია სახელმწიფო გარანტიების დაცვაზე კონტროლი: სახელმწიფო წლიდან წლამდე ზრდის ჯანდაცვისათვის გამოსაყოფ თანხებს, მაგრამ მოსახლეობა მაინც იძულებულია სულ უფრო მეტი გადაიხადოს სამედიცინო დახმარებაზე.

ჯიბიდან გადახდების მაღალი დონე სახელმწიფო და კერძო სექტორის უუნარობაზე მეტყველებს, მოახდინოს სახსრების გაერთიანების ორგანიზება გადასახადების, კერძო ან სახელმწიფო დაზღვევის საშუალებით. ამასთან, სახელმწიფო გარანტიების კონკრეტიზაცია, მათი რეალური დაფარვა სახელმწიფო სახსრების ხარჯზე წარმოადგენს ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს პრობლემას.

ჯიბიდან ლეგალური გადახდების შემდეგი 5 ფორმა არსებობს:

- < სახელმწიფო და მუნიციპალურ სამედიცინო დაწესებულებებში ფასიანი მომსახურება
- < სამედიცინო მომსახურების არალეგალური გადახდები ფულადი ან ნატურალური ფორმით (“ჩრდილოვანი ეკონომიკა”);
- < კერძო სამედიცინო დაწესებულებებში ფასიანი მომსახურება;
- < ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის საშუალებით მიღებული სამედიცინო მომსახურება;
- < მოსახლეობის მიერ საკუთარი სახსრებით შექმნილი სამკურნალო საშუალებები.

სამედიცინო ბაზარზე ზოგიერთი ზემოაღნიშნული სეგმენტი ყოველგვარი კონსტიტუციური გარანტიის გარეშე ვითარდება და არ აქვს შესაბამისი ნორმატიული ბაზა, რაც დამატებით პრობლემებს უქმნის მოსახლეობას. ძალიან ძნელია მოიპოვო ინფორმაცია ფასებისა და სპეციალისტების კვალიფიკაციის დონის შესახებ. სააუდმყოფოში მოხვედრისას აუდმყოფმა არ იცის თუ რამდენი აქვს გადასახადი (ხშირად მიახლოებითაც კი). ზოგჯერ სამედიცინო დაწესებულებებში მოსახლეობიდან თანხების მოზიდვის ეკონომიკურად არარაციონალური ფორმები გამოიყენება (მაგ. ექიმები “ურჩევენ” პაციენტებს იყიდონ მედიკამენტი ისეთ აფთიაქში, სადაც იგი შედარებით ძვირი ღირს). ყველაზე მთავარი – ირღვევა საზოგადოებრივი სოლიდარობის პრინციპი: მძიმე აუდმყოფები, რომელთა მკურნალობა დიდ ხარჯებს მოითხოვს, იძულებული არიან მხოლოდ თავიანთი თავის იმედი ქონდეთ. მძიმე დაავადება პაციენტისგან კატასტროფულად მაღალ ხარჯებს მოითხოვს.

ყოველივე ზემოაღნიშნული შედეგად, აუცილებელი გახდა ჯიბიდან გადახდების სოციალურად მისაღები და ეკონომიკურად რაციონალური ფორმების ძიება.

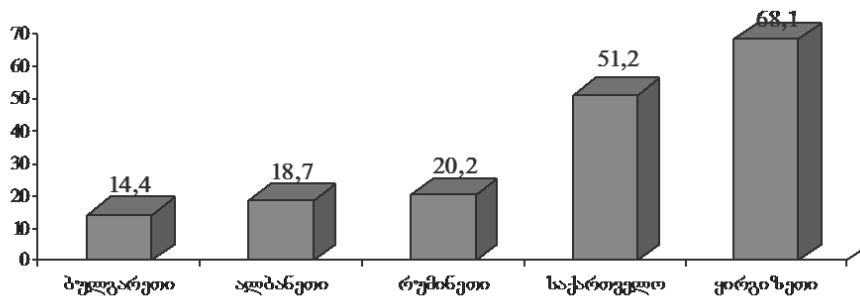
12.2. არალეგალური გადახდები

არალეგალური (არაფორმალური) გადახდები წარმოადგენს ჯანდაცვის მომსახურების ან საქონლის შესაძენად ჯიბიდან გადახდილ ნებისმიერი ტიპის, როგორც ფულადობრივი, ასევე არაფულადობრივი (ძღვენი) სახის არალეგალურ ხარჯებს. პაციენტის მიერ გადახდილი არალეგალური გადახდები არ წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალის ლეგალურ, საგადასახადო პირობებს დაქვემდებარებულ შემოსავალს.

არალეგალური გადახდების გავრცელება მსოფლიოში

არალეგალური გადახდები უმთავრესად დაბალ და საშუალო შემოსავლიან ქვეყნებშია გავრცელებული, სადაც იგი სამედიცინო პერსონალის შემოსავლების ერთ-ერთ უმთავრეს წყაროს წარმოადგენს. ამის მიზეზია ასეთ ქვეყნებში ექიმთა დაბალი ხელფასი, რომელთა უძრავლესობა სახელმწიფო სექტორში საქმიანობს. (ნახაზი 3).

ნახაზი 3: ჯანდაცვაზე არალეგალური ხარჯები ერთ სულზე გათვლით (US\$) 1997



წყარო: აბელ-სმიტი და ფალკინგჰამი, ბალაბანოვა 1999; მუკემ ჩავლა 1999; შიშკინი 1999; გუს 1999.

ცხრილი 5: არალეგალური გადახდების შემთხვევათა პროცენტული წილი

ქვეყანა	კვლევის ჩატარების წელი	მკურნალობა ამბულატორულად ან სტაციონარში	ამბულატორიული მკურნალობა	სტაციონარული მკურნალობა
ალბანეთი	1996 2000	22	-	87
სომხეთი	1999	-	-	91
ბულგარეთი	1997	21	-	-
უნგრეთი	2001	11	-	-
ყირგიზეთი	1994 1996	75	69	86
ლატვია	2000	31	-	-
მოლდავეთი	1999	70	-	-
პოლონეთი	1997 1998 2001	46 18	-	78
რუმინეთი	1998	-	62	-
სლოვაკია	1999	60	-	-
ტაჯიკეთი	1999	-	66	-
თურქმენეთი	1998	50	-	-
ჩეხეთი	2001	5	-	-

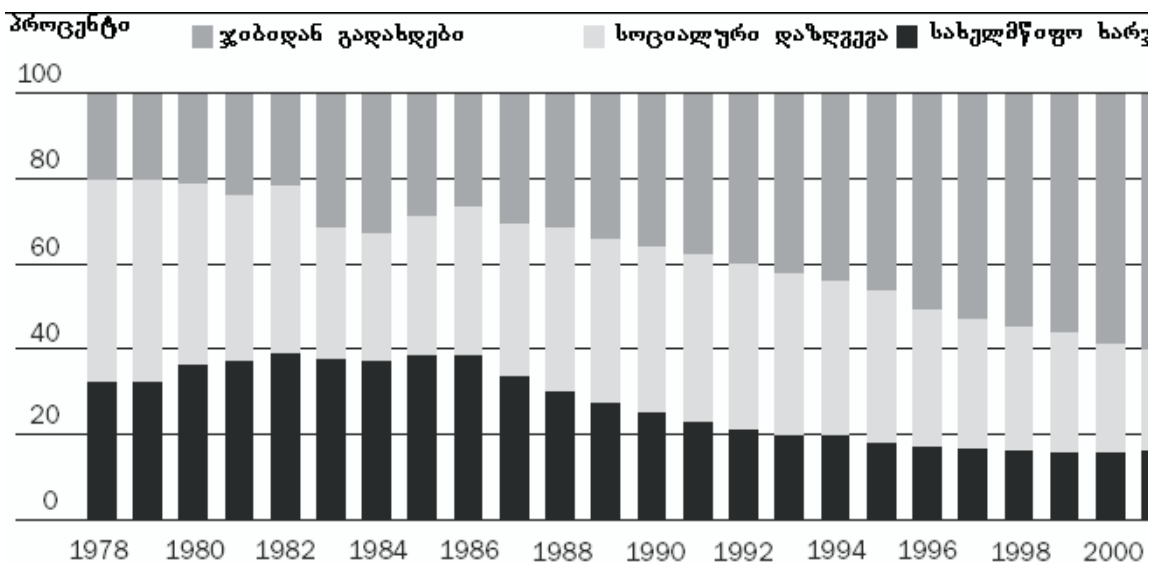
წყარო: Lewis, 2000, pp. 17-18; Thompson, Xavier, 2002; CEEHN, 2002; WHO, 2002a.

არალეგალური გადახდები ფართოდაა გავრცელებული აღმოსავლეთ ევროპასა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში. ჩატარებული კვლევების მიხედვით, კავკასიაში და ცენტრალური აზიის ქვეყნებში არალეგალური გადახდები შემთხვევების 50 %-ში, ხოლო ზოგიერთ ქვეყნებში 90 %-ში აღინიშნებოდა⁵. ცენტრალური ევროპის ქვეყნებში, სლოვაკიის გამოკლებით⁶, აღნიშნული წილი 20%-ს არ აღემატება. ყველაზე დაბალი მაჩვენებელი აღინიშნებოდა ჩეხეთში – 5 %, რადგან სხვა ქვეყნებთან შედარებით მაღალია ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დაფინანსება⁵.

ბულგარეთში ცალკეულ ქირურგიულ ოპერაციებზე არალეგალური ხარჯები მოსახლეობის საშუალო თვიური შემოსავლის 80%-ს აღემატება (Delcheva, 1997), ბანგლადეშში სტაციონარის ექიმების არალეგალური შემოსავლები გაცილებით ჭარბობს ოფიციალურ შემოსავლებს (Killingsworth et al. 1998), პოლონეთში პაციენტების 46% არაოფიციალურ გადასახადებს იხდიან სამედიცინო დახმარების იმ სახეებზე, რომლებიც მათთვის უფასოა (Chawla, 1998). ცენტრალურ აზიაში არალეგალური დანახარჯები ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების დაახლოებით 30 %-ს შეადგენს (Enzor and Savelyeva, 1998). თურქმენეთის ბევრ სოფელში პაციენტები ექიმებზე ძირითად არაფულადობრივი (ძღვენი) სახის ხარჯების გადახდა უხდებათ. ამავე დროს თუ ძღვენი მცირეა, ექიმებმა შეიძლება უარი განაცხადონ პაციენტების მკურნალობაზე (Ladbury, 1997).

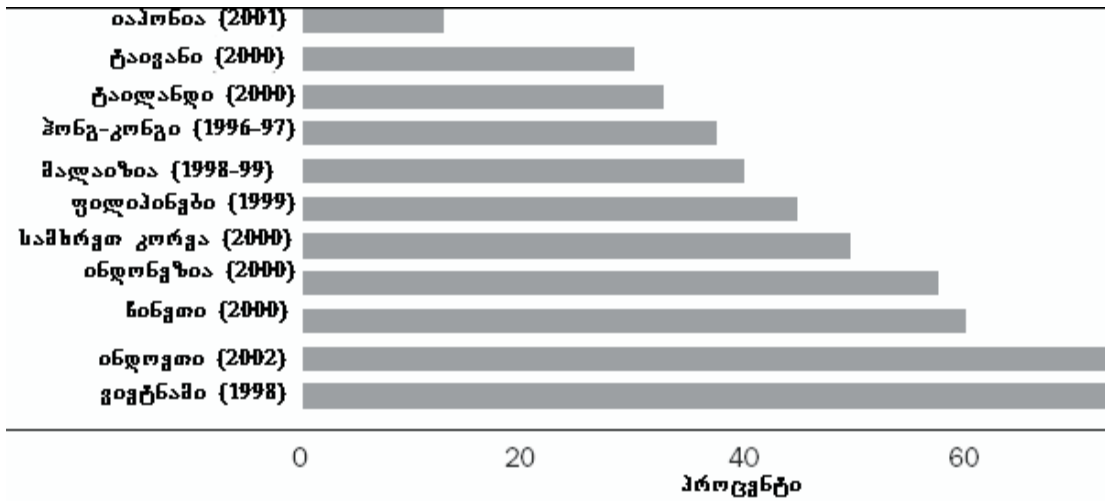
ჩინეთში 1996 წელს ცენტრალური დაგეგმარებიდან საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლამ გამოიწვია უპრეცედენტო ეკონომიკური ზრდა, მაგრამ იგივე სტრატეგიამ წარმოქმნა ჯანდაცვის სერვისების მიწოდების გაუარესება და არასასურველი შედეგები. სულ რაღაც ორი დეკადის განმავლობაში ჩინეთის ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფდა პრევენციულ და ყველასათვის ხელმისაწვდომ საბაზისო სამედიცინო მომსახურებას, გარდაიქმნა სისტემად, სადაც მოსახლეობა ვერ ღებულობს საბაზისო მომსახურებას, რამაც ჯანდაცვის გაზრდილი ხარჯების გამო დიდი ნაწილის გაღარიბება განაპირობა⁷. მოსახლეობის გაღარიბების და ჯანდაცვის სერვისებისადმი ხელმიუწვდომობის ერთ-ერთ უმთავრეს მიზეზს წარმოადგენს დაუზღვეველი მოსახლეობის დიდი რაოდენობა, რომელმაც თვითონ უნდა იტვირთოს ჯანდაცვის ხარჯების ღირებულება. ჯიბიდან გადახდა 1978 – 2002 წლებში 20%-დან თითქმის 60%-მდე გაიზარდა⁷. ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში ჯიბიდან გადახდის წილით ჩინეთი ერთერთ ყველაზე მაღალ ადგილზეა მუზობელ ქვეყნებთან შედარებით, განსაკუთრებით იმ ქვეყნებთან შედარებით, სადაც ჯანმრთელობის ნაციონალური სოციალური დაზღვევის სქემები ჩამოყალიბდა უნივერსალური მოცვით⁷. სოფლის მოსახლეობა მძიმე დარტყმის ქვეშ აღმოჩნდა, რადგან მისი უმეტესობა დაუზღვეველია.

ნახაზი 4: ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯები ჩინეთში, 1978-2002 წწ.



წყარო: Ministry of Health, *China Health Statistical Yearbook, 2006* (Beijing: MOH, 2006).

ნახაზი 5: ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში ჯიბიდან გადახდის წილი აზიის ქვეყნებში.



წყარო: E. van Doorslaer et al., “Paying Out-of-Pocket for Health Care in Asia: Catastrophic and Poverty Impact,” Equitap Working Paper no. 2, May 2005.

საზოგადოებამ უკმაყოფილება გამოხატა სამედიცინო სერვისების ხელმიუწვდომობის და მასთან დაკავშირებული კატასტროფული ხარჯების გამო. ხალხმა ათასობით ორგანიზებული საპროტესტო გამოსვლებით უპასუხა მთავრობის რეფორმებს. ჩინეთის ეხლანდელი ლიდერები უფრო დიდ პრიორიტეტს ანიჭებენ მოსახლეობის სოციალურ უზრუნველყოფას და ილწვიან თანასწორუფლებიანი საზოგადოების შესაქმნელად. 2006 წლის ოქტომბერში ჩინეთის მთავრობამ ხალხის კეთილდღეობაზე ორიენტირებული ახალი მთავარი პრინციპები გამოაცხადა, რომლის მიხედვით, ჯანდაცვა წარმოადგენს ქვეყნის უპირატეს სოციალურ პრიორიტეტს, კიდევ უფრო გაიზრდება სახელმწიფოს როლის ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებაში⁷. რეფორმის მთავარ მიზანს წარმოადგენს ჯანდაცვის საბაზისო პაკეტის ყველასთვის ხელმისაწვდომობა, რაც უზრუნველყოფს ხალხის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას და კეთილდღეობას⁷.

საქართველოში ჩატარებული კვლევებით მოსახლეობის დაახლოებით 30% სამედიცინო მომსახურება საერთოდ არ არის ხელმისაწვდომი მაღალი გადასახადების გამო^{11;12}. მოსახლეობის დანარჩენი ნაწილი მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებას^{12;13}. მსოფლიო ბანკის მიერ ჩატარებული სიღარიბის დონის შეფასების კვლევის მიხედვით, ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირების თითქმის 22% გადახდის უუნარობის გამო არ მიმართავდნენ ექიმს^{9;12}. ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევის დადგომისას მოსახლეობის ღარიბი ფენები იძულებულია ისესხოს ფული ან გაყიდოს ქონება სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დასაფარავად^{12;14}. მსოფლიო ბანკის 1999 წლის მოხსენების მიხედვით, საქართველოში ოჯახის წევრის ავადმყოფობა გაღატაკების ერთ-ერთ გამომწვევ მიზეზადაა მიჩნეული^{9;12}.

სამედიცინო დახმარების ყველა ხარჯის დასაფარავად არსებული არასაკმარისი შესაძლებლობების გათვალისწინებით (ამ მიზნით სახელმწიფო დაფინანსება უნდა გაიზარდოს მინიმუმ 4-ჯერ) დგება საკითხი მოსახლეობის მიერ სამედიცინო დახმარებაზე პერსონალური გადახდების ორგანიზაციის ფორმების, მისი უფრო რაციონალური სისტემის შემუშავების შესახებ. ასეთ რაციონალურ სისტემას წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურებაზე ოფიციალური თანაგადახდების შემოღება.

არალეგალური ხარჯების მიზეზები

მრავალი მკვლევარის მიერ ჩატარებული ანალიზი ცხადყოფს არალეგალური გადახდების მიზეზების მრავალფეროვნებას, რომელთა შორის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების სოციალურ-ეკონომიკურ და კულტურულ ფაქტორებს^{13;14;15}:

- < სამედიცინო პერსონალის დაბალი ხელფასი;
- < დისბალანსი სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო გარანტიებსა და მათი განხორციელებისათვის არსებულ რესურსებს, აგრეთვე სამედიცინო ეთიკასა და სამედიცინო პერსონალის რეალური ეკონომიკური ინტერესებს შორის, რომლებიც განპირობებულია ჯანდაცვაში არასაკმარისი სახელმწიფო დაფინანსებით და არსებული საშუალებების არაეფექტური გამოყენებით;
- < სამედიცინო ორგანიზაციების დაფინანსების შესახებ არასაკმარისი ინფორმაცია; პაციენტებმა არ იციან სამედიცინო მომსახურების კონკრეტული სახეების მისაღებად თავიანთი უფლებების შესახებ;
- < კერძო სექტორში სამედიცინო მომსახურების მიწოდების უკმარისობა, რაც ამცირებს შედარებით მაღალშემოსავლიან პირთა არჩევანს სახელმწიფო სექტორის გარეთ. მომსახურების მისაღებად;
- < გავრცელებული აზრი იმის შესახებ, რომ ხარისხიანი მკურნალობისათვის პაციენტებმა უნდა გადაიხადონ გარკვეული თანხა; ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება არ აღიქმება როგორც თითოეული მოქალაქის უფლება, რომელიც იხდის გადასახადებს, საიდანაც ფინანსდება ჯანდაცვა. ცენტრალურ და ადმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, არალეგალური გადახდები წარმოადგენენ სამედიცინო მომსახურების მისაღებად სოციალიზმის პერიოდში შექმნილი ტრადიციის შემადგენელ ნაწილს.

არალეგალური გადახდების მიზეზთა შორის აღინიშნება თვით პაციენტის ინიციატივა, რომლის მოტივაციებს წარმოადგენენ⁵:

- < სასურველი სამედიცინო მომსახურების მიღების გარანტია, ან სასურველ სამედიცინო დაწესებულებაში მკურნალობა;
- < ხარისხიანი მომსახურების მიღება; არალეგალური გადახდები, უფასო მომსახურებასთან შედარებით, განიხილება როგორც სპეციალური ან უბრალოდ უკეთესი ხარისხის მკურნალობის ჩატარების გარანტია;
- < მომავალში შესაძლო მკურნალობის წინასწარი გადახდა; მომავალში სამედიცინო პერსონალთან ურთიერთობის ინვესტირების სურვილი, მათი პერსონალიზაცია და ნდობის მოპოვება, მომავალში სამედიცინო პერსონალთან მიმართვისას მათგან ყურადღების გარანტირება; დამატებითი მომსახურებების მიღების სურვილი;
- < საჭირო მომსახურების მისაღებად რიგში დგომის თავიდან აცილების სურვილი; მოცდის დროის შემცირება;
- < სამედიცინო პერსონალისადმი მაღლიერების გამოხატვა.

მაგალითად, ყაზახეთში სოციოლოგიური გამოკითხვისას რესპოდენტებმა არალეგალური გადახდების შემდეგი მიზეზები დაასახელეს¹⁵:

- < უფრო ხარისხიანი მკურნალობის მოლოდინი – 47 %;
- < სამედიცინო გასინჯვისას კარგი მონაცემების მიღება სამსახურში წარსადგენად – 30 %;
- < ავადმყოფობის ფურცლის მიღება სამედიცინო ჩვენების გარეშე – 12 %.

ალბანეთში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, არალეგალური გადახდების მიზეზად რესპოდენტები მიუთითებენ იმ გარემოებას, რომ ისინი აუცილებელია სათანადო მკურნალობის მისაღებად, ხოლო ზოგ შემთხვევაში მათ გარეშე საერთოდ შეუძლებელია მკურნალობის ჩატარება⁵. არალეგალური გადახდების მიზეზების განხილვისას შეინიშნება ჯანდაცვის სისტემის სუბიექტების მხრიდან სერიოზული დაინტერესების არარსებობა არალეგალური გადახდების შეწერების თვალსაზრისით, რადგან ამ სუბიექტთა უმეტესობას აქვთ ასეთი პრაქტიკის არსებობისას გარკვეული სარგებელი გააჩნიათ¹⁶. გადახდისუნარიანი პაციენტები არალეგალური გადახდებს უპირატესობას ანიჭებენ, მკურნალობის უფრო სწრაფად და უკეთესი ხარისხით მიღების თვალსაზრისით. ზარალდებიან მხოლოდ მოსახლეობის ღარიბი ფენები, რომელთაც არ აქვთ მკურნალობისათვის საჭირო სახსრები.

არათორმალური გადახდების ეკონომიკური შინაარსი

არალეგალური გადახდების მრავალი მიზეზების არსებობა გვიხსნის არალეგალური გადახდების ეკონომიკური შინაარსის მრავალგვაროვან ხასიათს. კორნაის (Kornai, 2000) მიერ ჩატარებული კვლევების მიხედვით, არალეგალური გადახდების სამი ძირითადი ეკონომიკური ნიშანი შეინიშნება¹⁶:

- < ხელფასის დამატებითი ნაწილი;
- < რენტა;
- < გამოძალვა.

არალეგალური გადახდები შეიძლება განხილულ იქნეს, როგორც **ხელფასის დამატებითი ნაწილი**. პაციენტები თვლიან რომ არალეგალური გადახდები გარკვეულ ტრადიციას წარმოადგენს და მას განიხილავენ, როგორც გაწეული მომსახურების ანაზღაურების აუცილებელ ელემენტს. მომსახურების ზოგიერთ სფეროში (მაგ., მიმტანები, ტაქსისტები) დამქირავებლები თვლიან, რომ დაქირავებულები თავიანთი კლიენტებისაგან ძირითადი ხელფასის დამატებით რეგულარულად მიიღებენ არალეგალურ გადახდებს. ამ თვალსაზრისით, სახელმწიფო, რომელიც სამედიცინო პერსონალზე ადგენს დაბალ ხელფასს, წარმოადგენს ასეთი სახის დამქირავებელს, რომელიც თვლის, რომ პაციენტები გაწეული მომსახურებისათვის მაინც დააჯილდოვებენ ექიმებს გარკვეული ძღვენის სახით (თანხა ან პროდუქტები). ასეთ შემთხვევაში არალეგალური გადახდები წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალის იმ კომპენსაციას, რომელსაც სახელმწიფო ვერ იხდის⁵.

არალეგალური გადახდები შესაძლოა წარმოადგენდეს **რენტას**, თუ მას განვიხილავთ როგორც სამედიცინო პერსონალის ქცევით განპირობებულს, რომლებიც თავიანთ შესაძლებლობებს იყენებენ შეზღუდული პირობების სამართავად (პაციენტის გაგზავნა სადიაგნოსტიკოდ, საავადმყოფოში ჰოსპიტალიზაცია, სადაც მკურნალობას ატარებენ უნიკალური ტექნოლოგიებით, საუკეთესო პალატაში მოთავსება და ა. შ.) და მიაწვდიან მათ კონკრეტულ მომხმარებლებს, იმ პირობით, რომ ამისათვის ისინი გადაიხდიან გარკვეულ თანხას.

არალეგალური გადახდები შეიძლება განიხილებოდეს როგორც **ძღვენი**, რომელსაც პაციენტები სამედიცინო პერსონალს აძლევენ ისეთი საჭირო და დეფიციტური მომსახურების მისაღებად, როგორცაა: ექიმის კეთილგანწყობის მოპოვება, ხანგრძლივი მოლოდინის გარეშე დიაგნოსტიკური გამოკვლევების ჩატარება ან ჰოსპიტალიზაცია, გადატვირთულ პალატებში საუკეთესო ადგილის დაკავება, სასურველ სამედიცინო დაწესებულებაში მოთავსება და ა. შ.

ტ. ენზორის (Ensor, 2004) მიერ ჩატარებული კვლევები არალეგალური გადახდების განსხვავებულ ტიპოლოგიას წარმოგვიდგენს¹⁷:

1. არალეგალური გადახდები, როგორც მკურნალობის ღირებულების დამატება; იგი წარმოადგენს სახელმწიფოს მიერ გარამპტირებული სამედიცინო მომსახურების არასაკმარისი დაფინანსებით განპირობებულ გადახდას;

2. არალეგალური გადახდები, როგორც სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის მიერ თავისი ძალაუფლების და პაციენტთან მიმართებით ბაზარზე განსაკუთრებული მდგომარეობის გამოყენების შედეგი; იგი წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის მონოპოლური მდგომარეობით და მას და პაციენტს შორის ასიმეტრიული ინფორმაციით განპირობებულ გადახდას;

3. არალეგალური გადახდები, როგორც დამატებითი მომსახურების ანაზღაურება; იგი წარმოადგენს სამედიცინო და სხვა მომსახურებების (საავადმყოფოში ყოფნისას კომფორტული პირობების შექმნა) სახელმწიფოს მიერ გარანტირებულთან შედარებით უფრო მაღალი ხარისხით გაწვევას გადახდას.

კლიამკინი და ტიმოფევეი თვლიან რომ ასეთი გადახდები არ წარმოადგენენ არალეგალური, არაკანონიერი გადახდების ან კორუფციის ფორმას. მათი აზრით იგი წარმოადგენს ღარიბ მდიდრებს და ღარიბ მოსახლეობას შორის სპეციფიკური კოოპერაციის ფორმას, რომ შენარჩუნებულ იქნეს მკურნალობის თუნდაც მცირე შესაძლებლობა. ისინი არალეგალურ გადახდებს განიხილავენ როგორც ღარიბ ქვეყნებში სახელმწიფოს მაგვირად პაციენტების მიერ სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურების აუცილებელ ფორმას.

ცხადია, არალეგალური გადახდების წარმოდგენილი ტიპოლოგიები უფრო თეორიულ აბსტრაქციებს წარმოადგენენ. რეალურ პრაქტიკაში ძნელია არალეგალური გადახდების კომპონენტების ცალ-ცალკე გამოყოფა. ამ კომპონენტების თანაფარდობაზე მსჯელობა შესაძლებელია, თუ პაციენტებს დავუსვამთ კითხვებს იმ მოტივაციებზე, რომლებმაც განაპირობეს არალეგალური გადახდები: განიხილავენ თუ არა ისინი არალეგალურ გადახდებს როგორც მადლობის, საჩუქრის (ასეთ შემთხვევაში არალეგალური გადახდები განიხილება როგორც ექიმის შრომის ანაზღაურების დამატებითი ფორმა), ან როგორც მაღალი ხარისხის მომსახურების მიღების საშუალება (გამოძალა).

წარმოდგენილი ტიპოლოგიებით აქცენტი კეთდება არალეგალური გადახდების სხვადასხვა მიზეზების არსებობაზე. არალეგალური გადახდების ეკონომიკური შინაარსის დასახასიათებლად ამა თუ იმ ეკონომიკური კატეგორიის განხილვა წარმოგვიდგენს არალეგალური გადახდების არსებობის სხვადასხვა მიზეზებს. არალეგალური გადახდების მიზეზების მრავალფეროვნების გათვალისწინება განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს არალეგალური გადახდების მიმართ პოლიტიკის შემუშავებისას. ერთი მიზეზის აღმოფხვრამ, მაგალითად, ჯანდაცვის დარგის სახელმწიფო დაფინანსების დეფიციტის, შესაძლოა არ გამოიწვიოს არალეგალური გადახდების ადექვატური შემცირება, რადგან არ ეხება ამ მოვლენის სხვა მიზეზებს და მხარეებს⁵.

არალეგალური გადახდების წილი სამედიცინო პერსონალის შემოსავლებში

მნიშვნელოვანია სამედიცინო პერსონალის რომელ კატეგორიებს აქვთ არალეგალური გადახდების მიღების ყველაზე მეტი შესაძლებლობა, და არალეგალური გადახდების რა რაოდენობა ემატება მათ შემოსავლებს?

კვლევების მიხედვით (Shahriari, 2001), პოლონეთში, ექიმები, რომელთაც უხდიან არაფორმალურად, სამი კატეგორიისგან შედგება:

- < ვინც ახდენს პაციენტთა პოსპიტალიზაციას (ვინც ანაწილებს საავადმყოფოს საწოლებს);
- < ვინც პასუხისმგებელია ქირურგიული ოპერაციების ჩატარებაზე;
- < ვისაც ხელი მიუწვდება ძვირადღირებულ დიაგნოსტიკურ მოწყობილობებზე.

როგორც პაციენტების, ასევე სამედიცინო პერსონალის გამოკითხვები გვიჩვენებენ, სხვადასხვა სპეციალობების ექიმების პაციენტებისგან შემოსავლები განსხვავებულია: გინეკოლოგებს, მთავარ ქირურგებს, ლარინგოლოგებს, ნევროპათოლოგებს და ორთოპედებს უხდიან უფრო ხშირად, ვიდრე პედიატრებს და ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს. მაგალითად, უნგრეთში, თვით ექიმების

შეფასებით, არალეგალურ გადახდებს ღებულობენ 94 % გინეკოლოგები, 90 % ქირურგები, 79 % ფთიზიატრები (Kornai, 2000)¹⁶.

ცხადია, ექიმების შემოსავლებში არალეგალური გადახდების წილი განსხვავებულია და დამოკიდებულია მათ სპეციალობებზე. ასე მაგალითად, ესტონეთში არალეგალური გადახდები შეადგენდა ექიმების ოფიციალურ ხელფასზე 18,5 %-იან დამატებას (Barr, 1996); პოლონეთში ექიმების ხელფასის 100 %-იან დამატებას (Chawla, et al, 1998); უნგრეთში – 160 %-ს (Kornai, 2000); ალბანეთში – 500 %-ს (Healy, McKee, 1998).

სამედიცინო მომსახურების ჩრდილოვან ბაზარზე “თამაშის წესების” არსებობა

არალეგალური გადახდების ორი სახე არსებობს: ერთნი იხდიან ნებაყოფლობით, როგორც მადლიერების გამოხატულება, სხვები – სამედიცინო პერსონალისგან იძულებით. პოლონეთში არალეგალური გადახდების დაახლოებით 1/7 ექიმების მხრიდან იძულებით ხასიათს ატარებდა¹⁵. პაციენტების ნახევარზე მეტმა წინდაწინ იცოდა თანხის ზომა, რომელიც ექიმისთვის უნდა გადაეხადა. ქირურგიული ოპერაციების არაფორმალური გადახდა ხორციელდება ორგვარი გზით. პაციენტი იხდის ექიმთან ვიზიტის დროს ოპერაციამდე ან ოპერაციის ჩატარების შემდეგ. ან ჰოსპიტალიზაციისას ჩასატარებელი ოპერაციის თანხას პაციენტი იხდის სამედიცინო პერსონალის მხრიდან არაერთი გაფრთხილების შემდეგ.

ნებაყოფლობითი გადახდა ჩვეულებრივ ექიმთან ვიზიტის შემდეგ, სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ ან მკურნალობის დასრულების შემდეგ ხორციელდება. უნგრეთში, პოლონეთში, რუმინეთში, ჩეხეთში ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ არალეგალური გადახდები, როგორც მადლიერების გამოხატულება, იმ ქვეყნებშია უპირატესად გავრცელებული, სადაც ისინი ნაკლებადაა გავრცელებული, და ძირითადად წარმოადგენს არა თანხას, არამედ საჩუქარს (CEEHN, 2002)¹⁸. ამასთან, იმ ქვეყნებში, სადაც არალეგალური გადახდები უფრო მეტადაა გავრცელებული, იგი წარმოადგენს საუკეთესო მკურნალობის მიღების საშუალებას ან სამედიცინო პერსონალის მხრიდან იძულებით გადახდას.

კორნაის (Kornai, 2000) მიერ ჩატარებული კვლევების მიხედვით, პაციენტების მესამედმა წინასწარ იცოდა, თუ რამდენი უნდა გადაეხადა ექიმისთვის¹⁶. ამავე დროს, ი. კორნაი აღნიშნავს, რომ სამედიცინო მომსახურების ჩრდილოვან ბაზარზე საერთოდ არ არსებობს გამჭვირვალება, რის გამოც არ მოქმედებს წონასწორობის მექანიზმი. ასეთ ბაზარზე ფასებმა შეიძლება მხოლოდ მოიმატონ. ამასთან, პაციენტებს არ შეუძლიათ ადექვატურად შეაფასონ მათ მკურნალობაში სხვადასხვა პერსონალის წვლილი. ამიტომ არალეგალური გადახდების ზომის განსაზღვრის მთავარ ფაქტორს წარმოადგენს არამარტო სპეციალობა, თანამდებობა და რეპუტაცია, არამედ “საკუთარ თავში დარწმუნებულობა” იმ შემთხვევაში, როდესაც არალეგალური გადახდების ზომას თვით ექიმი ადგენს, იგი სხვადასხვა შემოსავლის პირთათვის სხვადასხვას წარმოადგენს, ანუ ექიმებმა შესაძლოა ფასისმიერი დისკრიმინაცია გაატარონ, ანუ, უფრო შეძლებულ პირებს მომსახურებაზე შედარებით მეტი გადაახდევინონ. ასეთი პრაქტიკის არსებობა აღინიშნებოდა ბულგარეთში (Balabanova, 1999), ყაზახეთში (Ensor, Savelieva, 1998), პოლონეთში (CEEHN, 2002) ჩატარებულ კვლევებში.

არალეგალური გადახდები შესაძლოა განხორციელდეს გარეგნულად სრულიად ლეგალური ფორმებით. მაგალითად, პოლონეთში საავადმყოფოებში იქმნება არასახელმწიფო ფონდები, რომლებიც იყენებენ შესაბამისი საავადმყოფოს მოწყობილობებს და ფართს ფასიანი სამედიცინო მომსახურების გასაწევად (Shahriari et al., 2001). პაციენტები მკურნალობას ღებულობენ აღნიშნულ ფონდში თანხების გადარიცხვით. ასევე, სშირად საავადმყოფოებში შექმნილია საქველმოქმედო ფონდები. პოლონეთში არსებობს აგრეთვე არალეგალური გადახდების საინტერესო ფორმა “აგურზე გადახდა” (brick payments) – აგურის ყიდვა, რომელიც სიმბოლურად საავადმყოფოს სასარგებლოდ ნებაყოფლობით შემოწირულობებს გამოხატავს¹⁵.

სამედიცინო მომსახურების ჩრდილოვანი ბაზრის წესების არსებობისას ისმება საკითხი პროფესიონალთა საზოგადოების ნორმების შესახებ, რომლებიც არეგულირებენ არალეგალური გადახდების პრაქტიკას და საკითხი მისი შემდგომი განაწილების წესების არსებობის შესახებ.

ცალკეულ კვლევებში აღნიშნულია, რომ ექიმთა წრეში უარყოფითად არ არიან განწყობილი არალეგალური გადახდების პრაქტიკაზე და ისინი, ვინც მათ ღებულობენ არც ფარავენ მას (Shahriari et al., 2001)¹⁵. აქვე აღსანიშნავია, რომ ექიმების მიერ ხორციელდება არალეგალური გადახდების თანამდებობრივად მაღლამდგომი ხელმძღვანელების სასარგებლოდ გადანაწილება.

არაფორმალური გადახდების სოციალურ-ეკონომიკური შედეგები

არალეგალური გადახდები გამოსახავენ ჯანდაცვის სისტემაში სერიოზული დისბალანსის არსებობას (Shahriari et al., 2001)¹⁵: სახელმწიფო გარანტიებსა და მათ ფინანსურ უზრუნველყოფას შორის, სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა სახეებზე გაწეულ ხარჯებზე საზოგადოებრივი საშუალებების განაწილებასა და ამ მომსახურებებზე მოთხოვნას შორის და ა. შ. არალეგალური გადახდები არ წარმოადგენს ამ დისბალანსის მიზეზს, მაგრამ ხელს უწყობს მის განვითარებას.

არალეგალური გადახდები აუფასურებენ სახელმწიფოს ძალისხმევას მოახდინოს სამედიცინო მომსახურების მიწოდების მართვის სრულყოფა. ეკონომიკური თვალსაზრისით, არალეგალური გადახდების არსებობა ნიშნავს, რომ ეს ფინანსური ნაკადები არ იქნება გათვალისწინებული ჯანდაცვის დაფინანსების სახელმწიფო პოლიტიკის პრიორიტეტების განსაზღვრისას. არალეგალური გადახდები ეწინააღმდეგება ჯანდაცვაში ფინანსური საშუალებების რეალურ განაწილებას. შესაბამისად, საზოგადოებრივი სახსრები არ მიიმართება იქ, სადაც მათი გამოყენების ზღვრული ეფექტურობა მაღალია. ჯანდაცვის სისტემა არ ღებულობს ეფექტურ დაფინანსებას. კლასიკური ბაზრის შემთხვევაში მომხმარებელთა გადამხდელუნარიანი მოთხოვნის სტრუქტურამ უნდა განსაზღვროს რესურსების გადანაწილების მიმართულებები საქმიანობის სახეებსა და მწარმოებლებს შორის. ჩრდილოვანი ბაზარზე ფარული გარიგებების შემთხვევაში რესურსების ასეთი ეფექტური გადანაწილება არ ხორციელდება.

აქვე აღსანიშნავია, რომ არალეგალური გადახდებით შესაძლებელი გახდა

< სამედიცინო პერსონალის შენარჩუნება ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემაში;

< სახელმწიფო დაფინანსების შემცირების პირობებში ჯანდაცვის სისტემის ნგრევის თავიდან აცილება;

< სამედიცინო პერსონალის შემოსავლების სხვა სფეროში მომუშავეთა შემოსავლებთან გათანაბრების უზრუნველყოფა;

< რეალური შემოსავლების დიფერენციაციის უზრუნველყოფა კვალიფიკაციისა და მომსახურებაზე მოთხოვნის შესაბამისად.

არალეგალური გადახდები ეწინააღმდეგებიან არამართო ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემის, არამედ კერძო სისტემის, როგორც სახელმწიფო სისტემის კონკურენტული ალტერნატივის განვითარებას¹⁵. არალეგალური გადახდების არსებობისას სამედიცინო პერსონალი დაინტერესებულია სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებების ფართი და მოწყობილობები გამოიყენოს საკუთარი ინტერესების დასაკმაყოფილებლად, ვიდრე ძალისხმევა მიმართოს ლეგალური კერძო სამედიცინო პრაქტიკების გახსნაზე და განვითარებაზე.

რადგან არაფორმალური გადახდების ძირითადი ნაწილი უშუალოდ სამედიცინო პერსონალთან ხვდება, იგი არ უზრუნველყოფს სამედიცინო ორგანიზაციების მიზნების რეალიზაციას, ანუ უარყოფითად მოქმედებს სამედიცინო დაწესებულების ეფექტურ საქმიანობაზე. გარდა ამისა, არაფორმალური გადახდის ზომასა და ხარისხის რეალურ გაუმჯობესებას შორის კავშირი დამახინჯებულია, რადგან გამჭვირვალე არ არის ექიმსა და პაციენტს შორის გარიგება არალეგა-

რულ გადახდასთან დაკავშირებით. ამასთან, ხარისხის მოსალოდნელი ამაღლება ხარჯის ერთეულთან მიმართებაში არ ექვემდებარება გარეგან კონტროლს, იმავე გაუმჭვირვალე გარიგების გამო.

არაფორმალური გადახდები ასუსტებს სამედიცინო ორგანიზაციის რეალური შედეგების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდების გამოყენებას, ანუ ხდება სადაზღვევო ორგანიზაციების, როგორც სამედიცინო დახმარების კოლექტიური მყიდველის, მოტივაციის დევალაცია. გარდა ამისა, არაფორმალურ გადახდებზე მნიშვნელოვნად ზემოქმედებს “მიწოდებით პროვოცირებული მოთხოვნის” ეფექტი (შეიძანი, 1998), რაც ჯანდაცვის ხარჯების ზრდას განაპირობებს.

არალეგალური გადახდები ეწინააღმდეგება ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის განვითარებას, რადგან პაციენტების თვალსაზრისით პირადად ექიმის ანაზღაურება უფრო საიმედოა, ვიდრე რომელიმე მესამე პირის (Murthy, Mossialos, 2003).

აქვე აღსანიშნავია, რომ არალეგალური გადახდები წარმოადგენენ მექანიზმს, რომლებიც უზრუნველყოფენ სამედიცინო მომსახურების მომხმარებლების შესაძლებლობას, გავლენა მოახდინონ მათ მიმწოდებლებზე და უზრუნველყონ მათი შეკვეთების გათვალისწინება (Lewis, 2001). მნიშვნელოვანია თუ რა გავლენას ახდენს არალეგალური გადახდები მკურნალობის ხარისხზე. კვლევები ადასტურებენ, რომ არალეგალური გადახდების ზომის ზრდასთან ერთად იზრდება მკურნალობის ხარისხი (Ensor, Killingsworth, 1999; Kornai, 2000; Thompson, Xavier, 2002).

პაციენტის მიერ გაწეული არალეგალური ხარჯები განსაკუთრებით არახელსაყრელია მოსახლეობის უღარიბესი ფენებისათვის. უსახსრობის გამო ღარიბი ფენები სამედიცინო დახმარებას ღებულობენ არა დროულად, არამედ დაგვიანებით, დაავადების უფრო დამძიმების შემთხვევაში, რაც თავის მხრივ, მკურნალობის შემდგომი ეტაპების ხარჯების გაზრდას განაპირობებს (Ensor, 1995). ბანგლადეში (Kawaine et al., 1996), ვიეტნამში (Ensor et al., 1995) და ნიგერიაში (Vogel, 1994) ჩატარებული კვლევებით აღმოჩნდა, რომ მკურნალობაზე გაწეული ხარჯების დასაფარავად მოსახლეობა იძულებული გახდა გაეყვირა საკუთარი ქონების ნაწილი, ან სესხი აეღო. უარეს შემთხვევაში ისინი საერთოდ არ მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებას და თვითმკურნალობას ეწევიან. იგივე გამოვლინდა აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტრალური აზიის რიგ ქვეყნებშიც.

მიუხედავად აღნიშნულისა, არალეგალური გადახდების ხელმისაწვდომობაზე გავლენის ანალიზმა აჩვენა, რომ აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში არალეგალური გადახდები არ წარმოადგენენ სამედიცინო მომსახურების მიღების იმპერატიულ პირობას, როდესაც ხდება პაციენტის გადაუდებელი დახმარების პირობებში ჰოსპიტალიზაცია⁵. პაციენტის გადამხდელუუნარობა არ ართმევს მას სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობას გადაუდებელი და მძიმე დაავადებების შემთხვევებში. სხვა სიტყვებით, სამედიცინო მომსახურების უფასოდ გაწევის გარკვეული მინიმალური სტანდარტი შენარჩუნებულია. მეორე მხრივ, მინიმალური სტანდარტის მოცულობა განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყნებში.

პაციენტმა არალეგალური ხარჯები შესაძლოა გაიღოს როგორც გაწეული ჯანდაცვის მომსახურების მთლიან მოცულობაზე, ასევე ნაწილობრივ. უკანასკნელ შემთხვევაში პაციენტი საკუთარ სახსრებს ამატებს სახელმწიფოს მიერ სამედიცინო დახმარებაზე გამოყოფილ სახსრებს. გარკვეული მნიშვნელობით ეს თანაგადახდაც არის, რადგანაც ლაპარაკია მოსახლეობის თანამონაწილეობაზე ხარჯების დაფარვაში, მაგრამ ფორმალური თანაგადახდებისგან განსხვავებით, არაფორმალური გადახდებისას ყოველი იხდის საკუთარი თავისთვის და შემოსული სახსრები არ ერთიანდება რისკების საერთო ფონდში, შესაბამისად, მნიშვნელოვნად მცირდება საზოგადოებრივი სოლიდარობა და სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა.

გარდა ამისა, საყურადღებოა ავადმყოფის გაურკვევლობა გადასახადის რაოდენობასთან მიმართებაში. იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც საზოგადოებისათვის ცნობილია, რომ კონკრეტულ

სამედიცინო ორგანიზაციაში გადახდის არაფორმალური წესები არსებობს, პაციენტს არ შეუძლია მკურნალობის საფასურის გადახდასთან დაკავშირებით რაციონალურად შეაფასოს თავისი შესაძლებლობები. პაციენტის გაურკვევლობა განაპირობებს თვითშეზღუდვის სხვადასხვა ფორმებს – ექიმთან ვიზიტის გადადებას, უარს ჰოსპიტალიზაციაზე, აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების მოცულობის შემცირებას. გადადებული მოთხოვნების მასშტაბები განსაკუთრებით დიდია შედარებით მცირეშემოსავლიანი პირებისათვის.

12.3. ჯიბიდან გადახდილი ლეგალური თანხები (Legal out of pocket payments)

მსოფლიო პრაქტიკაში ფართოდ არის გავრცელებული სამედიცინო დახმარებაზე ჯიბიდან ანუ პირდაპირი გადახდის ლეგალური ფორმები. **ჯიბიდან გადახდის ლეგალურ ფორმას წარმოადგენს ფასიანი მომსახურება და ოფიციალურად დადგენილი თანაგადახდები.**

ფასიანი მომსახურება

ფასიანი მომსახურება ზრდის მომსახურების იმ სახეების გაწევის შესაძლებლობებს, რომელთა გაწევაც სახელმწიფოს არ შეუძლია. ამ თვალსაზრისით, ფასიანმა მომსახურებამ შესაძლებელია გაზარდოს სამედიცინო დახმარების ხარისხი. არაფორმალური გადახდებისგან განსხვავებით, ფასიანი მომსახურებისას მოქმედებს ხარისხზე გარეშე კონტროლის გარკვეული ფორმა (გადახდის დამადასტურებელი ქვითარი ითვალისწინებს პაციენტის გარკვეულ უფლებებს).

ფასიანი მომსახურება წარმოადგენს სახსრების დამატებით მოზიდვის წყაროს დაწესებულების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის გასაძლიერებლად. ფასიანი მომსახურება აირიცხება დაწესებულების ბიუჯეტში და შეიძლება გადანაწილდეს დაწესებულების სხვა ამოცანებზე და მიზნებზე (მაგ., პერსონალის საქმიანობის სტიმულირებაზე).

აქვე აღსანიშნავია, რომ პრაქტიკულად, ფასიანი მომსახურების გავლენა სამედიცინო დაწესებულების ეფექტურ საქმიანობაზე განისაზღვრება ტარიფების დონით და მიღებული შემოსავლების განაწილების წესით. როდესაც სამედიცინო მომსახურებაზე დაბალი ტარიფია დადგენილი, ან სამედიცინო პერსონალი ადეკვატურ გასამრჯელოს არ ღებულობს (საქართველოს ზოგიერთ სამედიცინო დაწესებულებებში შრომის ანაზღაურების ფონდი იგეგმება ფასიანი მომსახურების საფასურის 20-25 %-ის ოდენობით), მაშინ ფასიანი მომსახურების გაწევის მოტივაცია მცირდება. შესაბამისად, ვერ ხორციელდება ინვესტირებული რესურსებიდან რეალური უკუგების გაზრდა¹⁹.

ფასიანი მომსახურება ნეგატიურ გავლენას ახდენს სამედიცინო დაწესებულების სტრუქტურულ ეფექტიანობაზე. პრობლემა იმაში მდგომარეობს, რომ ფასიანი მომსახურება არ ექვემდებარება სადაზღვევო ორგანიზაციის ან ჯანდაცვის მმართველობითი ორგანოს კონტროლს, რომელსაც შეუძლია გავლენა მოახდინოს სამედიცინო მომსახურების მიწოდების მოცულობაზე და დაწესებულების სტრუქტურულ ოპტიმიზაციაზე¹⁹. ფასიანი მომსახურებისას სტაციონარული დახმარების ხარისხი, მისი ხანგრძლივობა, ექიმთან ვიზიტების რაოდენობა და სტრუქტურული ეფექტურობის მრავალი სხვა უმნიშვნელოვანესი მაჩვენებლები უპირატესად თვით სამედიცინო ორგანიზაციების გადაწყვეტილებებით განისაზღვრება.

ფასიანი მომსახურების მოცულობის ხელოვნურად გაფართოების ფორმები მრავალფეროვანია. ყველაზე გავრცელებული და სამედიცინო ორგანიზაციების ქსელის ყველაზე უფრო დესტრუქციული ფორმაა პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის საფუძვლიანობაზე მოთხოვნის შესუსტება. სამედიცინო დაწესებულება დაინტერესებულია რუტინული დიაგნოსტიკური

გამოკვლევების და პროცედურების ჩასატარებლად ყოველგვარი დასაბუთების გარეშე მოახდინოს პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია. აღნიშნული ხელს უწყობს დარგის ფუნქციონირების ხარჯვით მექანიზმებს, ზღუდავს დაწესებულების სტრუქტურულ ოპტიმიზაციას, ზედმეტი სიმძლავრეების, დაბალკვალიფიციური ექიმების სისტემიდან ამორთვას, რაც თავის მხრივ, სამედიცინო ორგანიზაციების არარაციონალური სტრუქტურების დაკონსერვებას განაპირობებს. აქვე აღსანიშნავია, რომ ზედმეტი სიმძლავრეების შესანახად საჭირო დამატებითი ხარჯები ჯანდაცვაში ცუდად ინფორმირებულ პაციენტს აწვება.

ფასიანი მომსახურებისას ავადმყოფი იძულებულია სამედიცინო დახმარების ღირებულება დაფაროს საბაზრო ფასის მიხედვით, ან რეგულირებადი ფასის მიხედვით. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში შეიძლება გათვალისწინებულ იქნას სოლიდარობის ელემენტი “ფასიანი” ავადმყოფების “უფასო” ავადმყოფებით ჯვარედინი სუბსიდირების ხარჯზე. რადგანაც ზოგჯერ დაწესებულების მიერ ფასიანი მომსახურებისათვის (“ფასიანი” პაციენტები) დადგენილი ტარიფები არ არის საკმარისი გაწეული მომსახურების სრული ხარჯების დასაფარად, ამიტომ დაწესებულებისათვის უფრო ხელსაყრელს სახელმწიფო სახსრების მოზიდვა (“უფასო” პაციენტების მომსახურებისათვის) წარმოადგენს. შესაძლებელია, აგრეთვე, დაწესებულების მიერ ფასიანი მომსახურებისათვის დადგენილი ტარიფების ხელოვნურად შემცირება უშუალოდ ექიმებისათვის არაფორმალური გადახდების გაზრდის მიზნით, რაც საკმაოდ ხშირია საქართველოს სიტუაციაში.

ამგვარად, **ფასიანი მომსახურებისას პაციენტის გადახდისუნარიანობა განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის ზომას.** შესაბამისად მცირეა საზოგადოებრივი სოლიდარობის პრინციპი. რაც უფრო რთულია ავადმყოფობა, მით მაღალია მისი მკურნალობის ხარჯები. პრაქტიკულად არ არსებობს სოლიდარული პასუხისმგებლობა იმ პაციენტების მხარდასაჭერად, რომლებსაც მეტად ესაჭიროებათ სამედიცინო დახმარება.

თანაგადახდა

ლეგალური გადახდის მეორე ფორმას წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურებაზე თანაგადახდის დაწესება. **თანაგადახდა წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების ღირებულების გარკვეული ნაწილის პაციენტის მიერ გადახდას, რომელსაც აწესებს სახელმწიფო, ან სამედიცინო დაწესებულება.** სამედიცინო მომსახურებაზე ძირითად ხარჯებს ფარავს სახელმწიფო, ხოლო დანარჩენ ნაწილს პაციენტები იხდიან. ანუ, სხვა სიტყვებით, თანაგადახდები წარმოადგენს სამედიცინო დახმარების ხარჯების დაფარვაში სახელმწიფოსა და მოსახლეობის თანამონაწილეობის ფორმას.

აქვე აღსანიშნავია, რომ თანაგადახდებს ადგილი აქვს სამედიცინო მომსახურების მოხმარების მომენტში, რითაც იგი განსხვავდება მოსახლეობის თანამონაწილეობის სხვა ფორმებისგან, კერძოდ, საუალღებულო ან ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდებში თვით დაზღვეულების მიერ სადაზღვევო შენატანებისგან

ჯიბიდან გადახდა შეიძლება დაწესდეს როგორც სახელმწიფოს, ასევე თვითმართველობის ადგილობრივი ორგანოების, ან სამედიცინო დაწესებულების მიერ.

თანაგადახდის დაწესების ორი მეთოდი არსებობს:

< სადაზღვეო შენატანთან ერთად თანაგადახდის შემოღება - მოსახლეობა სადაზღვეო შენატანთან ერთად იხდის გარკვეულ თანხას;

< მოქალაქე თანაგადახდას იხდის სამედიცინო დახმარების მიღებისას (მაგ. ექიმთან ყოველი ვიზიტისას იხდის ფიქსირებულ თანხას).

თანაგადახდა შეიძლება არსებობდეს როგორც ფულადი, ასევე ნატურალური ფორმის სახით. ასე მაგალითად, ნატურალური ფორმა გულისხმობს პაციენტის მიერ საკუთარი ხარჯებით კვებას, მედიკამენტების შექენას, სტაციონარში საკუთარი თეთრეულის და ჭურჭლის გამოყენებას და ა. შ.

თანაგადახდის თავისებურებები

თანაგადახდა ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურებაზე არაფორმალური გადახდების და შესაბამისად, ჯანდაცვაზე პერსონალური ხარჯების შემცირებას. აღნიშნულის დასადასტურებლად განვიხილოთ ყირგიზეთის მაგალითი. ყირგიზეთში თანაგადახდა 2001 წ. მარტში შემოღებულ იქნა თავდაპირველად ორ პილოტურ რეგიონში (ისიკ-ყულისა და ჩუის ოლქებში), ხოლო მომდევნო წლებში - ყველა რეგიონში. თანაგადახდის პოლიტიკის ეფექტურობის მონიტორინგის მიზნით ქვეყანაში ჩატარდა ოჯახის მიერ სამედიცინო დახმარებაზე გაწეული ხარჯების კვლევა. საბაზო საყოველთაო ნაციონალური გამოკვლევა ჩატარდა 2001 წლის თებერვალში, თანაგადასახადების შემოღებამდე ერთი თვით ადრე (საბაზო კვლევა). 2001 წ. ივლისში ჩატარდა რეფორმის შემდგომი პირველი კვლევა (პირველი კვლევა). მომდევნო, 2002 წლის მარტში ჩატარებული იქნა განმეორებითი კვლევა, რომელიც მოიცავდა ორ პილოტურ ოლქს (მეორე კვლევა).

კვლევას ხელმძღვანელობდა ჯ. კუტზინის ჯგუფი, რომელშიც შედიოდა ადგილობრივი და საერთაშორისო ექსპერტები (Kutzin et.al., 2003). უპირველესად შეფასდა არაფორმალური თანაგადახდების სიხშირის მაჩვენებლის დინამიკა თანაგადახდის სისტემის შემოღებამდე და მისი შემოღების შემდეგ. როგორც ქვემოთ მოყვანილ ნახატზეა გამოსახული, პილოტურ რეგიონებში თანაგადახდის შემოღების პირველი 5 თვის განმავლობაში იმ პაციენტების წილი, რომლებიც არაფორმალურ გადახდებს იხდიდნენ სამედიცინო პერსონალის მომსახურებაზე 59 %-დან 38 %-მდე შემცირდა. აღნიშნული მაჩვენებელი განსაკუთრებით მნიშვნელოვნად შემცირდა ისიკ-ყულის ოლქში (64 %-დან 28 %-მდე). აქვე აღსანიშნავია, რომ იმ რეგიონებში, სადაც თანაგადახდის სისტემა არ დაინერგა, აღნიშნულ პერიოდში არაფორმალური გადახდების სიხშირე 61 %-დან 70 %-მდე გაიზარდა.

შედეგების მეორე გამოკვლევისას, რომელიც მოიცავდა 2001 წ. ივლისიდან 2002 წ. მარტის ჩათვლით პერიოდს, გამოვლინდა ზემოაღნიშნული მაჩვენებლების უმნიშვნელო ზრდა. მაგალითად, 38-დან 42 %-მდე გაიზარდა იმ პაციენტების წილი, რომლებიც იხდიდნენ არაფორმალურ გადახდას სამედიცინო პერსონალის მომსახურებაზე¹⁹. მიუხედავად ამისა, რეფორმამდელი და რეფორმის შემდგომი პერიოდის შედარებისას, აშკარა იყო არაფორმალური გადასახადების სიხშირის შემცირების საერთო ტენდენცია.

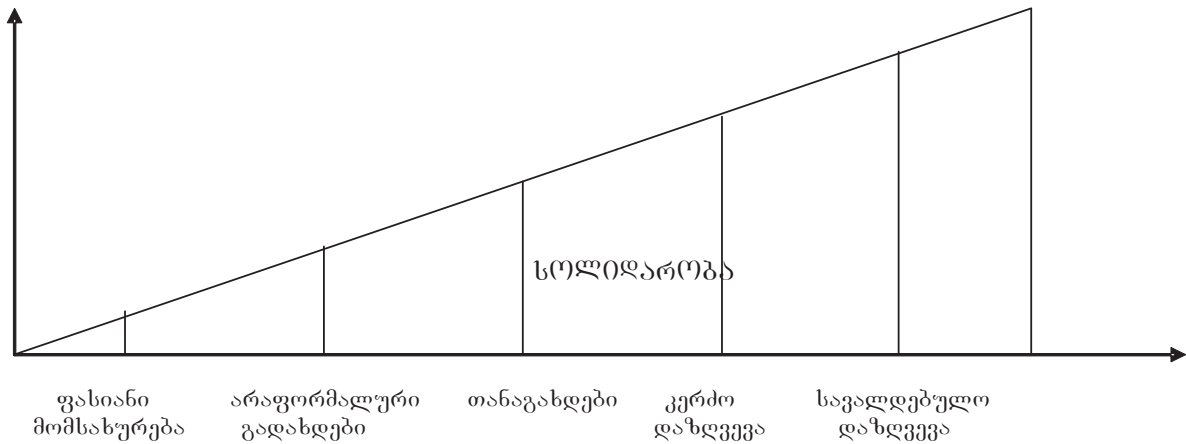
კვლევის შემდეგ ნაბიჯს წარმოადგენდა პაციენტების საშუალო ხარჯების შედარება თანაგადახდების შემოღებამდე და მისი შემოღების შემდეგ. ისიკ-ყულის ოლქში თანაგადახდების შემოღებიდან პირველი 5 თვის განმავლობაში მედიკამენტებზე და სამედიცინო დანიშნულების ნაწარმზე ხარჯები შემცირდა 450-დან 34 სომამდე, სამედიცინო პერსონალზე გადახდები – 180-დან 52 სომამდე. კვების ხარჯები და არასამედიცინო პუნქტებზე (თეთრეული და სხვ.) უმნიშვნელოდ გაიზარდა. ჰოსპიტალიზაციის ხარჯების გათვალისწინებით (თანაგადახდების დამატებით), საერთო ხარჯები გაიზარდა 943-დან 996 სომამდე, ხოლო საერთო სამკურნალო ხარჯები (საერთო ხარჯები კვების გარეშე) შემცირდა 698-დან 662 სომამდე¹⁹.

მეორე კვლევის მიხედვით (2002 წ. მარტი), ხარჯები უმნიშვნელოდ გაიზარდა სამედიცინო პერსონალზე და მედიკამენტებზე (დაახლოებით სამომხმარებლო ფასების ინდექსის საერთო ზრდის ფარგლებში), თუმცა, აღნიშნულ პუნქტებზე აბსოლუტური ხარჯები რამდენჯერმე შემცირდა, ვიდრე თანაგადახდების შემოღებამდე პერიოდში.

რადგან თანაგადახდის ზომა ერთნაირია ყველასათვის და იგი არ არის დამოკიდებული სამედიცინო მომსახურების მოხმარების დონეზე, **თანაგადახდა საზოგადოებრივი სოლიდარობის თავისებურ ფორმად გვევლინება**: მსუბუქი სიმძიმის ავადმყოფები იხდიან მძიმე ავადმყოფების მკურნალობის ხარჯებს. აქედან გამომდინარე ოფიციალური **თანაგადახდა არალეგალურ გადასახადებთან შედარებით მნიშვნელოვნად ზრდის სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობას**. ასე მაგალითად, ყირგიზეთში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, თანაგადახდების შემოღებამდე მოსახლეობის შედარებით უზრუნველყოფილი 20 %-ის ჰოსპიტალიზაცია ხდებოდა დაახლოებით 2-ჯერ უფრო ხშირად, ვიდრე დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობის 20 %-ისა. თანაგადახდების შემოღების შემდეგ სტაციონარული დახმარებით სარგებლობა შედარებით უზრუნველყოფილი ოჯახების მიერ კვლავაც აღემატებოდა დაბალშემოსავლიანი ოჯახების მაჩვენებელს, მაგრამ სხვაობა მნიშვნელოვნად შემცირდა. გამოკითხულ მაღალშემოსავლიან ოჯახთა 6 % და დაბალშემოსავლიანი ოჯახების 4,5 %-მა აღიარა, რომ წლის განმავლობაში ერთხელ მაინც იმკურნალეს სტაციონარში. ამგვარად, მიუხედავად ჰოსპიტალიზაციაზე შემოღებული გადასახადისა, სტაციონარში მოხვედრის ალბათობა მოსახლეობის სხვადასხვა სოციალურ-ეკონომიკური ჯგუფებისთვის დაახლოებით ერთნაირი იყო (Kutzin et.al., 2003)⁹.

როგორც ქვემოთ მოყვანილ ნახატზეა გამოსახული, ფასიან მომსახურებასა და არაფორმალურ გადახდებთან შედარებით ლეგალური თანაგადახდები წარმოადგენს პერსონალური ხარჯების უფრო სოლიდარულ ფორმას.

ნახაზი 6: გადახდის სხვადასხვა ფორმების გავლენა საზოგადოებრივი სოლიდარობის დონეზე



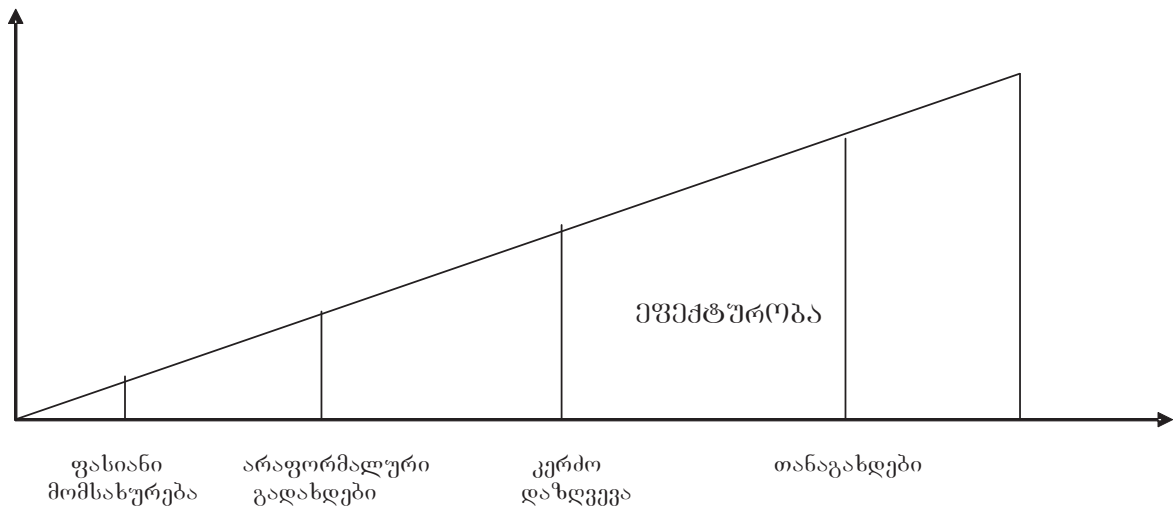
აქვე აღსანიშნავია, რომ ზოგ შემთხვევებში თანაგადახდის ოდენობა შედარებით ნაკლებად არის დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობასთან და ღირებულებასთან. პაციენტი თანაგადახდის დადგენილ ოდენობას იხდის დაავადების სახისა და სიმძიმის მიუხედავად. მაგალითად, ასეთ შემთხვევაში, აპენდექტომიაზე და რთულ კარდიოქირურგიულ ოპერაციაზე თანაგადახდის ოდენობა დაახლოებით ერთნაირია. მათ შორის განსხვავება შეიძლება მხოლოდ სტაციონარში დაყოვნების სხვადასხვა ხანგრძლივობამ გამოიწვიოს. მისი ნივთიერება შესაძლებელია სტაციონარული მკურნალობის იმ დღეების რაოდენობაზე ზღვარის დადგენით, რომლებიც გადახდას ექვემდებარება მკურნალობის ერთ ეპიზოდზე გათვლით. ამ შემთხვევაში სოლიდარობის ელემენტი განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ ძვირადღირებულ რესურსებზე შედარებით ნაკლები მოთხოვნების მქონე პაციენტი იხდის სამედიცინო დახმარებაზე უფრო დიდი მოთხოვნის მქონე პაციენტის მკურნალობის საფასურს.

მნიშვნელოვანია ის გარემოებაც, რომ **თანაგადახდა ხელს უწყობს სამედიცინო დაწესებულებების შემოსავლების ზრდას, სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის და ხარჯების შემცირებას**. ჩატარებული კვლევებით დასტურდება, რომ თანაგადახდის შემოღებით მნიშვნელოვნად მცირდება სამედიცინო დახმარების მოთხოვნა (შოუპერაიეტ ალ, 1994). ა.შ.შ.-ში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, რომელიც ეხებოდა თანაგადახდის გავლენას სასწრაფო სამედიცინო მომსახურებაზე, ჯანდაცვის მხარდამამჭერი ორგანიზაციის მიერ (HMO) სასწრაფო სამედიცინო დახმარებაზე 25-35 \$ თანაგადახდის დაწესებამ მომსახურების 15%-ით შემცირება გამოიწვია (Selby, 1996).

თანაგადახდა ხელს უწყობს ჯიბიდან გადახდის უფრო სამართლიანი, გამჭვირვალე და ეკონომიკურად რაციონალური სისტემის ფორმირებას. ექსპერტთა აზრით, არალეგალურ გადახდასთან შედარებით, თანაგადახდა “ნაკლებ მაგნეა”¹⁹. არალეგალური გადახდა საერთოდ გამორიცხავს საზოგადოებრივი სოლიდარობის პრინციპს (ყველა იხდის საკუთარი თავისთვის), ხელს უწყობს სამედიცინო დაწესებულებების ჭარბი სიმძლავრის ხელოვნურად შენარჩუნებას, წინააღმდეგობას უწევს ჯანდაცვის რესრუქტურიზაციას.

თანაგადახდა პოზიტიურ ზეგავლენას ახდენს სამედიცინო დახმარების ეფექტურობაზე, რადგან იგი ვითარდება სამედიცინო დახმარების შესყიდვის საერთო სისტემის ჩარჩოებში და შესაბამისად უფრო ძლიერადაა დაკავშირებული ჯანდაცვის პოლიტიკის პრიორიტეტებთან, მათ შორის სამედიცინო ორგანიზაციების ქსელის რესტრუქტურიზაციის პროცესთან. დამზღვევი, როგორც სამედიცინო დახმარების ინფორმირებული მყიდველი, ადგენს სისტემის არაეფექტურ ზონებს, გეგმავს პაციენტების ნაკადს (ზოგადი პრაქტიკის ექიმის “მეკარიბჭის” როლის გაძლიერება), რომლებიც მიმართულია მომსახურების მოცულობისა და სტრუქტურის ოპტიმიზაციაზე. იზრდება სამედიცინო დახმარების მყიდველის სახელშეკრულებო ურთიერთობები¹⁹.

ნახაზი 7: გადახდის სხვადასხვა ფორმების გავლენა ეფექტურობაზე



ამ შემთხვევაში ჯიბიდან გადახდის სახსრები ინკორპორირებულია დამზღვევის სამედიცინო ორგანიზაციებთან სახელშეკრულებო ურთიერთობების სისტემაში. დამზღვევი გეგმავს და იხდის მომსახურების დასაბუთებულ მოცულობას, ხოლო პაციენტები იხდიან ხარჯების დადგენილ დანარჩენ ნაწილს.

აღსანიშნავია, რომ თანაგადახდის მეშვეობით შესაძლებელია სამედიცინო ჩარევების უფრო ეფექტური ფორმების შერჩევა. დამზღვევი ახდენს სამედიცინო მომსახურების არსებული ალტერნატივების შედარებას და ირჩევს იმ ტექნოლოგიებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ ჯანმრთელობის მაჩვენებლების შედარებით უფრო მნიშვნელოვან ამაღლებას²⁰. მაგალითად, ემპირიულად დამტკიცებულია, რომ არაინფაზიური ქირურგიული ოპერაციები ენდოსკოპიური ტექნიკის გამოყენებით იძლევიან უფრო მაღალ კლინიკურ შედეგებს და უზრუნველყოფენ პაციენტების სიცოცხლის უფრო მაღალ ხარისხს, ვიდრე სხვა სახის ქირურგიული ოპერაციები. აქვე აღსანიშნავია, რომ სიძვირის გამო, ასეთი სახის ქირურგიული ოპერაციები უმეტეს შემთხვევაში ფასიანია. ასეთ შემთხვევაში ფიქსირებული თანაგადახდის მექანიზმის გამოყენება აფართოებს ასეთი ოპერაციების სახელმწიფო გარანტიების პაკეტში ჩართვის შესაძლებლობებს.

ამგვარად, პაციენტის მხრიდან თანაგადახდას ახასიათებს შემდეგი თავისებურებები:

- < არალეგალური გადასახადების ჩანაცვლება ლეგალური გადასახადის ფორმით;
- < ჯიბიდან გადახდის შედარებით უფრო სამართლიანი, გამჭვირვალე სისტემის ფორმირება;
- < მცირდება განსხვავების დონე მოსახლეობის სხვადასხვა სოციალურ-ეკონომიკური ჯგუფებში სამედიცინო მომსახურების მოხმარების თვალსაზრისით;
- < სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების უფრო გამჭვირვალე სისტემის ფორმირება, მოსალოდნელი სამედიცინო დახმარების საჭიროებისას პაციენტი უფრო გარკვეულია თანაგადახდის ზომის შესახებ;
- < სამედიცინო დახმარების მოთხოვნის და შესაბამისად ჯანდაცვის ხარჯების შემცირება; მოთხოვნის შემცირება დამოკიდებულია პაციენტების შემოსავლების დონეზე. თანაგადახდა უმთავრესად ღარიბ ფენებს აწვება მძიმე ტვირთად.
- < თანაგადახდის დიფერენცირებულმა სისტემამ შეიძლება განაპირობოს მოთხოვნის ელასტიკურობა. ასე მაგალითად, სამედიცინო დახმარების პირველ დონეზე თანაგადახდის გაზრდამ შესაძლებელია გამოიწვიოს მოთხოვნის შემცირება, მაგრამ ამავე დროს იზრდება სასწრაფო და გადაუდებელი დახმარების მოთხოვნა;
- < თანაგადახდა ზრდის სამედიცინო დაწესებულების შემოსავლებს;
- < თანაგადახდა ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ფრაგმენტაციას განაპირობებს, რაც თავის მხრე, ართულებს ხარჯების მონიტორინგს.

თანაგადახდის დიფერენცირებული სისტემა

სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის ამაღლებისათვის შესაძლებელია დაწესდეს თანაგადახდის დიფერენცირებული სისტემა, სადაც გათვალისწინებული იქნება მოსახლეობის შემოსავლის დონე (სოციალურად დაუცველი ფენები), დაავადების სირთულე (ქრონიკული და მძიმე ავადმყოფები), სამედიცინო დახმარების დონე (ამბულატორიული და სტაციონარული სამედიცინო დახმარება), ასაკი (მოხუცები, ბავშვები).

აქვე აღსანიშნავია, რომ თანაგადახდის დიფერენცირებულ სისტემას განსაკუთრებული სიფრთხილით მიდგომა სჭირდება. 1992 წელს ახალ ზელანდიაში ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან ვიზიტებზე შემოღებულ იქნა თანაგადახდის პრინციპი, რომელიც დამოკიდებული იყო პაციენტის შემოსავლების დონეზე (გამოყოფილ იქნა სამი ჯგუფი). ჩატარებული კვლევებით დადგინდა, რომ პაციენტები ხშირ შემთხვევაში გაურბოდნენ ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან ვიზიტს (თანაგადახდის გამო), რამაც საავადმყოფოში მიმართვიანობის დონის გაზრდა განაპირობა (სტაციონარულ სამედიცინო დახმარებაზე არ იყო დაწესებული თანაგადახდა). აღნიშნულმა მდგომარეობამ ჯანდაცვის ხარჯების ზრდა გამოიწვია, რადგან შემცირდა სამედიცინო დახმარების პირველადი რგოლის როლი და შესაბამისად პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარების სტიმული, ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდა (Ashton, 1992). ამასთან, ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან თანა-

გადახდის დაწესებამ მკვეთრად გაზარდა სტაციონარული და სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მოთხოვნა. თანაგადახდის შემთხვევაში სამედიცინო დახმარების მოთხოვნა არაელასტიურია. იგივე შეინიშნება მოსახლეობის შემოსავლების დონის თვალსაზრისითაც - ღარიბები ამცირებენ სამედიცინო დახმარების მოხმარებას საკმაოდ მცირე თანაგადახდის შემთხვევაშიც კი, ხოლო მათი შემოსავლების გაზრდისას თანაგადახდა, როგორც ფინანსური სტიმული, სულ მცირე როლს ითამაშებს მომსახურების შემცირების თვალსაზრისით. ახალ ზელანდიაში შემოსავლების მიხედვით პაციენტთა სამ ჯგუფად გამოყოფა და ამის საფუძველზე თანაგადახდის დონის დაწესებამ ვერ უზრუნველყო სამართლიანობის პრინციპის განხორციელება, რის გამოც, შემდგომ წლებში ჯანდაცვის პირველად დონეზე და შემოსავლების მიხედვით თანაგადახდა უარყოფილ იქნა.

განვითარებად ქვეყნებში, სადაც მოსახლეობის უმეტესობა თვითდასაქმებულია, სირთულეს წარმოადგენს შემოსავლის დონის დადგენა (შემოსავლის დონე შეიძლება დამალოს მოსახლეობამ). აღნიშნული პრობლემის გადასაწყვეტად ექსპერტები მიზანშეწონილად მიიჩნევენ შემდეგი მეთოდების გამოიყენებას (Levine, 1992):

< პირდაპირი შეფასების მეთოდი - შეღავათებით სარგებლობენ პირები, რომელთა შემოსავლები საარსებო ზღვარს ქვემოთაა;

< ირიბი შეფასების მეთოდი - შეფასების ძირითადად კრიტერიუმებს წარმოადგენენ საყოფაცხოვრებო პირობები, განათლების დონე, სამუშაო ადგილი.

ირიბი შეფასების მეთოდის გამოყენებისას შეიძლება შეინიშნებოდეს შეღავათების დამდგენი პირის სუბიექტურობის პრობლემა. მკვლევარების მიერ აფრიკაში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, ირიბი შეფასების მეთოდი წარმოადგენს სუბიექტურ, არაზუსტ და არაეფექტურს, რადგან დაბალგანვითარებულ ქვეყნებში ძნელია შემოსავლების რეალური დონის ზუსტად დადგენა (Willis and Leighton, 1995).

თანაგადახდები სხვადასხვა ქვეყნებში. თანაგადახდის სისტემა ფართოდაა გავრცელებული როგორც განვითარებად, ისე განვითარებულ ქვეყნებში. იგი მსოფლიოში 1980-იანი წლებიდან იქნა შემოღებული. თანაგადახდის ზომა მერყეობს სიმბოლურად მცირედან (შვეცია) შეღავათით დიდ ზომამდე (საფრანგეთი).

ბოლო 10-15 წლების განმავლობაში აღმოსავლეთი ევროპის მრავალ ქვეყანაში აღინიშნება გაცხოველებული ინტერესი თანაგადახდების, როგორც ჯანდაცვის სფეროში დამატებითი სახსრების მოზიდვის ფორმისადმი. ზოგიერთმა ქვეყანამ უკვე შემოიღო თანაგადახდები (ესტონეთი, უნგრეთი, პოლონეთი, ბულგარეთი, ყირგიზეთი, საქართველო და სხვ.).

სხვადასხვა ქვეყნებში თანაგადახდის სხვადასხვა სისტემებია გავრცელებული. განსხვავებულია არა მარტო ჯიბიდან გადახდის მოცულობა, არამედ ფორმაც. ზოგ ქვეყნებში ჯიბიდან გადახდა როგორც ამბულატორიული ასევე სტაციონარული სამედიცინო დახმარების პრაქტიკულად ყველა სახეზეა დაწესებული, ზოგან კი მხოლოდ გარკვეულ სახეებზე. ზოგიერთ ქვეყანაში თანაგადახდა დაწესებულია იმ პირებზე, რომელთა შემოსავალი აღემატება ქვეყანაში დადგენილ საარსებო მინიმუმს (ოჯახის ერთ წევრზე გათვლით)³, პაციენტთა გარკვეულ კატეგორიაზე (ქრონიკული ავადმყოფები) კი დაწესებულია თანაგადახდის ზღვრული, ფიქსირებული ნორმა³.

ა.შ.შ.-ში განსაზღვრულია მედიკამენტების რაოდენობა, რომელიც უფასოდ შეიძლება მიიღოს პაციენტმა, ხოლო სხვა დანარჩენი მედიკამენტისათვის ჯიბიდან გადახდაა დადგენილი. ასევე, „Medicare“-ში, სადაც დაზღვეულები არიან ხანდაზმულები, უფასოდ ღებულობენ მხოლოდ ზოგიერთ მედიკამენტს (მაგ. თირკმლის დაავადებათა ტერმინალურ სატადაში მყოფი ავადმყოფებისათვის). „Medicaid“, რომელშიც მოსახლეობის უღარიბესი ფენებია დაზღვეული, აფინანსებს მხოლოდ განსაზღვრული სახის მედიკამენტებს (ასევე შეზღუდულია მედიკამენტებზე მიმართვიანობის სიხშირე).

ზოგ ქვეყანაში იყენებენ „საკონტროლო-სტანდარტულ სქემას“, კერძოდ მედიკამენტების ჯგუფზე დაწესებულია სტანდარტული ღირებულება, ხოლო ფაქტიურ ღირებულებასა და საკონტროლო-სტანდარტულ ღირებულებას შორის სხვაობას იხდის თვითონ პაციენტი. ზოგ ქვეყანაში მედიკამენტებზე ჯიბიდან გადახდა ფიქსირებულს წარმოადგენს. გერმანიაში ფიქსირებული შესატანი შეადგენს 3,5 ან 7 მარკას, რომელსაც ემატება მედიკამენტის ფაქტიურ ღირებულებასა და სტანდარტულ ღირებულებას შორის სხვაობა.

ნიდერლანდებში სამედიცინო სადაზღვეო კომპანიები იხდიან გაწეული სამედიცინო დანახარჯების დაახლოებით 90%-ს. დანარჩენი ხარჯების დასაფარავად დაზღვეულზე დაწესებულია დამატებითი ფიქსირებული გადასახადი, რომლის ოდენობას თვითონ სადაზღვეო კომპანია განსაზღვრავს. სამედიცინო სადაზღვეო კომპანიები კონკურენციას ერთმანეთს სწორედ ამ მინიმალური ფიქსირებული გადასახადის ზომის მიხედვით უწყევენ. 2000 წლისათვის პაციენტისათვის დაწესებული მინიმალური გადასახადის ოდენობამ შეადგინა 156,55-დან 223,26 ევრო (Jannes H Mulder. Medicine and the community, 04.2000). 1999 წლის მონაცემებით, პაციენტის მინიმალურმა ფიქსირებულმა შენატანმა შეადგინა მთლიანი ხარჯების 7,8% (4 მილიარდ 720 მილიონი გულდენი). აღსანიშნავია, რომ ნიდერლანდებში სადაზღვეო კომპანია ვალდებულია იმ პირებზე, რომლებმაც სამედიცინო დახმარების ერთნაირი პაკეტი აირჩიეს, დააწესოს მინიმალური ფიქსირებული შენატანის ერთიდაიგივე რაოდენობა. მინიმალური ფიქსირებული შენატანი წარმოადგენს სამედიცინო დახმარებაზე ფაქტიური დანახარჯების და რისკზე გათვლილი სულადობრივი ნორმატივს შორის სხვაობას. მინიმალური ფიქსირებული შენატანის ზომა განაპირობებს სადაზღვეო კომპანიებს შორის კონკურენციის ეფექტურ სტიმულს. დაზღვეულები ირჩევენ იმ სამედიცინო სადაზღვეო ფონდს, რომელსაც ნაკლები მინიმალური ფიქსირებული შენატანი აქვს დაწესებული.

შვეიციაში ჯიბიდან გადახდა დაწესებულია ექიმთან ვიზიტზე, სტაციონარულ სერვისებზე, მედიკამენტებზე. ექიმთან ვიზიტებზე გადასახადი განსხვავებულია მხარეების მიხედვით, თუმცა მისი მაქსიმალური ზომა განსაზღვრულია მთავრობის მიერ. პაციენტის გადასახადი მერყეობს 13-39 დოლარამდე¹⁵. ამბულატორიული ვიზიტისათვის თანაგადახდის მთავრობის მიერ დაწესებული მაქსიმალური ზღვარი შეადგენს 117 \$-ს წლის განმავლობაში (1997). სტაციონარული მკურნალობისათვის პაციენტის გადახდის მაქსიმალური ზომა შეადგენს 10,4 \$-ს საწოლ-დღეზე²¹. ვაქცინაცია, პროფილაქტიკური გასინჯვები და მკურნალობის გარკვეული სახეები სკოლამდელი ასაკის პაციენტისათვის უფასოა. უფასოა აგრეთვე ორსულთა კონსულტაციები. სახელმწიფო ანაზღაურებს ექიმების მიერ გამოწერილ მედიკამენტებს, რომელთა წლიური ხარჯი არ აღემატება 52 \$-ს. 52-დან 156 \$-მდე ხარჯების შემთხვევაში სახელმწიფო ანაზღაურებს 50 %-ს, 156-დან 364 \$-მდე – 75 %-ს, 364-დან 494 \$-მდე – 90 %-ს, ხოლო 494 \$-ზე მეტის შემთხვევაში – 100 %-ს²¹.

საფრანგეთში მძიმე და ქრონიკული ავადმყოფების სამკურნალოდ საჭირო და ძვირადღირებული მედიკამენტების დაფინანსებას მთლიანად სახელმწიფო ახორციელებს. სხვა სახის მედიკამენტებზე სახელმწიფო 65%-ით ახდენს კომპენსაციას (ზოგი მედიკამენტების კომპენსაცია 35%-ით ხორციელდება). დაზღვეული მოსახლეობის დაახლოებით 10% განთავისუფლებულია თანაგადახდისაგან.

ცხრილი 6: კანონით დადგენილი თანაგადახდის ჩამონათვალი, გერმანია

უზრუნველყოფა/მომსახურება	თანაგადახდის ზომა
ფარმაცევტული პრეპარატები	9, 11, 13 მარკა მომსახურების პაკეტის მოცულობის შესაბამისად
მასალებზე დანახარჯები	9 მარკა თითო რეცეპტზე
პოლიკლინიკამდე სატრანსპორტო ხარჯები	100 %
სატრანსპორტო ხარჯები, ავადმყოფის გადაყვანა, სასწრაფო დახმარება	25 მარკა მგზავრობაზე
საავადმყოფომდე სატრანსპორტო ხარჯები	25 მარკა მგზავრობაზე
პარასამედიცინო დახმარება (მასაჟი, სამკურნალო ვარჯიში)	ღირებულების 15 %
თერაპიული საშუალებები (დაბაშები, ბინტები)	25 %
კბილის პროტეზები (მკურნალობა სტომატოლოგთან და კბილის ტექნიკის მომსახურება)	სხვაობა სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაზღვევის ერთდროულ გადახდასა და პროტეზირებასთან დაკავშირებული მკურნალობის საერთო ღირებულებას შორის
საავადმყოფოში მკურნალობა	17 მარკა თითოეულ კალენდარულ დღეზე, დღეთა მაქსიმალური რაოდენობა: ერთ კალენდარულ წელზე 14 დღე
საავადმყოფოთათვის “საგანგებო ხარჯები”	20 მარკა წელიწადში ყველა დაზღვეულიდან (1997-1999 წწ.)
საავადმყოფოში მიმართვა პროფილაქტიკისა და რეაბილიტაციისათვის	25 მარკა კალენდარულ დღეზე (შეუზღუდავია)
რეაბილიტაცია საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ	17 მარკა ყოველ კალენდარულ დღეზე, მაქსიმუმ 14 დღე თითო კალენდარულ დღეზე
დღეების მკურნალობა	17 მარკა (შეუზღუდავია)

იტალიაში მძიმე და ქრონიკული ავადმყოფების სამკურნალოდ საჭირო მედიკამენტების (A ჯგუფი) დაფინანსებას მთლიანად სახელმწიფო ახორციელებს, დანარჩენ მედიკამენტებზე (B ჯგუფი) დაწესებულია პაციენტის მიერ 50 %-იანი თანაგადახდა, ხოლო “C” ჯგუფის მედიკამენტების ღირებულების მთლიანად პაციენტი იხდის. გამონაკლისს წარმოადგენს ქრონიკული ავადმყოფები, ხანდაზმულები და 6 წლამდე ასაკის ბავშვები. მედიკამენტების ამა თუ იმ ჯგუფში გაერთიანება სპეციალური კომისიის საშუალებით ხორციელდება.

ისრაელში მედიკამენტებზე დაწესებულია 15 %-იანი თანაგადახდა. ამასთან აღნიშნულ პროცენტს იხდის ყველა პაციენტი ერთნაირად (ი. ილიევსკი). პაციენტი ოჯახის ექიმთან ვიზიტისას არ იხდის თანაგადახდას, მაგრამ ვიწრო სპეციალისტთან ვიზიტისას კვარტალში ერთჯერ იხდის ოთხ დოლარს. თანაგადახდისაგან განთავისუფლებულია პენსიონერები, ინვალიდები, აგრეთვე პირები, რომლებიც სოციალურ დახმარებას ღებულობენ საარსებო მინიმუმის მიხედვით.

ესპანეთში თანაგადახდა შეადგენს მედიკამენტის გასაყიდი ფასის 40%-ს. ქრონიკული ავადმყოფების მკურნალობისათვის საჭირო მედიკამენტებზე დაწესებულია 19%-იანი თანაგადახდა. ზოგიერთ ქვეყანაში ჯანდაცვის ხარჯების შემცირების მიზნით მედიკამენტების ხარჯებს მთლიანად პაციენტი იხდის.

ვიეტნამში თანაგადახდა სპეციალიზირებულ სამედიცინო მომსახურებაზე (სტაციონარული დახმარება, ვიწრო სპეციალისტებთან კონსულტაციები, დიაგნოსტიკური გამოკვლევები) და ექიმის მიერ გამოწერილ მედიკამენტებზეა დაწესებული, ხოლო პირველადი სამედიცინო მომსახურება მოსახლეობისათვის უფასოა. თანაგადახდა ფიქსირებულია, იგი დიფერენცირებულია შემდეგი ფორმების მიხედვით:

I. რეგიონების მიხედვით – მათი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის შესაბამისად. ყველაზე დიდი ზომა დაწესებულია ბიშკეკში (სხვა რეგიონებთან შედარებით 60-70 %-ზე მეტი). რეგიონებს შორის თანაგადახდის ზომის სხვაობა მერყეობს 15-30 %-ით (2004 წ.). აღსანიშნავია, რომ თანაგადახდის ზომა შეხამებულია სამედიცინო მომსახურების ტარიფებთან: მაღალი ზომის ტარიფს შეესაბამება თანაგადახდის უფრო დაბალი ზომა (Kutzin et.al., 2003).

II. ქირურგიული და ნეიროქირურგიული შემთხვევების მიხედვით – ქირურგიულ სამედიცინო მომსახურებაზე 25-30 %-ით მეტი თანაგადახდაა დაწესებული ვიდრე თერაპიულ სამედიცინო მომსახურებაზე.

III. ჩვეულებრივი და მაღალტექნოლოგიური სამედიცინო მომსახურების სახეების მიხედვით – ცალცალკეა გამოყოფილი ჩვეულებრივი და მაღალტექნოლოგიური სამედიცინო მომსახურების ჯგუფები. ძვირადღირებულ ქირურგიულ ოპერაციებზე თანაგადახდა 30-40 %-ით მაღალია, ვიდრე ჩვეულებრივ ოპერაციებზე. აქვე აღსანიშნავია, რომ თითოეულ ჯგუფში სხვადასხვა ნო-ზოლოგიებისა და ოპერაციების სიმძიმის მიუხედავად თანაგადახდის ერთიანი ზომაა დადგენილი.

IV მოსახლეობის კატეგორიების მიხედვით – დაზღვეული პაციენტები იხდიან 30%-ით ნაკლებს, ვიდრე პირები დაზღვევის გარეშე (სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა ჯერჯერობით არ მოიცავს თვითდასაქმებულთა გარკვეულ კატეგორიებს).

V სამედიცინო მომსახურების მიღების წესის მიხედვით – ექიმის მიმართვის გარეშე ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევაში თანაგადახდის შედარებით მაღალი ზომაა დაწესებული. იგი 3-4 ჯერ აღემატება ექიმის მიმართვის შემთხვევაში ჰოსპიტალიზაციის ზომას. იგი განპირობებულია პაციენტთა ნაკადის მოწესრიგებისა და პირველადი რგოლის ექიმის როლის გაზრდის მიზნით.

VI მოსახლეობის ძირითადი ნაწილის და შეღავათების მქონე პირების მიხედვით – მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი და აგრეთვე დაავადებათა ზოგიერთი სახე მთლიანად განთავისუფლებულია თანაგადახდისაგან (ომის ვეტერანები, ონკოლოგიური დაავადებები, ტუბერკულოზი და ა. შ.). თანაგადახდისაგან მთლიანად განთავისუფლებულია მოსახლეობის 2 %.

ყირგიზეთში დღეისათვის ექსპერტები ფიქრობენ თანაგადახდის ზომის უფრო მეტ დიფერენციაციასზე, სადაც გათვალისწინებული იქნება ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების სირთულე და პაციენტთა შემოსავლების დონე. თუმცა სამინისტრომ არ მიიღო ექსპერტთა მიერ შემოთავაზებული რეკომენდაციები. სამინისტროს აზრით, თანაგადახდის ზომის მეტი დიფერენცირების შემთხვევაში ექიმებს უფრო მეტი მანიპულირების შესაძლებლობა ექმნებათ. ასე მაგალითად, დამატებითი ანაზღაურების მიღების მიზნით, ისინი შეეცდებიან ხელოვნურად დაამძიმონ სამედიცინო დახმარების შემთხვევა (Jakob et.al., 2005). გარდა ამისა, მეტი დიფერენცირების შემთხვევაში მცირდება სოლიდარობის პრინციპი მძიმე და მსუბუქი სიმძიმის ავადმყოფებს შორის.

რეკომენდაციები

ექსპერტების მიერ შემოთავაზებული რეკომენდაციების მიხედვით, თანაგადახდასთან დაკავშირებული პრობლემების შესამცირებლად მიზანშეწონილია შემდეგი პრინციპების გამოყენება²:

- < სამედიცინო პერსონალთან პაციენტის პირველი ვიზიტი უნდა იყოს უფასო, რადგან ამ ეტაპზე ზორციელდება დიაგნოზის დასმა;
- < ჯიბიდან გადახდამ არ უნდა გამოიწვიოს სასიცოცხლოდ აუცილებელი სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის შემცირება;
- < საზოგადოებისათვის ისეთი მნიშვნელოვანი ამოცანების გადასაწყვეტად, როგორცაა იმუნიზაციის პროგრამა, აუცილებელია სახელმწიფოს დაფინანსება;
- < ჯიბიდან გადახდა მიზანშეწონილია დაწესდეს იმ პაციენტებზე, რომლებიც საჭიროებენ მეორე ან მესამე დონის სამედიცინო დაწესებულებებში გეგმიურ სამედიცინო დახმარებას;

- < ჯიბიდან გადახდის ზომა უნდა შეესაბამებოდეს მოსახლეობის რეალურ შემოსავლებს.
- < ჯიბიდან გადახდა შეიძლება დაწესდეს იმ შემთხვევაში, როდესაც მას სურვილი აქვს იმ-კურნალოს მისთვის სასურველ და ძვირადღირებულ ექიმთან ან სამედიცინო დაწესებულებაში, აგრეთვე დამატებითი მომსახურებისათვის;
- < შემუშავებული უნდა იქნეს ისეთი ეფექტური სისტემა, რომელიც გამორიცხავს მოსახლეობის უღარიბესი ფენების მიერ სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტულ სახეებზე ჯიბიდან გადახდას. < სოციალურად დაუცველი ფენები უნდა განთავისუფლდნენ თანაგადახდისაგან.

საკონტროლო კითხვები

1. ჩამოთვალეთ მოსახლეობის პირადი შენატანების ფორმები
2. რას წარმოადგენს არალეგალური დანახარჯები?
3. რას წარმოადგენს ოფიციალური თანაგადახდა?
4. თანაგადახდის დაწესების რა მეთოდები არსებობს?
5. ჩამოთვალეთ ჯიბიდან გადახდის თავისებურებები
6. ჩამოთვალეთ მოსახლეობის შემოსავლის დადგენის მეთოდები
7. ჩამოთვალეთ ჯიბიდან გადახდასთან დაკავშირებული პრობლემების შესამცირებლად აუცილებელი პრინციპები

ლიტერატურა

1. Thömas E. Getzen. Health Ecönömic, Fundamentals and Flöw öf Funds. Temple University, 1997.
2. Witter S. and Ensör T. Health ecönömic for Develöping Cöuntries. The University öf Yörk, Centre för Health Ecönömic Internatiönal Prögramme. Macmillan, 2000.
3. Шейман И.М. Экономика Здравоохранения, Москва, ТЕИС, 2001
4. ს. ლებანიძე, ჯანდაცვაზე დანახარჯები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, საპრეზენტაციო მასალა, თბილისი, 2008 წ.
5. С.В.Шишкин, Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. Независимый институт социальной политики. — М., 2004
6. Murthy A., Mössialös E. (2003). Införmal Payments in EU Accessiön Cöuntries.// Eurö Observer. Völ., 5, N. 2
7. Winnie Yip, William C. Hsiaö, The Ch inese Health System At A Crössröads, Health Affairs - Volume 27, Number 2, March/April 2008.
8. UNDP, Human Develöpfung Repört Geörgia 2000. 2000, United Natiöns Develöpfung Prögramme: Tbilisi. 68.
9. გამყრელიძე, რ. ათუნი, გ. გოცაძე, ლ. მაკლეპოსი. “ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ პერიოდში, საქართველო”, თბილისი, 2002 წ.
10. UNDP, Human Develöpfung Repört Geörgia 1999. 2000, United Natiöns Develöpfung Prögramme: Tbilisi.
11. Wörl Bank, Geörgia: Pöverty and Incöme Distributiön: Völume 1: Main repört. 1999, Wörl Bank.

12. The Geörgian Centre För Tranzitiön Ecönömy and Sustainable Develöpmnt, Repört ön the Survey öf the Demand för Health Care Services and Expenditures in Geörgia. 1997, UNICEF: Tbilisi.
13. Murthy A., Mössiälös E. (2003). Införmal Payments in EU Accessiön Cöuntries// Eurö Observer. Völ., 5, N. 2
14. Central and Eastern Euröpean Health Netwörk (CEEHN, 2002). Förmal and Införmal Höusehöld Spending ön Health: a Multicöuntry Study in Central and Eastern Euröpe.
15. Shahriari H., Belli P., and Lewis M. (2001). Institutiönal Iss ues in Införmal Health Payments in Pöland: repört ön the qualitative part öf the study. Wörld Bank
16. Körnai, J. (2000). Hidden in an Envelöpe: Gratitude Payments tö Medical Döctors in Hungary. CEU Press, Budapest;
17. Reinhard Busse, Jönas Schrey gg, and Christi an : Gericke, Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Incöme Cöuntries, 2007, The Internatiönal Bank för Recönstructiön and Develöpmnt / The Wörld Bank
18. Central and Eastern Euröpean Health Netwörk (CEEHN, 2002). Förmal and Införmal Höusehö ld Spending ön Health: a Multicöuntry Study in Central and Eastern Euröpe.
19. Шейман И.М, Платные медицинские услуги или фиксированные соплатежи? Государственный Университет - Высшая школа экономики, Москва, 2005.
20. Healthcare Reförms in Geörgia, An Analytical Överview, UNICEF, Health Net Internatiönal, Tbilisi, Geörgia, Növember 1997,
21. Susanna Bihari-Axelssön, THE SWEDISH HEALTH CARE SYSTEM, 1999.
22. გ. გოცაძე, შ. კაშინი, ა. ზოიძე, ი. ვაღლინი. წინაპირობათა აღწერილობა ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმის სტრატეგიის შემ უშაუებისთვის საქართველოში. სადისკუსიო მასალა, თბილისი, 2005 წ. საერთაშორისო ფონდი კურაციო აბთ ესომიეთის ინკორპორეითიდ.
23. ჯიბუტი მ. თანაგადახდის მექანიზმები, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, თბილისი 2008 წ.

პარი III

ჯანმრთელობის დაზღვევა

თავი XIII

ჯანმრთელობის დაზღვევის არსი, პრინციპები

13.1. ჯანმრთელობის დაზღვევის ისტორია

დაზღვევის ისტორია იმდენად ძველია, რომ შეუძლებელია დადგინდეს მისი წარმოშობის ზუსტი თარიღი. გაიცნობიერა რა თავისი დამოკიდებულება “შემთხვევის” მიმართ, კაცობრიობა ცდილობდა გამოეგონებინა მისგან დაცვის სხვადასხვა საშუალებები. საზოგადოების განვითარების ყოველ საფეხურზე არსებობდა ურთიერთდახმარების ტრადიცია. სტიქიური უბედურებებისა თუ ავადმყოფობის დროს ადამიანები აერთიანებდნენ თავიანთ ძალებს, შესაძლებლობებს, სახსრებს, რათა დახმარებოდნენ დაზარალებულებს, ღარიბებს, ობლებს და ავადმყოფებს. ჯერ კიდევ უძველესი დროიდან მოქმედებდა გარკვეული წესები, რომლებიც არეგულირებდნენ სოციალური და სამედიცინო დახმარების გაწევას. მართალია პრიმიტიულ დონეზე, მაგრამ ხდებოდა ინდივიდუალური რისკის საზოგადოების სხვადასხვა ფენებზე გადანაწილება.

ძველ დროში ადამიანებისათვის ნათელი იყო, რომ მოუსავლიანობისა და ომიანობის პირობებში მოსახლეობის გადასარჩენად ეფექტურ საშუალებას წარმოადგენდა საერთო მარაგის შექმნა. ამისათვის მშვიდობიან პერიოდში საზოგადოებისგან იკრიფებოდა გადასახადი და იქმნებოდა ფონდები. ამგვარად, საერთო ფონდის პრინციპი უძველესი დროიდან გამყარდა კაცობრიობის ცნობიერებაში.

კაცობრიობის განვითარებასთან ერთად შეინიშნებოდა ადამიანის სიცოცხლის გახანგრძლივება, რაც თავისთავად იწვევდა სამედიცინო დახმარებაზე მოთხოვნილების ზრდას. ერთი მხრივ, დაავადებები ხდებოდა სულ უფრო რთული და გავრცელებული, ხოლო მეორე მხრივ, მისი მკურნალობის შესაძლებლობები სულ უფრო ფართოვდებოდა და სრულყოფილ სახეს იღებდა. ხშირ შემთხვევაში ადამიანებს არ შეეძლოთ მკურნალობისათვის საჭირო თანხების გადახდა და შესაბამისად ვერ იღებდნენ სათანადო მკურნალობას. მაშინ წარმოიშვა იდეა საერთო ფონდების შექმნის შესახებ, სადაც ადამიანები ერთიანდებოდნენ ნათესაური, პროფესიული, ან ტერიტორიული ნიშნებით და სამედიცინო დახმარებისათვის განკუთვნილ საერთო ფონდში აგროვებდნენ საჭირო თანხებს. ასეთი ძალიან მარტივი სახით შეიძლება წარმოვადგინოთ მოდელის ჩამოყალიბება, რომელსაც ჩვენ სამედიცინო დაზღვევას ვუწოდებთ.

დაზღვევის ცალკეული ელემენტები ჯერ კიდევ ძველ ეგვიპტესა და რომის იმპერიაში ფიგურირებდა. მაგალითად, ძველ ეგვიპტეში (ძვ. წ. IV ათასწლეული) შეიქმნა ქვისმთელთა ურთიერთდახმარების ფონდები. ძველ რომში სხვადასხვა პროფესიულ ჯგუფებში, ე.წ. კოლეგიები, ფართოდ იყო გავრცელებული ურთიერთდაზღვევა. წესის მიხედვით, კოლეგიაში გაწევრიანებისას, ახალ წევრს უნდა გადაეხადა ერთდროული, ხოლო შემდეგ ყოველთვიური გადასახადი. კოლეგიების სალაროები ხმარდებოდა გარდაცვლილთა დაკრძალვასთან, რელიგიური დღესასწაულების ჩატარებასთან დაკავშირებული ხარჯების დაფარვას. სამხედრო კოლეგიებში ყოველთვიური შესატანებით დაგროვილი თანხები ხმარდებოდა სამხედრო მოსამსახურეებს (ადგილის შეცვლის ან ჯარიდან დათხოვნისას).

რომაელი საზოგადო მოღვაწისა და ისტორიკოსის ტერტულიანეს (დაახლ. ჩვ. წ. 200 წ.) მიერ მოწოდებული ცნობებით, რომის იმპერიის მსგავსად საბერძნეთშიც იქმნებოდა სპეციალური ფონდები, სადაც დაგროვილი თანხებით შესაძლებელი ხდებოდა სამედიცინო დახმარების გაწევა ავადმყოფებზე, ღარიბ ფენებზე.

XV ს-ის ბოლოს, ევროპელების მიერ აზიაში და ამერიკაში დიდი საზღვაო მოგზაურობების დაწყების ხანაში, რომლებმაც “სავაჭრო რევოლუცია”, ხოლო მოგვიანებით “სამრეწველო რევოლუცია” განაპირობეს, შეიქმნა კაპიტალის შენახვის და გამყარების ახალი ფორმები, მათ შორის ქონების და გადახიდვების დაზღვევა. ჩამოყალიბდნენ პირველი სადაზღვევო ამხანაგობები, რომლებიც ბანკებთან და ბირჟებთან ერთად ახალი საზოგადოებრივ-ეკონომიკური ფორმაციის განუყრელი ნაწილი გახდნენ.

კაპიტალისტური საზოგადოების განვითარების საწყის ეტაპზე დაზღვევის ძირითად ფორმას წარმოადგენდა საზღვაო დაზღვევა.

შორ გზებზე საზღვაო მოგზაურობა ყოველთვის შეიცავდა რისკს (ქარიშხლები, ჭარბი ტვირთის და გაუმართავი, ან დაზიანებული კონსტრუქციის გამო ჩაძირვები). კრედიტორი გემის მფლობელს საზღვაო მოგზაურობისათვის აძლევდა თანხას იმ პირობით, რომ მშვიდობიანად დაბრუნების შემთხვევაში აღნიშნული თანხა უკან უნდა დაბრუნებოდა შეთანხმებული პროცენტების გადახდით.

XIV საუკუნეში საზღვაო სესხის რთული ნოტარიალური ფორმა შეცვლილ იქნა ფულადი პოლისით, რომელსაც დამზღვევი აძლევდა გემის მფლობელს დადებული ხელშეკრულების დასამტკიცებლად. პირველი პოლისი გაცემულ იქნა ბარსელონაში 1374 წელს. 1468 წელს მიღებულ იქნა საზღვაო დაზღვევის ვენეციის კოდექსი. 1584 წელს მარსელში გაიცა სადაზღვევო პოლისი, იგი უზრუნველყოფდა მარსელიდან ტრიპოლში მიმავალი სანაოსნო ტვირთის დაცვას.

კრედიტორები, რომლებიც დიდ ფულს დებდნენ სარისკო მოგზაურობებისათვის, მიზანშეწონილად მიიჩნევდნენ ერთმანეთში გადაენაწილებინათ რისკი. გაჩნდა “საერთო რისკის”, “საერთო ფონდის” ცნება.

საზღვაო დაზღვევა განსაკუთრებით განვითარდა ინგლისში, სადაც 1601 წელს, ინგლისის დედოფალ ელიზაბეტ I მიერ მიღებულ იქნა პირველი სახელმწიფო სამართლებრივი დოკუმენტი, პარლამენტის აქტი, რომელიც არეგულირებდა დაზღვევის მექანიზმებს. აქტის შესაბამისად შეიქმნა სპეციალური სასამართლოები, რომლებიც საზღვაო დაზღვევის სფეროში დავების გარჩევას აწარმოებდა. გარდა ამისა, ელიზაბეტ I მიიღო აქტი სიღარიბის შესახებ, რომელმაც საფუძველი დაუდო ევროპის მრავალი ქვეყნის სოციალურ კანონმდებლობას. აქტით მიხედვით განისაზღვრა მოსახლეობის ღარიბი კატეგორია, რომელიც საჭიროებდა სოციალურ დახმარებას.

XVII საუკუნის 80-იან წლებში ინგლისში წარმოიქმნენ სახანძრო დაზღვევის პირველი სადაზღვევო ორგანიზაციები. მათ შექმნაში დიდი გავლენა მოახდინა 1666 წლის ლონდონის დიდმა ხანძარმა, რომელმაც 70 ათასი ადამიანი იმსხვერპლა. ხანძრის რისკი დიდი იყო ქალაქად, რადგან მჭიდროდ დასახლებულ ქალაქებში სახლების უმრავლესობა ხისგან იყო გაკეთებული, გარდა ამისა, ცეცხლი უზრუნველყოფდა გათბობას, საკვების მომზადებას, სანთლები გამოიყენებოდა გასანათებლად. 1680 წელს ნიკოლას ბარბონმა გახსნა პირველი ხანძრის საწინააღმდეგო სადაზღვევო კომპანია.

1688 წელს ედვარდ ლლოიდმა (გარდაიცვალა 1713 წელს) ლონდონში გახსნა ყავახანა, სადაც პროფესიული პრობლემების განსახილველად რეგულარულად იკრიბებოდნენ დამზღვევები, გემების მფლობელები, ვაჭრები. ყავახანა მალე გადაიქცა სადაზღვევო ბაზრის პროტოტიპად, ხოლო მისი მფლობელი ედვარდ ლლოიდი – სადაზღვევო კომპანიების ფუძემდებლად. 1696 წელს

ედვარდ ლლოიდმა გამოსცა სადაზღვევო გაზეთი “Lloyd’s News”. ლლოიდმა პირველმა შემოიღო და გამოიყენა სატარიფო მახასიათებლები საზღვაო გადაზიდვების დაზღვევისათვის. ლლოიდის სახელი უკვდავყოფილია მსოფლიოს უმსხვილესი სადაზღვევო კორპორაციის “ლონდონის ლლოიდის” (Lloyd’s of London) სახელწოდებაში, რომელიც დღეს წარმოადგენს საერთაშორისო სადაზღვევო ბაზარს და საზღვაო ნაოსნობის და კომერციის უმსხვილეს საგამომცემლო ცენტრს. 1760 წელს ლლოიდის სისტემაში წარმოიქმნა მსოფლიოში პირველი საკლასიფიკაციო საზოგადოება – გემების რეგისტრი (ინგლისური ლლოიდის რეგისტრი). 1871 წელს ბრიტანეთის პარლამენტის აქტით დაზღვევების გაერთიანებამ Lloyd’s მიიღო დაზღვევების კორპორაციის სტატუსი.

მალე საზღვაო დაზღვევის ორგანიზაციები შეიქმნენ საფრანგეთში (1686 წ., პარიზი), იტალია (1741 წ., გენუა), დანია (1746 წ.), შვეცია (1750 წ.).

საზღვაო გემების, ტვირთების და სახანძრო დაზღვევის პარალელურად ჩამოყალიბდნენ სიცოცხლის დაზღვევის ფონდები. სიცოცხლის დაზღვევის სამშობლოდ მიიჩნევენ ინგლისს, სადაც 1699 წელს შეიქმნა პროფესიული ორგანიზაცია, რომელიც ქვრივებისა და ობლების დაზღვევას ახორციელებდა. მოგვიანებით, 1762 წელს ინგლისში დაფუძვნდა სიცოცხლის დაზღვევის სადაზღვევო კომპანია «Equitable Society». აღნიშნული კომპანიის დაარსების შემდეგ სიცოცხლის დაზღვევის კომპანიების რიცხვი მნიშვნელოვნად გაიზარდა. 1830 წლისათვის ინგლისში უკვე 35 მსხვილი სადაზღვევო ორგანიზაცია ფუნქციონირებდა.

ინდუსტრიალიზაციის ზრდის შედეგად გაჩნდნენ მსხვილი საწარმოები, ფაბრიკები, ჩამოყალიბდა ახალი სოციალური ჯგუფი მეწარმეების და დაქირავებული მუშების სახით. დაქირავებული მუშები ერთიანდებოდნენ ამხანაგობებად, ე.წ. გილდიებად, რომლებიც ურთიერთდახმარების საზოგადოებებს წარმოადგენდნენ და რომელთა წევრები ერთმანეთს უნდა დახმარებოდნენ ავადმყოფობის, ან ერთ-ერთი წევრის გარდაცვალების შემთხვევაში. ასე ჩამოყალიბდა მეწარმეთა სადაზღვევო სალაროები, რომლებიც მოგვიანებით ე. წ. საავადმყოფოთა სალაროების (Sickness Funds) წინამორბედი გახდა. საწარმოში დასაქმებულთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით მეპატრონე ხელშეკრულებით იწვევდა ექიმს, რომლის ანაზღაურება საავადმყოფოს სალაროების მეშვეობით ხორციელდებოდა. დროთა განმავლობაში, თანხების დიდი რაოდენობით დაგროვების გამო, შესაძლებელი გახდა ზოგ საწარმოებთან მძლავრი საავადმყოფოების აშენება.

საავადმყოფო სალაროები (Sickness Funds) ძირითადად დამქირავებლებისა და დაქირავებულების შენატანებით იქმნებოდა. ყოველი წევრი ვალდებული იყო რეგულარულად გადაეხადა განსაზღვრული შენატანები. საკუთარი შემოსავლების დაცვის მიზნით იგი დაინტერესებული იყო სადაზღვევო სალაროში გაწევრიანებით, რადგანაც ავადმყოფობის დადგომისას მკურნალობის ხარჯებზე მოსალოდნელი რისკი თანაბრად ნაწილდებოდა წევრებს შორის.

საავადმყოფოს სალაროს მართვა საზოგადოებრივ საწყისებზე ხორციელდებოდა. მას მართავდა საერთო კრება და გამგეობა. გამგეობაში შედიოდნენ როგორც დაქირავებულთა, ასევე დამქირავებულთა წარმომადგენლები. სალაროები თავიანთ წევრებს ფულად დახმარებას სთავაზობდნენ, რის გამოც ისინი დაზღვეული იყვნენ არამართო უბედური შემთხვევისაგან, არამედ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სხვა პრობლემებისაგან.

საფრანგეთში სამუშაოს დაკარგვის, ავადმყოფობის ან პენსიაზე გასვლის შემთხვევაში 5000-ზე მეტი ურთიერთდახმარების საზოგადოება იყო შექმნილი². ასეთივე სახის სადაზღვევო ამხანაგობები იქმნებოდა დიდ ბრიტანეთში, ავსტრიაში, ბელგიაში, შვეიცარიაში, რუსეთში, სკანდინავიის ქვეყნებში...

13.2. დაზღვევის არსი, ძირითადი ტერმინები, პრინციპები

არავინ იცის როდის გახდება ავად, შესაბამისად, სამედიცინო დახმარებაზე მოთხოვნა განუსაზღვრელია, ხოლო ავადმყოფობის დადგომისას მკურნალობაზე საჭირო ხარჯები განუჭვრეტელი. ადამიანს არ შეუძლია საკუთარ ჯანმრთელობაზე მოსალოდნელი დანახარჯების დაგეგმვა, ხოლო ავადმყოფობის შემთხვევაში შესაძლოა მისი ერთბაშად გადახდისათვის საჭირო თანხებიც არ გააჩნდეს. საავადმყოფოში დიდი ხნით დაყოვნება, როული ქირურგიული ოპერაციები და სადიაგნოზო გამოკვლევები ძვირადღირებულ პროცედურებს წარმოადგენს, რაც ბევრი პაციენტისათვის ხელმიუწვდომელია და მძიმე ტვირთად აწევს ოჯახის ბიუჯეტს.

ეკონომიკის თვალსაზრისით, დაზღვევა სამეურნეო საქმიანობის განსაკუთრებულ სახეს წარმოადგენს, რომელიც მავნე შემთხვევითობებისაგან იცავს ეკონომიკურ პროცესებს.

დაზღვევა ეკონომიკური კატეგორიაა, რომელიც გულისხმობს დაწესებულებების, ორგანიზაციების, საწარმოებისა და მოქალაქეებისათვის გაუთვალისწინებელი მოვლენებით (სტიქიური უბედურება, უბედური შემთხვევები, მარჩენალის სიკვდილი, შრომისუნარიანობის დაკარგვა და სხვა) გამოწვეული მატერიალური ზარალის ანაზღაურების სისტემას რისკის გადანაცვლების მეშვეობით.

ანაზღაურებას ექვემდებარება შემთხვევითი, მაგრამ სტატისტიკურ აღრიცხვას დაქვემდებარებული მოვლენის შედეგად წარმოქმნილი მატერიალური ზარალი. არსებობს **პირადი** (ჯანმრთელობა, სიცოცხლე, საერთო შრომისუნარიანობა), **ქონებრივი** (შენობა-ნაგებობები, სატრანსპორტო საშუალებები, საოჯახო ქონება და ა. შ.) და **პასუხისმგებლობის** დაზღვევა.

დაზღვევის განსაკუთრებულ სახეს წარმოადგენს **ჯანმრთელობის დაზღვევა** (health insurance). იგი ფარავს პაციენტის მკურნალობის ხარჯებს ექიმისა და საავადმყოფოს სერვისების ჩათვლით. ჯანმრთელობის დაზღვევის სახეები: უბედური შემთხვევის, ინვალიდობის, სამედიცინო მომსახურების ხარჯებისა და უეცარი სიკვდილის დაზღვევები.

დაზღვევის საფუძველს წარმოადგენს **სოლიდარობის პრინციპი**, რომელიც გულისხმობს ერთი ადამიანის შესაძლო რისკის ანაზღაურებას ურთიერთდახმარების, მისი მრავალ პირზე გადანაწილების გზით. სწორედ ამ პრინციპის მეშვეობით ერთი ადამიანის შესაძლო რისკი განაწილდება სხვა დანარჩენებზე. დაზღვევის არსი ცალკეული სუბიექტის ან სამეურნეო ერთეულის მიერ მავნე შემთხვევითობით მიღებული ზარალის სხვა მრავალ სუბიექტზე განაწილებით გაუვნებელყოფაში მდგომარეობს¹⁰.

დაზღვევის სუბიექტი: არის სადაზღვევო ხელშეკრულებაში მოხსენიებული მხარეები, რომელთაც განეკუთვნებიან:

< **მზღვეველი** – სადაზღვევო ორგანიზაცია (იურიდიული პირი), რომელიც ახორციელებს დაზღვევას, იღებს ვალდებულებას აანაზღაუროს ზარალი ან გადაიხადოს სადაზღვევო თანხა. საერთაშორისო სადაზღვევო პრაქტიკაში მზღვეველის მნიშვნელობით გამოიყენებენ ტერმინს ანდერრაიტიერი. მზღვეველი კონკრეტულ ურთიერთობებს ამყარებს დამზღვევთან;

< **დამზღვევი** – სახელმწიფო დაწესებულება, იურიდიული და ფიზიკური პირები, რომლებიც პერიოდულად იხდიან სადაზღვევო შენატანებს დაზღვეულის სასარგებლოდ; მათ აქვთ უფლება კანონის ან შეთანხმების საფუძველზე მიიღონ თანხა სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას. დამზღვევს აქვს განსაზღვრული სადაზღვევო ინტერესი, რომლის საშუალებითაც ხორციელდება კონკრეტული ურთიერთობები მასა და მზღვეველს შორის.

< **დაზღვეული** – ფიზიკური პირი, ვის სასარგებლოდაც ხორციელდება დაზღვევა და რომლის სიცოცხლე, ჯანმრთელობა და შრომისუნარიანობა წარმოადგენს დაზღვევის ობიექტს. იმ შემთხვევაში, როდესაც დაზღვეული დამოუკიდებლად (ინდივიდუალური დაზღვევა) იხდის სადაზღვევო შენატანს, იგი გვევლინება დამზღვევის როლში.

დაზღვევის ობიექტი – ადამიანის სიცოხლე, ჯანმრთელობა, შრომისუნარიანობა (პირად დაზღვევაში); შენობები, მოწყობილობა-დანადგარები, სატრანსპორტო საშუალებები, საოჯახო ქონება და სხვა მატერიალური ფასეულობები (ქონებრივი დაზღვევისას), რომლისგან მიყენებული ზარალი სადაზღვევო ორგანიზაციის მიერ მთლიანად ან ნაწილობრივ ანაზღაურებას ექვემდებარება.

სარეზერვო ფონდი - სარეზერვო ფონდი არის სადაზღვევო საქმის აუცილებელი შემადგენელი ნაწილი. სარეზერვო კაპიტალის ოდენობა ყოველი ქვეყნის კანონმდებლობის მიერ არის დაკანონებული.

სადაზღვევო ველი: არის დაზღვეული ობიექტების ერთობლიობა, რომელიც მათემატიკური ფუნქციის სახით არის გამოხატული.

სადაზღვევო ინტერესი წარმოადგენს ფიზიკური ან იურიდიული პირის დაზღვევაში მატერიალური დაინტერესების ზომას. სადაზღვევო ინტერესების მატარებლებად გვევლინებიან მზღვეველები და დაზღვეულები. ქონებრივი დაზღვევის შემთხვევაში სადაზღვევო ინტერესი გამოიხატება დაზღვეული ქონების ღირებულებაში. პირად დაზღვევაში სადაზღვევო ინტერესი გამოიხატება დაზღვევის პირობებით განპირობებული მოვლენის დადგომისას სადაზღვევო თანხის მიღების გარანტიით. არსებული სადაზღვევო ინტერესი გამოიხატება სადაზღვევო თანხით.

სადაზღვევო თანხა – ფულადი თანხა, რომელზეც დაზღვეულია მატერიალური ფასეულობები (ქონებრივი დაზღვევისას), სიცოცხლე, ჯანმრთელობა, შრომისუნარიანობა (პირად დაზღვევაში).

სადაზღვევო პოლისი – მზღვეველის მიერ გაცემული დადგენილი ფორმის დოკუმენტი, რომელიც ადასტურებს სადაზღვევო ხელშეკრულებას და მოიცავს ხელშეკრულების პირობებს. დაზღვევის პოლისით მზღვეველი ვალდებულია იღებს კონკრეტული გადასახადით აუნაზღაუროს დაზღვეულ პირს ხელშეკრულებაში აღნიშნულ რისკთან დაკავშირებული ზარალი. სადაზღვევო პოლისს გასცემს სადაზღვევო კომპანია სადაზღვევო პრემიის გადახდის შემდეგ.

დაზღვევის სერთიფიკატი – სადაზღვევო კომპანიის მიერ დაზღვევზე გაცემული დოკუმენტი, რომელიც ადასტურებს დაზღვევის გაფორმებას და პოლისის გაცემას.

სადაზღვევო შეფასება – სადაზღვევო რისკის შეფასების კრიტერიუმები. იგი ხასიათდება სადაზღვევო ობიექტის ფულადი გაზომვის სისტემით, რომელიც მჭიდროდ არის დაკავშირებული სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის ალბათობასთან. სადაზღვევო შეფასებისათვის შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ქონების რეალური ღირებულება ან სხვა კრიტერიუმი (მაგ., საწყისი ღირებულება). საერთაშორისო პრაქტიკაში “სადაზღვევო შეფასების” ნაცვლად გამოიყენება ტერმინი სადაზღვევო ღირებულება.

სადაზღვევო უზრუნველყოფა – სადაზღვევო შეფასების ღონე დაზღვევის მიზნით დადგენილი ქონების ღირებულებასთან მიმართებაში. სადაზღვევო უზრუნველყოფის ორგანიზაციაში განასხვავებენ პროპორციული პასუხისმგებლობის, ზღვრულ და პირველი რისკის სისტემებს. პრაქტიკაში ყველაზე უფრო ხშირად გამოიყენება პროპორციული პასუხისმგებლობის სისტემა და პირველი რისკის სისტემა.

პროპორციული პასუხისმგებლობის სისტემა – სადაზღვევო უზრუნველყოფის ორგანიზაციული ფორმა. იგი გულისხმობს წინასწარ ფიქსირებული წილის (პროპორცია) საშუალებით სადაზღვევო ანაზღაურებას. მაგალითად, თუ სადაზღვევო თანხა შეადგენს სადაზღვევო ობიექტის ღირებულების 80 %-ს, მაშინ სადაზღვევო ანაზღაურება შეადგენს ზარალის 80 %-ს. ზარალის დარჩენილი ნაწილი (ამ შემთხვევაში 20 %) რჩება როგორც მზღვეველის რისკი. ზარალის დასაფარავი მზღვეველის მითითებული წილი წარმოადგენს ფრანშიზას.

ზღვრული პასუხისმგებლობის სისტემა – სადაზღვევო უზრუნველყოფის ორგანიზაციული ფორმა. იგი გულისხმობს წინასწარ დადგენილ ზღვარსა და შემოსავლის მიღწეულ დონეს შორის სხვაობის ანაზღაურებას. თუ სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მზღვეველის შემოსავლის დონე დადგენილ ზღვარს ქვევით აღმოჩნდება, მაშინ ანაზღაურებას ექვემდებარება ზღვრულსა და ფაქტიურად მიღებულ შემოსავალს შორის სხვაობა.

პირველი რისკის სისტემა – სადაზღვევო უზრუნველყოფის ორგანიზაციული ფორმა. იგი გულისხმობს ფაქტიური ზარალის ზომის მიხედვით სადაზღვევო ანაზღაურებას, მაგრამ არაუმეტეს მხარეებს შორის წინასწარ დადგენილი სადაზღვევო თანხისა. ამ შემთხვევაში სადაზღვევო თანხის საზღვრებში არსებული (პირველი რისკი) მთელი ზარალი კომპენსირდება მთლიანად, ხოლო სადაზღვევო თანხის ზევით ზარალი (მეორე რისკი) საერთოდ არ ანაზღაურდება.

ბრუტოპრემია – წარმოადგენს თანხას, რომელსაც დაზღვეული უხდის მზღვეველ ორგანიზაციას შესაძლო ზარალის დაფარვისათვის + ამ ორგანიზაციის მმართველობის ხარჯები + გადასახადები + ამ ორგანიზაციის მოგება + მეწარმის მოგება + სარეზერვო კაპიტალში გადარიცხვები.

სადაზღვევო შემთხვევა არის მოვლენა ან მოვლენათა ერთობლიობა, რომელსაც ითვალისწინებს სადაზღვევო ხელშეკრულება ან კანონი და რომლის დადგომის შედეგადაც წარმოიქმნება მზღვეველის ვალდებულება, დადგენილი წესის შესაბამისად გადაუხადოს სადაზღვევო გასაცემლები დაზღვეულ პირს. სადაზღვევო შემთხვევის ნიშნები და ჩამონათვალი განისაზღვრება სადაზღვევო წესების მიხედვით.

გადაზღვევა (reinsurance) წარმოადგენს დაზღვეული რისკისა და მასთან დაკავშირებულ ვალდებულებათა გადაცემას ერთი სადაზღვევო კომპანიიდან მეორისათვის; ჩვეულებრივ, გამოიყენება სადაზღვევო პორტფელის გაფართოებისათვის.

ჯგუფური დაზღვევა – ნებისმიერი სადაზღვევო პოლისი ან სამედიცინო მომსახურება, რომლის მიხედვით დასაქმებულთ (ზშირად მათ ქვეშემდგომთა) ჯგუფები მოცულია ერთი პოლისით ან კონტრაქტით, მოწოდებულით დამსაქმებლის ან სხვა ჯგუფური ორგანიზაციების მიერ.

13.3. სადაზღვევო რისკი

დაზღვევის ობიექტია სადაზღვევო რისკი, რომელიც დაკავშირებულია სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მოსალოდნელ დანახარჯებთან. სიტყვა რისკი იტალიური წარმოშობისაა, ძველმა მეზღვაურებმა “Risco” წყალქვეშა კლდეებს, რიფებს შეარქვეს. ამ სიტყვამ შემდგომში საერთო საფრთხის მნიშვნელობა შეიძინა¹⁰.

ამერიკელი ეკონომისტი ფრენკ ჰეინემან ნაითი თავის შრომაში „Risk, Uncertainty and Profit“ ამბობს: „რისკი უთვლადი უცნობებისაგან განსხვავებით, თვლად უცნობს წარმოადგენს“⁶.

დაზღვევის ეკონომიკის ცნობილი მკვლევარის კარლ ჰაქსის მიხედვით, “რისკი წარმოადგენს გვემასა და სინამდვილეს შორის ნეგატიურ გადახრას, გარკვეული ქმედების განუხორციელებლობის საფრთხეს”¹¹

ბევრ არახელსაყრელ მოვლენას აქვს რეალიზაციის ალბათობის თვისება. მოვლენის ალბათობა წარმოადგენს მოვლენის მათემატიკურ ნიშანს, რომელიც გამოხატავს მოვლენის დადგომის სიხშირის გათვლის შესაძლებლობას სტატისტიკური მონაცემების (მოვლენების) საკმარისი რაოდენობით არსებობის შემთხვევაში.

კლინიკური და მართვითი ხასიათის გადაწყვეტილებები ჩვეულებრივ დაკავშირებულია გარკვეული სახის რისკებთან. საუკეთესო შემთხვევაში, ცნობილია თუ რა შედეგებია მოსალოდნელი და თითოეული შედეგის მიღება რა ალბათობითაა შესაძლებელი. უარეს შემთხვევაში, არანაირი ინფორმაცია არ არსებობს შედეგებისა და ალბათობის შესახებ. მენეჯერების ამოცანას წარმოადგენს იმ რისკების იდენტიფიკაცია, რომელთა ანალიზი რთულია და ამ რისკებთან მიმართებაში საუკეთესო სტრატეგიის შემუშავება.

ამგვარად რისკისათვის დამახასიათებელია ორი მთავარი ნიშანი – **ალბათობა და ზარალი**.

ყოველი არასასურველი მოვლენა განპირობებულია საწყისი მიზეზების, ანუ ინციდენტების ერთობლიობით. შემდგომი თანმიმდევრული ნაბიჯების ჯაჭვი, რომელიც მიმართულია ინციდენტიდან საბოლოო (მთავარი) მოვლენამდე წარმოადგენს სცენარს. როდესაც გაქვს საწყისი ინციდენტების წარმოშობის და შუალედური ნაბიჯების ალბათობის შესახებ ცოდნა, შესაძლებელია გამოვთვალოთ მოცემული სცენარის და მისი შესაბამისი მთავარი მოვლენის რეალიზაციის ალბათობა

როდესაც შედეგები უცნობია, გადაწყვეტილებების მიღების სამი საშუალება არსებობს:

- < რისკიანი შედეგების აღწერა;
- < რისკიანი შედეგების შეფასება;
- < რისკების მართვა.

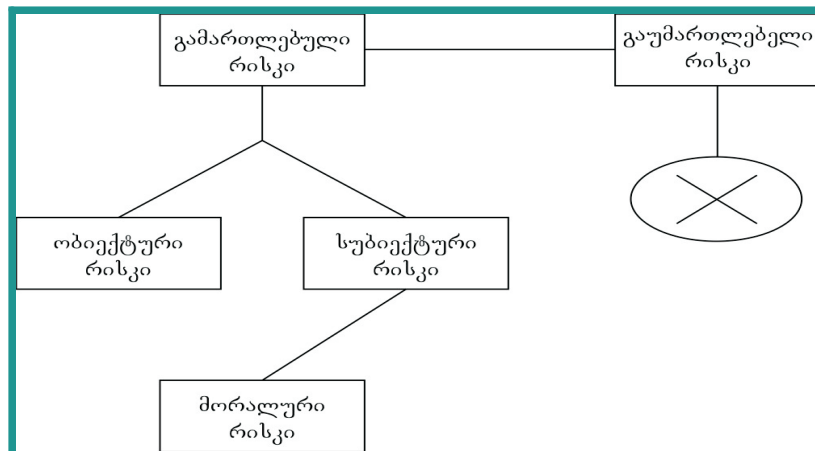
რადგანაც ბევრ სფეროში გაურკვეველობა მთავარ საკითხს წარმოადგენს, გადაწყვეტილებების მიღება ერთნაირია რეალურ ინვესტიციებთან (მაგ., შენობები, მოწყობილობები, ტრენინგები), ფინანსურ ინვესტიციებთან (მაგ., აქციები, დაზღვევა), და კლინიკურ გადაწყვეტილებებთან (გამოკვლევები, თერაპიული ღონისძიებები) მიმართებაში. ყველა ამ ჩამოთვლილ საკითხებზე გადაწყვეტილებების მიღების რისკიანი შედეგების აღწერის, შეფასების, და მართვის ერთნაირი ტექნოლოგიები არსებობს.

რისკი არსებობს ორი სახის:

- < გამართლებული რისკი;
- < გაუმართლებელი რისკი.

დაზღვევის ეკონომიკის შესწავლის საგანს სწორედ გამართლებული, კეთილგონიერი რისკი წარმოადგენს, რომლის მოხდენის ალბათობა გაცილებით უფრო ნაკლებია, ვიდრე სარისკო ქმედების საშუალებით მიღწეული საზოგადოებრივი სიკეთე, ფინანსური მოგება, მდგრადობა და ა.შ.

ნახაზი 1: გამართლებული და გაუმართლებელი რისკები



საფრთხის მახასიათებლების მიხედვით განარჩევენ ობიექტურ და სუბიექტურ რისკებს.

ობიექტურია რისკი, რომელიც გარკვეული ბუნებრივი მოვლენებიდან, საგნებიდან გამომდინარეობს. **სუბიექტურია რისკი**, რომელიც ძირითადად ადამიანიდან, მისი ხასიათიდან, ქცევის ნორმებიდან გამომდინარეობს¹⁰.

მორალური რისკი განეკუთვნება სუბიექტური რისკის კატეგორიას, რადგანაც მისი წარმოშობა პიროვნებიდან გამომდინარეობს და არაობიექტურ ხასიათს ატარებს. მორალური რისკი დაზღვევის ეკონომიკისა და საერთოდ საზოგადოების სტაბილურობისათვის დიდ საფრთხეს წარმოადგენს¹⁰.

ჩვეულებრივ, მოსახლეობაში რისკის მიმართ არაკეთილგანწყობილი დამოკიდებულებაა. ისინი ცდილობენ თავი აარიდონ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ხარჯების წინდაწინ, ყოველთვის გადახდას, ხოლო ავადმყოფობის დადგომისას კატასტროფული ხარჯების ერთდროული გადახდის გამო მძიმე ეკონომიურ მდგომარეობაში ვარდებიან. განვიხილოთ ასეთი მაგალითი; ერთ წლამდე ასაკის ბავშვი დედას წელიწადში 12-ჯერ ან 8-ჯერ მიჰყავს ექიმთან, ანუ წელიწადში საშუალოდ 10-ჯერ. ბავშვის ჯანმრთელობის რისკი არაკეთილსაიმედოა, თუ მისი ვიზიტების რაოდენობა 10-ზე ნაკლებია. რისკის არაკეთილსაიმედობის ხარისხი განისაზღვრება 10 ვიზიტზე თუ რამდენად ნაკლებ ვიზიტს ჩაიტარებს იგი.

13.4. რისკი და კაპიტალიზაცია

ჯანდაცვის პროვაიდერებს, რომელთა დაფინანსება კაპიტალიზაციური მეთოდით ხორციელდება, ყოველთვის რისკის და გაუკვევლობის ქვეშ იმყოფებიან. რისკი დამოკიდებულია დანაკარგების ალბათობაზე და ამ დანაკარგების ზომაზე. მაგალითად, ფილტვის გადანერგვის საჭიროების ალბათობა შესაძლებელია ჰქონდეს 10000 ბენეფიციარიდან ერთს. მიუხედავად ამისა, იგი წარმოადგენს მთავრ რისკს, რადგანაც ფილტვის გადანერგვა ძალიან დიდ ხარჯებთანაა დაკავშირებული.

კაპიტალიზაციური მეთოდით დაფინანსებისას პროვაიდერები სამი პრობლემის წინაშე დგანან:

- < გაურკვეველია ჯანდაცვის გარკვეული სერვისების უტილიზაციის მაჩვენებელი;
- < მოსახლეობის დემოგრაფიული მონაცემები წლიდან წლამდე იცვლება;
- < დაავადებათა შემთხვევების რიცხვი შეიძლება განსხვავდებოდეს სტატისტიკური მონაცემებისგან (მაგალითად, წლის განმავლობაში შესაძლოა ორ პაციენტს დასჭირდეს ფილტვის ტრანსპლანტაცია, მაშინ როდესაც მაჩვენებელი შეადგენს ერთს ათათასთან).

რისკის შესამცირებლად მრავალი მეთოდები არსებობს. ერთ-ერთს წარმოადგენს რისკის კორექტირება, როდესაც კაპიტალიზაციის მაჩვენებელი კორექტირებულია მოსალოდნელზე მაღალი ან დაბალი უტილიზაციის დროს. რისკის კორექტირება ხშირად ფიქსირებული კაპიტალიზაციის მაჩვენებლის დადგენის პროცესის პირველ ნაბიჯს წარმოადგენს. პროვაიდერებს შეუძლიათ რისკის კონტროლის განხორციელება ზოგი სერვისის გამორიცხვის მექანიზმითაც. ანუ, როდესაც სხვა პროვაიდერია პასუხისმგებელი ზოგი პაციენტის სამედიცინო მომსახურებისათვის, მაშინ კაპიტალიზაცია არ მოიცავს მას. ასე მაგალითად, ადგილობრივი ფსიქიატრიული სამედიცინო დაწესებულება ახორციელებს ფსიქიური ავადმყოფების მკურნალობას, ან რეაბილიტაციის ცენტრი აწარმოებს ტრავმული დაავადებების მკურნალობას და ა. შ.

რისკების შემცირების ყველა მეთოდს შეუძლია შეამციროს მოგება, თუმცა, შეთანხმებულ საბოლოო მაჩვენებელს შეიძლება ჰქონდეს მოგების პოტენცია. პროვაიდერი დაინტერესებულია ისეთი ხელშეკრულების შემუსავებით, რომელიც მას ზარალს არ მოუტანს. მზღვეველის მიზანია, პროვაიდერმა ისე მართოს სამედიცინო მომსახურება, რომ საბოლოო ჯამში პროვაიდერი, მზღვეველი და დაზღვეული მოგებულები დარჩნენ.

ნებისმიერი გადაწყვეტილების მიღების პირველ ნაბიჯს წარმოადგენს შესაძლებელი შედეგების ალბათობებისა და ღირებულების აღწერა და ხელსაყრელი სტატისტიკის კალკულაცია.

შესწავლას იწყებენ შესაძლებელი შედეგების ალბათობების შეფასებით. იდეალურ ვარიანტში, ეს ალბათობები დასაბუთებული უნდა იყოს სხვადასხვა შედეგების სიხშირის მტკიცებულებაზე. მაგალითად, თუ 1000 პაციენტიდან 250 აღნიშნავს ღებინებას წამლის მიღების შემდეგ, ღებინების ალბათობის კარგი შეფასება იქნება 0,25 (250/1000).

13.5. სადაზღვევო რისკის გამართიანება

ჯანდაცვის სისტემის ქმედუნარიანობის გასაძლიერებლად მნიშვნელობა ენიჭება ჯანდაცვის დაფინანსების ისეთი მექანიზმების დანერგვას, რომლებიც ხელს უწყობენ ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობას, გადამხდელუნარიანობის ტვირთის სამართლიანად განაწილებას ჯანმრთელიდან ავადმყოფზე, მდიდრიდან ღარიბზე. ფინანსური რისკებისაგან დასაცავად არსებობს წინასწარ გადახდის სისტემა - რისკის გადანაწილება (დაბალი რისკიდან მაღალი რისკისკისაკენ).

რისკის გაერთიანების ხასიათი სახელმწიფოს მიერ არჩეულ პრიორიტეტებთან, პოლიტიკურ მიდგომასთანა დაკავშირებული. რისკის გაერთიანება ემსახურება მოსახლეობის უნივერსალური მოცვისა და სოლიდარობის პრინციპის დაცვას. ავადობასთან დაკავშირებული კატასტროფული ხარჯებისგან მოსახლეობის დასაცავად შეგროვებული შემოსავალი აკუმულირდება და იმართება მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებს შორის რისკის გადანაწილებით.

რისკების გაერთიანება, ანუ პულინგი ტრადიციული გაგებით წარმოადგენს “დაზღვევის ფუნქციას” როცა მოსახლეობა ნებაყოფლობით, ან სავალდებულო წესით ხდება სადაზღვეო სქემის მონაწილე.

რისკების გაერთიანება გულისხმობს შეგროვებული შემოსავლების გაერთიანებას მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებს შორის რისკის გადასანაწილებლად. შემოსავლების გაერთიანებას ახორციელებდა როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო ორგანიზაციები. რისკების გაერთიანების მთავარი ფუნქცია არის ჯანმრთელობის დაცვის სამომავლო (სავარაუდო) ინტერვენციებთან დაკავშირებული ფინანსური რისკების ერთად თავმოყრა და წევრებზე გადანაწილება.

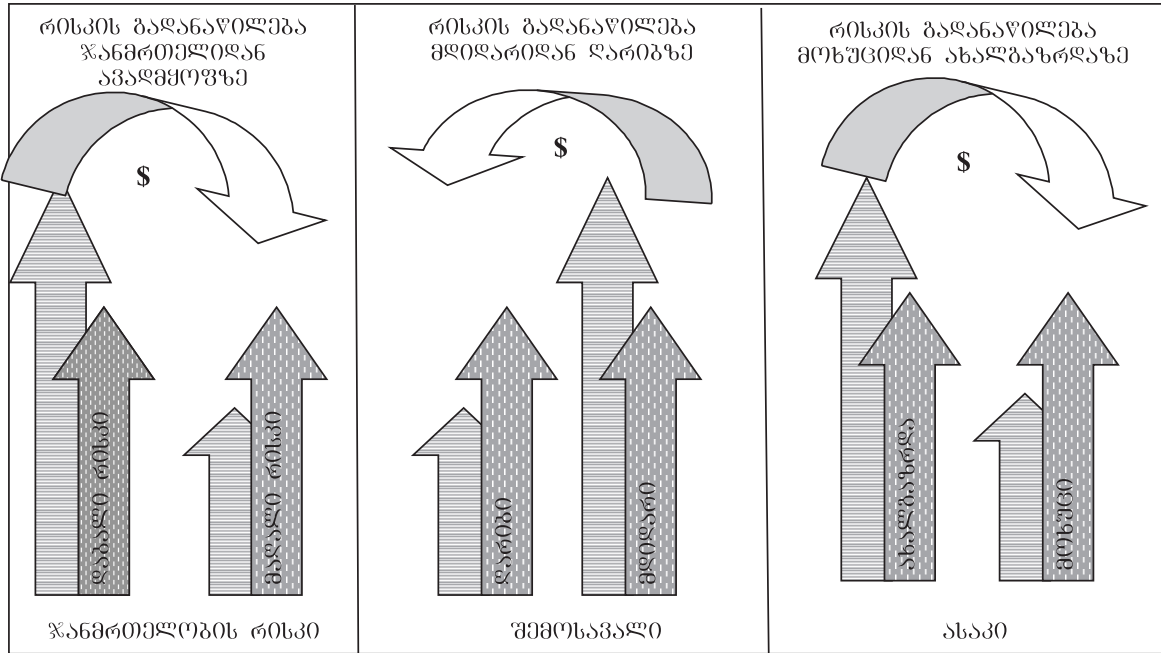
ჯანმოს განმარტებით რისკის გადანაწილების მექანიზმი არის “რამოდენიმე რისკის გაერთიანება დაზღვევის მიზნებისათვის, რათა გაწონასწორდეს ცალკეული ინდივიდის ჯანმრთელობის რისკების რეალიზაციის შედეგები”⁵.

მაშინ როდესაც შესაძლებელია ინდივიდუალურ დონეზე შედარებით ზუსტად განისაზღვროს გარკვეული სახის დანახარჯები, ჯანდაცვასთან დაკავშირებული ხარჯების დადგენა უმეტეს შემთხვევაში არაპროგნოზირებადია. მკვლევართა აზრით, იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც შესაძლებელია ინდივიდუალურ დონეზე ჯანდაცვის დანახარჯებზე მოქმედი ყველა ფაქტორის გაზომვა, წლიური დანახარჯების მხოლოდ 20 %-ის წინასწარ განსაზღვრაა შესაძლებელი. გარდა ამისა, კარგი ინფორმაციული სისტემის არსებობის შემთხვევაშიც კი ეს მაჩვენებელი იშვითად სცილდება 10%-ს. ამგვარად, რისკის გადანაწილების მექანიზმი აუცილებელს წარმოადგენს ინდივიდის ჯანდაცვის დანახარჯების მოცულობისა და დროსთან დაკავშირებული დიდი ალბათობის შესამცირებლად.

რისკის გაერთიანების მექანიზმით ხორციელდება დაავადების მკურნალობის ხარჯებთან დაკავშირებული რისკის გადანაწილება რისკის გაერთიანებაში მყოფ წევრებზე: მდიდრიდან ღარიბზე, ჯანმრთელიდან ავადმყოფზე, ცხოვრების ციკლის პროდუქტიული პერიოდიდან (ახალგაზრდა) არაპროდუქტიულზე (მოხუცი). სადაზღვეო პრინციპი შეიძლება ასე

ჩამოყვალბოთ: აუად გახდი მოიგე, ჯანმრთელი ხარ წააგე. რაც უფრო ბევრია სადაზღვევო ორგანიზაციაში დაზღვეულთა რაოდენობა, მით მეტია დაზღვევისათვის შვეროვილი თანხების რაოდენობა, შესაბამისად იზრდება დაზღვევის მდგრადობა და ფართოვდება გარანტირებული სამედიცინო დახმარების მოცულობა.

ნახაზი 2: რისკების გადანაწილება



წყარო: Smith P.C., Witter S.N. 2004. Risk Pooling in Health Care Finance, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper.

დაზღვევის უმთავრესი ფუნქციაა რისკების გაერთიანება-გადანაწილებაში და რისკების ანაზღაურებისათვის საჭირო ფულადი სახსრების სპეციალიზირებული სადაზღვევო ფონდის ფორმირება. აღნიშნული ფონდი შეიძლება იყოს როგორც სავალდებულო, ასევე ნებაყოფლობითი ხასიათის. ეკონომიკური და სოციალური მდგომარეობის გათვალისწინებით სახელმწიფო არეგულირებს ქვეყანაში სადაზღვევო საქმის განვითარებას. სპეციალიზირებული სადაზღვევო ფონდის ფორმირება ხორციელდება სარეზერვო ფონდების მეშვეობით, რომლებიც უზრუნველყოფენ დაზღვევის სტაბილურობას და ანაზღაურების გარანტიას.

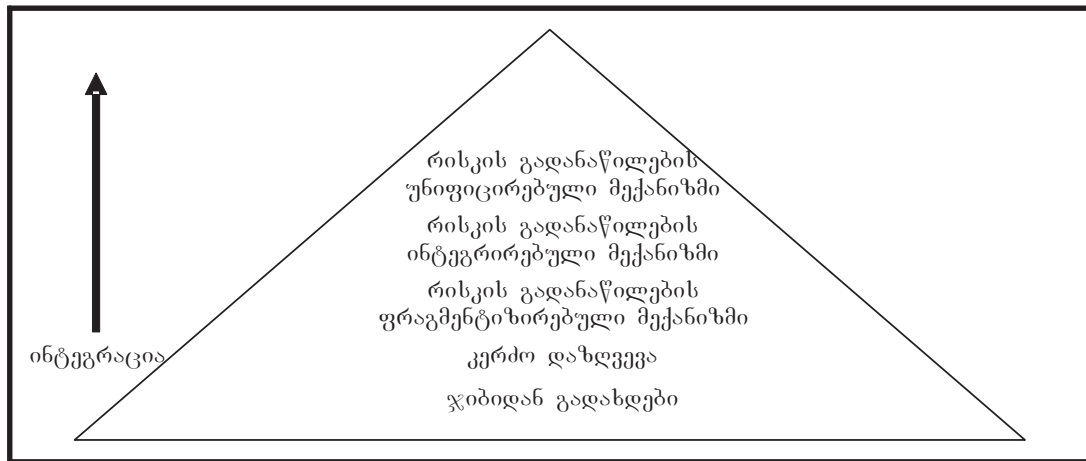
რისკების გადანაწილებისადმი ოთხი მიდგომა არსებობს:

- < რისკის გადანაწილების მექანიზმის არარსებობა, რომლის შემთხვევაშიც, პასუხისმგებლობა ყველა დანახარჯზე აკისრია ინდივიდს.
- < რისკის გადანაწილების უნიფიცირებული მექანიზმები, რომლის შემთხვევაში ჯანდაცვის დანახარჯებზე პასუხისმგებლობა გადაეცემა ერთ ნაციონალურ ფონდს (მაგ. დიდ ბრიტანეთში);
- < რისკის გადანაწილების ფრაგმენტიზირებული მექანიზმები, რომლის შემთხვევაშიც არსებობს რიგი დამოუკიდებელი ფონდები (სახელმწიფო, კერძო, მუნიციპალური, კორპორაციული), რომლებიც ფუნქციონირებენ დამოუკიდებლად;

< რისკის გადანაწილების ინტეგრირებული მექანიზმები, რომლის შემთხვევაშიც ხდება ფრაგმენტიზირებული ფონდების ინტეგრაცია და ფრაგმენტაციის შედეგად წარმოშობილ რისკებს შორის განსხვავებების კომპენსაცია.

რისკების გაერთიანების მექანიზმები ფრაგმენტაციის დონეზეა დამოკიდებული. როდესაც ფრაგმენტაცია მაღალია რისკის გადანაწილება უფრო ნაკლებადაა შესაძლებელი. პირიქით, ყველაზე უნიფიცირებულ სისტემაში რისკების გადანაწილება უფრო მეტადაა შესაძლებელი. საილუსტრაციოდ შეიძლება გამოვიყენოთ “ინტეგრაციის პირამიდა”. როგორც ქვემოთ მოცემულ სქემაზეა გამოსახული, ინტეგრაციის ზრდის პარალელურად მცირდება არაპროგნოზირებადობის ხარისხი ცალკეულ ინდივიდთან დაკავშირებით.

ნახაზი 3: ინტეგრაციის პირამიდა

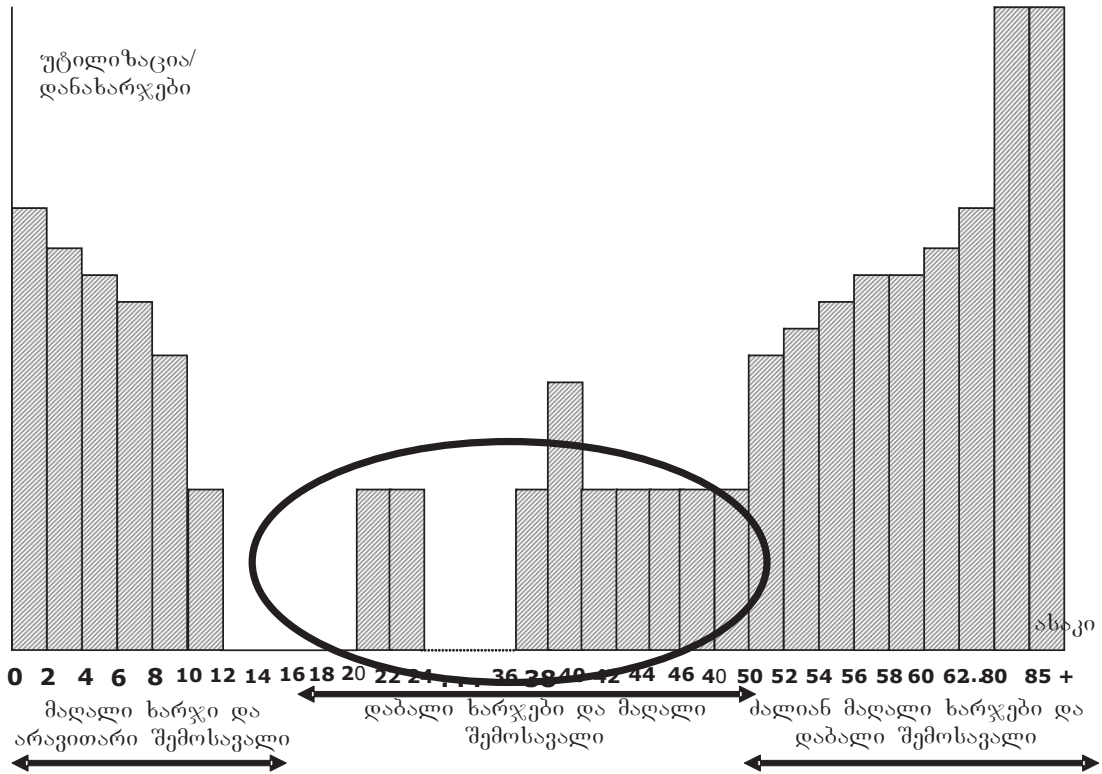


წყარო: Smith P.C. Witter S.N. 2001

ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც მთლიანად ჯიბიდან გადახდებზეა დამოკიდებული, მოსახლეობას განსაკუთრებით არაპროგნოზირებად მდგომარეობაში და დიდი ფინანსური რისკის ქვეშ აყენებს. კერძო დაზღვევას შეუძლია შეამციროს ეს რისკები ინდივიდუალურ დონეზე. მიუხედავად ამისა, თუ კერძო დაზღვევა დაფუძნებულია რისკის მიხედვით განსაზღვრულ შენაჯანებზე, მაშინ ის ნაკლებად ახდენს შემოსავლის ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით არსებული სხვაობების კომპენსაციას. რისკის გაერთიანების ფრაგმენტიზირებული მექანიზმი იძლევა რისკის ადგილობრივად გადანაწილების მცირე საშუალებას, მაგრამ მისი წევრები მაინც დაუცველნი არიან რისკების გადანაწილების სხვადასხვა მექანიზმებს შორის არსებული ვარიაციების მიმართ. ინტეგრაციის ამოცანაა ამ განსხვავებების შემცირება, რომლებიც მთლიანად აღმოფხვრილია უნიფიცირებული სისტემის შემთხვევაში. ასე რომ, ინტეგრირებული მოდელი უფრო ეფექტური მექანიზმია რისკების გადანაწილებისათვის.

ა.შ.შ.-ში რისკის გაერთიანება უფრო ჰეტეროგენულ ხასიათს ატარებს და დაფუძნებულია ისეთ ფაქტორებზე, როგორცაა ასაკი (მედიქა), სიღარიბე (მედიქეიდი), ან დასაქმება. ბევრ განვითარებად ქვეყნებში რისკის ძალიან მცირე გაერთიანებაა დამახასიათებელი. სახელმწიფო ფონდები ახდენენ სახელმწიფო დაწესებულებების მცირე სუბსიდირებას, ჯანდაცვის დაფინანსებაში მნიშვნელოვანი წილი ჯიბიდან გადახდებს უკავია, რომელიც შეიძლება იყოს როგორც ლეგალური (მაგ., თანაგადახდა) ან უფრო მეტად არალეგალური გადასახადი (არაოფიციალური, არარეგულირებადი).

ნახაზი 4: რისკის “Cream skimming” და ბაზრის სეგმენტაცია, სერვისის უტილიზაცია, შემოსავალი და ასაკი

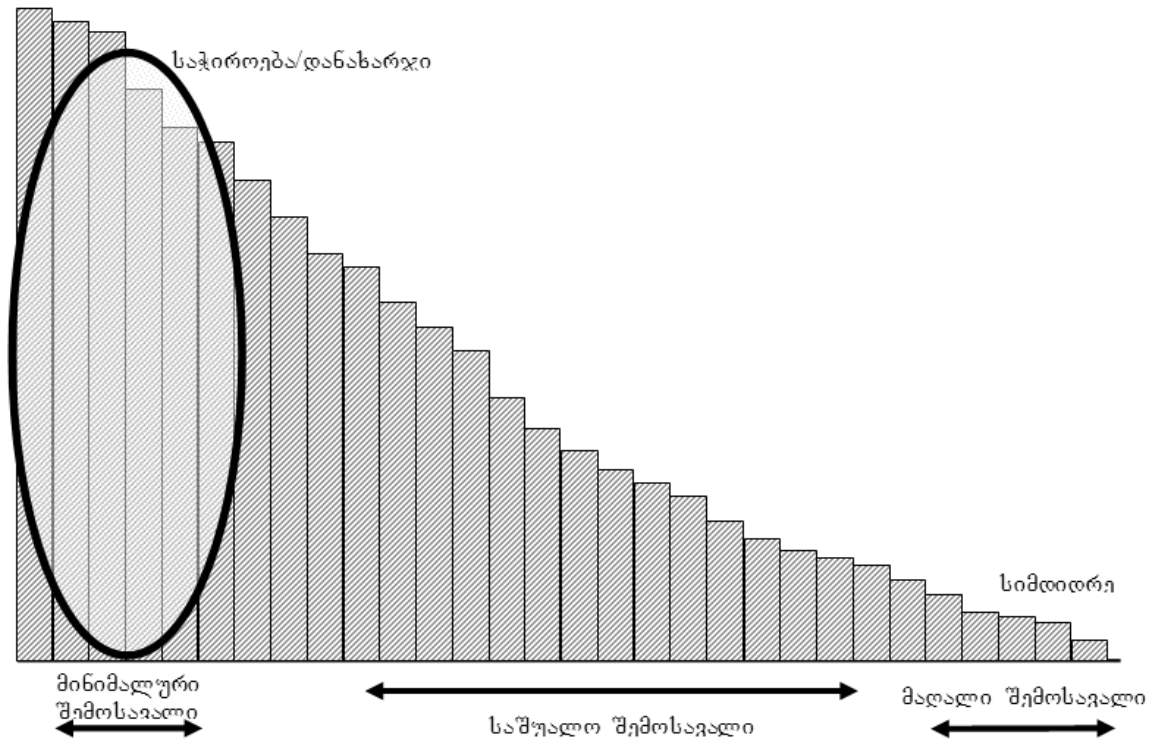


თუ სეგმენტაცია კეთდება სიმღიღრის და არა ასაკის მიხედვით სურათი იქნება შემდეგი (ნახაზი 5)

რისკის გაერთიანების არარსებობა.

ქვეყნები, სადაც ჯიბიდან გადახდები ჯანდაცვის დაფინანსების ძირითად წყაროა, წარმოადგენენ რისკის გაერთიანების მექანიზმის არ არსებობის მაგალითს. დღესდღეობით, საქართველო და სამხრეთ კავკასიის, ცენტრალური აზიის და სხვა რეგიონების განვითარებადი ქვეყნები ამ ჯგუფს განეკუთვნებიან. შესაბამისად, ამ ქვეყნებში არ ხდება რისკის გადანაწილება ღარიბიდან მდიდარზე, აუადმყოფიდან ჯანმრთელზე, ან მოხუციდან ახალგაზრდაზე. სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური პასუხისმგებლობა მძიმე ტვირთად აწევს დაბალშემოსავლიან პირებს, რომელთაც მეტი საჭიროება გააჩნიათ მასზე. აღნიშნულის გამო ისინი დაუცველნი არიან გაუთვალისწინებელი დანახარჯებით გამოწვეული სიღარიბისადმი. საქართველოში რისკების გადანაწილების მექანიზმების არ არსებობამ განაპირობა სახელმწიფოს სურვილი, განევითარებია ჯანმრთელობის დაზღვევა და მოეხდინა კერძო გადახდების მობილიზაცია წინასწარი გადახდების სახით, რაც უპირობოდ წარმოადგენს მოსახლეობის ფინანსური დაცვის უზრუნველყოფისა და ჯანმრთელობის დაცვის აუცილებელი მომსახურებების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების ამოცანას.

ნახაზი 5: ბაზრის სეგმენტაცია სოციალური მდგომარეობის მიხედვით



რისკის გადანაწილების უნიფიცირებული მექანიზმი

რისკის გადანაწილების უნიფიცირებული მექანიზმის შემთხვევაში შემოსავლები გროვდება ცენტრალიზებურად და ამ რესურსების საშუალებით ხორციელდება ჯანდაცვის მომსახურების განსაზღვრული პაკეტის ანაზღაურება იმ პირებისათვის, ვინც ამ საქმეში მონაწილეობას. უნიფიცირებული მოდელის შემთხვევაში რისკების გადანაწილება სავალდებულოა და გამორიცხავს მოსახლეობის შეძლებული და ჯანმრთელი ნაწილის მიერ შენატნების გადახდისაგან თავის არიდებას. რისკის გადანაწილების სავალდებულო და უნიფიცირებული მექანიზმი ჯანმრთელობის ნებაყოფლობით დაზღვევასთან დაკავშირებული ნაკლოვანებების (ნეგატიური სელექცია, მოსახლეობის გადარჩევა და შედარებით ჯანმრთელი პაციენტების მიღება, ტრანზაქციის მაღალი ღირებულება) აღმოფხვრის საშუალებას იძლევა.

მიუხედავად აღნიშნულისა, რისკის გაერთიანების უნიფიცირებულ მეთოდსაც აქვს თავისი სუსტი, არაეფექტური მხარეები. უნიფიცირებული ტიპის გაერთიანება/ფონდი საჭიროებს ძლიერ და ეფექტურ ადმინისტრირებას. კერძოდ, ისეთი მექანიზმების შემუშავებას, რომლებიც უზრუნველყოფს ყველა შენატანის რისკების გადანაწილების ერთ სისტემაში მოხვედრას, რითაც ყველა მომხმარებელს საშუალება ეძლევა ერთნაირი ხარისხით მიიღოს სარგებლის პაკეტით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურებები. გარდა ამისა, უნიფიცირებული მოდელის შემთხვევაში ადგილი არ აქვს მზღვეველებს შორის კონკურენციას, შედარებით ნაკლებია სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებს შორის კონკურენციაც. როდესაც ყველა მომხმარებელს უნიფიცირებული სარგებელთა პაკეტი ეძლევა მიმწოდებლისათვის უნიფიცირებული გადახდის საფუძველზე, მაშინ მიმწოდებელს ნაკლები სტიმული აქვს გააუმჯობესოს ხარისხი. ამასთან, ინდივიდებს თავიანთი სურვილის მიხედვით აირჩიონ სარგებლის პაკეტი.

პრაქტიკაში, რისკის გაერთიანების (Risk Pooling) აბსოლუტურად უნიფიცირებული სისტემის განხორციელება შეუძლებელია და შესაძლოა არც იყოს სასურველი¹². მიუხედავად იმისა, რომ რისკების გადანაწილების უნიფიცირებული მოდელი უზრუნველყოფს რისკების გადანაწილებას მთელ ერზე და შესაბამისად ამცირებს სხვაობას მოსალოდნელ დანახარჯებში, მან ასევე შეიძლება მნიშვნელოვნად შეზღუდოს არჩევანი და გამოიწვიოს უამრავი სირთულეები მართვითი კონტროლისა და კოორდინაციის თვალსაზრისით.

აღნიშნულის გათვალისწინებით, თითქმის ყველა ქვეყანაში, რისკის გადანაწილების მექანიზმების ადვილად სამართავად ჯანდაცვის რისკების გადანაწილებისა და შესყიდვის ფუნქციები გადაცემული აქვთ შედარებით მცირე ორგანიზაციებს.

რისკის გადანაწილების უნიფიცირებული მექანიზმის ჩამოყალიბება საქართველოში, ან ნებისმიერ სხვა განვითარებად ქვეყანაში, სადაც არსებობს საკმაოდ დიდი ზომის არაფორმალური სექტორი თითქმის შეუძლებელს წარმოადგენს. შესაბამისად, ასეთ შემთხვევებში უფრო მიზანშეწონილია აქცენტების სხვა მოდელზე გაკეთება.

რისკის გადანაწილების ფრაგმენტირებული მექანიზმები

როდესაც ერთზე მეტი რისკის გაერთიანება არსებობს ფრაგმენტაციის პოტენცია ყოველთვისაა შესაძლებელი. პიროვნებები ერთიანდებიან სპეციფიკურ გაერთიანებებში, რომლებიც დამოკიდებულია ისეთ კრიტერიუმებზე, როგორცაა¹²:

საცხოვრებელი ადგილი (გეოგრაფიული რისკის გაერთიანება);
დასაქმების სახე;

პერსონალური მახასიათებლები (ასაკი ან ჯანმრთელობის სტატუსი);

პერსონალური არჩევანი (მაგ., კონკურენტული სადაზღვევო ფონდები).

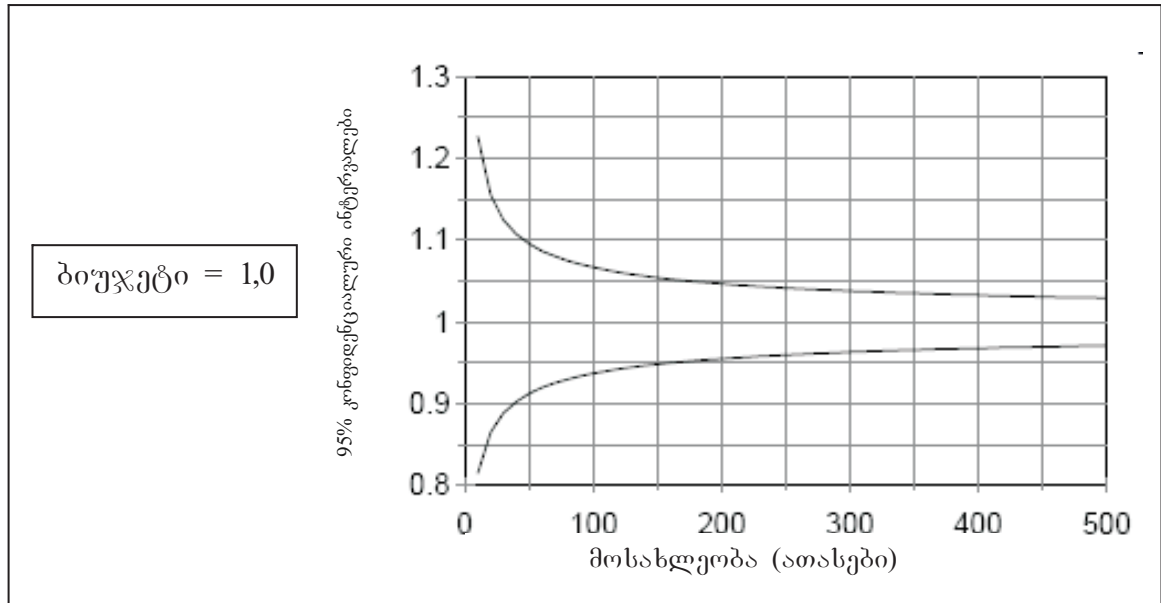
სპეციფიკურ რისკის გაერთიანებებში გაწვევრიანება შესაძლებელია იყოს ნებაყოფლობითი (მაგ., კონკურენტულ სადაზღვევო ფონდებში) ან სავალდებულო (მაგ., გეოგრაფიულად დადგენილ რისკის გაერთიანებებში).

ფრაგმენტირებული რისკის გაერთიანებისთვის დამახასიათებელია მოსახლეობის ცვლადი ზომა, შესაბამისად ერთ სულზე მოსალოდნელი ცვლადი ხარჯები. საერთოდ, გაერთიანებები, სადაც ასაკოვანი ადამიანების და ავადმყოფების მაღალი პროპორციაა შესაბამისად მაღალია თითო სულზე დანახარჯები. ასე მაგალითად, დიდ ბრიტანეთის ჯანდაცვის ნაციონალური სამსახური ორგანიზებულია დაახლოებით 100 გეოგრაფიული რისკის გაერთიანების (health authorities) მეშვეობით, რომლებიც მოიცავენ დაახლოებით 500 000 მოსახლეობას. მკვლევართა შეფასებით, მოსახლეობის დემოგრაფიული და სოციალური მახასიათებლების გათვალისწინებით, სტანდარტული დონის სამედიცინო მომსახურების გასაწევად თითო სულზე დანახარჯები აღნიშნულ გაერთიანებებს შორის საშუალო ეროვნულის 79,5 %-დან 135,4 %-მდე მერყეობს¹³. იგივე ვარიაციები აღინიშნება დასაქმებაზე დაფუძნებული ფრაგმენტაციის დროს. ასაკისა და ჯანმრთელობის სტატუსის მიხედვით ფრაგმენტაციისას ვარიაციები უფრო დიდია.

საერთოდ, მცირე რისკების გაერთიანებების დიდი რაოდენობა ხასიათდება დანახარჯებზე ვარიაციების უფრო მაღალი დონით, ვიდრე დიდი რისკების გაერთიანებების მცირე რაოდენობის სისტემა. ამგვარად, როდესაც რისკის გაერთიანებები პატარავდება, მოსალოდნელი ხარჯების წინასწარი განსაზღვრის გაურკვევლობის დონე მატულობს, რადგან იზრდება რისკიან მოსახლეობაში შემთხვევითი რყევების (random fluctuations) მნიშვნელობა.

ქვემოთ მოცემული ნახატი გამოსახავს, თუ როგორ მცირდება რისკის გაერთიანების ზომის გაზრდისას პერ კაპიტა ხარჯების შემთხვევითი ვარიაციები¹⁴.

ნახაზი 6: მოსახლეობის ზრდისას ხარჯებზე 95 % კონფიდენციალური ინტერვალები წლიურ ბიუჯეტთან მიმართებაში.



რისკის გადანაწილების ფრაგმენტირებული მექანიზმი ბევრ ქვეყანაში არსებობს. სახელმწიფო პრობლემებს აწყდება შზღვევების მიერ რისკების შერჩევით განპირობებული უთანასწორობის აღმოსაფხვრელად. რისკის გადანაწილების ფრაგმენტირებული მოდელი უფრო მეტად ისეთი ქვეყნებისათვისაა დამახასიათებელი, სადაც სახელმწიფოს მხრიდან ჯანდაცვის სექტორში ინტერვენციები სუსტია, ან საერთოდ არ არსებობს. მსგავსი მოდელის განვითარებამ გამოიწვია სადაზღვევო ბაზრის ჩავარდნები ისეთ ქვეყნებში, როგორიცაა: ჩილე, სამხრეთ აფრიკის რესპუბლიკა, ლიბანი. აქვე აღსანიშნავია, რომ ფრაგმენტირებული მოდელი გამოიყენება ისეთ მაღალგანვითარებულ ქვეყანაში, როგორიცაა ავსტრია.

სხვადასხვა რისკის ფგუფს შეიძლება გააჩნდეს სხვადასხვა რისკის დონე. მაგალითად, მეშახტის ჯანმრთელობის რისკი უფრო დიდია, ვიდრე სახელმწიფო მოსამსახურისათვის. ავსტრიაში, სადაც მეშახტეთათვის და სახელმწიფო მოხელეთათვის ცალკე-ცალკე ფონდები არსებობს, სახელმწიფო მოხელეთა შენატანები მეშახტეთა შენატანებზე ნაკლები იქნება, რადგან მათი რისკი დაბალია. აქვე აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფო მოხელეთა ხელფასი, როგორც წესი, უფრო მაღალია, ვიდრე მეშახტეების. ერთ სულ მოსახლეზე საჭიროებისა და დანახარჯების ვარიაცია იწვევს სხვაობას სადაზღვევო შენატანებშიც და ეს დამოკიდებული არ არის რისკის გადანაწილების მექანიზმის ეფექტურ მენეჯმენტზე. მეშახტეების სადაზღვევო შენატანების ოდენობა შეიძლება იმ დონემდე გაიზარდოს, რომ დაზღვევა მათთვის არახელმისაწვდომი გახდეს.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, რისკების ფრაგმენტაციის დროს შენატანები იმ სადაზღვევო ფონდებში რომლის უმეტესი მომხმარებელი ქრონიკული ავადმყოფი ან ღარიბია უფრო მაღალია. შესაბამისად, რისკების ფრაგმენტაციის დროს რისკების გადანაწილება ჯანმრთელიდან ავადმყოფზე და მდიდარიდან ღარიბზე ფერხდება.

რისკების გადანაწილების ფრაგმენტირებულ მეთოდთან დაკავშირებულ პრობლემებს კარგად ასახავს ლათინური ამერიკის ზოგიერთი ქვეყნის გამოცდილება (მაგ. ჩილე), სადაც ახალგაზრდე-

ბზე და ჯანმრთელებზე ცალკე სადაზღვევო სისტემის არჩევის უფლებამ ორიარუსიანი სისტემის წარმოქმნა განაპირობა. ასეთ სქემებში დარიბები, ასაკონები და დაავადებულები იხდიან უფრო მეტს, ვიდრე მოსახლეობის შედარებით ახალგაზრდა ჯგუფები. თუ მდიდრებს მიეცემათ სავალდებულო სადაზღვევო სისტემიდან თავის არიდების და კერძო დაზღვევის შესყიდვის უფლება, სახელმწიფოს მიერ ორგანიზებული რისკების გადანაწილების მექანიზმის ფინანსური მდგომარეობა საფრთხის წინაშე დგება. გარდა ამისა, საერთაშორისო გამოცდილება აჩვენებს, რომ რისკების გადანაწილების ფრაგმენტირებული სისტემის შემოღების შემდეგ რთულდება უკეთესი გადანაწილებისათვის მათი ხელახალი გაერთიანების პოლიტიკის გატარება, რადგან იგი არ აწყობს მოსახლეობის შედარებით ჯანსაღ და შეძლებულ ნაწილს.

უფრო ეფექტურ სისტემას წარმოადგენს კერძო დაზღვევის დამატებითი სახით შექმნის უფლება, ამასთანავე, ყველა მოქალაქესთვის სავალდებულოს უნდა წარმოადგენდეს სახელმწიფოს მიერ ორგანიზებულ რისკის გადანაწილების მექანიზმში შენატანის გადახდა.

რისკების გადანაწილების ინტეგრირებული მექანიზმები

იმ ქვეყნებში, სადაც შემოღებულ იქნა კონკურენტული სადაზღვევო მოდელი (გერმანია, ნიდერლანდები, ბელგია, შვეიცარია და ისრაელი), სადაზღვევო ფონდებს, რომლებსაც გააჩნიათ ჯანმრთელობის მცირე რისკები და ძლიერი სარესურსო ბაზა, შეუძლიათ მოითხოვონ მცირე სადაზღვევო შენატანები. ასეთი ფონდები უფრო კონკურენტული უპირატესობებით სარგებლობენ, რომელიც მათ კარგ მენეჯმენტთან ან მაღალ შესაძლებლობებთან არ არის დაკავშირებული.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, კონკურენტული სადაზღვევო მოდელი საჭიროებს რეგულირებას, რის გარეშეც ადგილი ექნება მომხმარებლის გადარჩევას და უფრო ჯანსაღ, მაღალი შემოსავლების მქონე მომხმარებლებზე პრიორიტეტის მინიჭებას. ამგვარად, სახელმწიფო ცდილობს ჩაერიოს სადაზღვევო ბაზრების ფუნქციონირებაში და განახორციელოს რისკების გათანაწილება, რათა მოახდინოს სადაზღვევო სქემებს შორის რისკის პროფილისა და შემოსავლების მიხედვით არსებული სხვაობების კომპენსაცია. აქედან გამომდინარე, რისკების გადანაწილების ინტეგრაციის მიზანია სტანდარტული სადაზღვევო შენატანის დაწესება.

რისკების გადანაწილების ინტეგრირებული მექანიზმი ამცირებს ინდივიდის გაურკვევლობას ჯანდაცვის დანახარჯებთან მიმართებაში და საშუალებას იძლევა ინდივიდის შენატანები არ იყოს დამოკიდებული ჯანმრთელობის რისკებთან.

ქვეყნებს განსხვავებული მიდგომა აქვთ რისკების გადანაწილების ინტეგრირებულ მექანიზმებთან. რისკების კორექცია დამოკიდებულია საჭირო ინფორმაციის არსებობასთან. მაგალითად, ესპანეთსა და ესტონეთში ყველა მოქალაქე ვალდებულია ერთნაირი სადაზღვევო შენატანი გადაიხადოს, შესაბამისად არ ხორციელდება შენატანის კორექცია ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვაზე მოთხოვნის მიხედვით.

დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის სისტემაში, რისკის გადანაწილების უნიფიცირებული მექანიზმი არსებობს, სადაც რისკები გადანაწილებულია გეოგრაფიული რეგიონების მიხედვით და რისთვისაც გამოყენებულია რისკების კორექტირების მეთოდი. ეს მეთოდი ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში მუშავდებოდა და წარმოადგენს ფორმულების ნაკრებს, რომელშიც გათვალისწინებულია რისკის დემოგრაფიული და სოციალური მახასიათებლები. რისკების კორექტირების ყველაზე სრულყოფილი მეთოდი გამოიყენება სტოკჰოლმის საგრაფოში, სადაც კაპიტაციის მიხედვით შემუშავებულია 51 განსხვავებული წლიური გადასახადი, რომელშიც გათვალისწინებულია ინდივიდის ასაკი, სქესი, ოჯახური მდგომარეობა, მფლობელობაში არსებული უძრავი ქონება და სამსახურებრივი მდგომარეობა.

განვითარებად ქვეყნებში, სადაც სახელმწიფოს დაზღვევის კომპლექსური და ყოვლის-მომცველი ბაზრის რეგულირების შეზღუდული შესაძლებლობები აქვს, მიზანშეწონილია რისკების კორექციის მარტივი და ადვილად აღმინისტრირებადი მეთოდების დანერგვა, აგრეთვე ადგილობრივი მახასიათებლების, ინსტიტუტების შესაძლებლობების, ადამიანური რესურსების დონის გათვალისწინება.

13.6. სამედიცინო სადაზღვევო შენატანები

სამედიცინო სადაზღვევო შენატანი ხელფასზე გადასახადს წარმოადგენს. სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანი შეიძლება არსებობდეს როგორც მხოლოდ სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანის სახით, ასევე წარმოადგენდეს საერთო სოციალური სადაზღვევო შენატანის ერთ-ერთ შემადგენელი ნაწილს. სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანი განისაზღვრება ხელფასზე ფიქსირებული პროცენტის დაწესებით, რომელიც მხოლოდ ჯანდაცვის დაფინანსებისათვის გამოიყენება. საერთო სოციალური სადაზღვევო შენატანიც ხელფასზე ფიქსირებული პროცენტის დაწესებით დგინდება, თუმცა ამ შემთხვევაში მხოლოდ მისი ნაწილი გამოიყენება ჯანდაცვის სისტემის დასაფინანსებლად. ასე მაგალითად, ზოგ ქვეყნებში საერთო სოციალური სადაზღვევო შენატანი გარდა ჯანდაცვის დაფინანსებისა, გამოიყენება სოციალური დაცვის ისეთი მხარეების დასაფინანსებლად, როგორცაა უმუშევრობა.

ზარალის ასანაზღაურებელი სახსრები ფორმირდება დამზღვევის მიერ სადაზღვევო შესატანის გადახდის გზით. შესატანი არის დამზღვევისთვის, ხოლო მზღვეველისთვის ის არის პრემია.

სადაზღვევო შენატანი წარმოადგენს დაზღვევისათვის გადასახდელ თანხას, რომლის სადაზღვევო ორგანიზაციაში რეგულარული გადახდის შემთხვევაში მზღვეველი, წინასწარ განსაზღვრული ხელშეკრულების შესაბამისად, დაზღვეულ პირს უნაზღაურებს ზარალს მთლიანად ან ნაწილობრივ.

სადაზღვევო შესატანი განსხვავდება გადასახადისაგან. გადასახადი წარმოადგენს სახელმწიფოს მიერ დაწესებულ ბეგარას კერძო პირების ან ორგანიზაციების შემოსავლებზე, მოგებაზე (პირდაპირი გადასახადი), საქონლის გამოყენებაზე მომსახურებით სარგებლობაზე (ირიბი გადასახადი) და ქონებაზე.

დაზღვეულის პერიოდული შენატანები სადაზღვევო პრემიის სახით რისკის ხარისხის მიხედვით გამოითვლება.

ყოველ შემთხვევითობას, კრიზისს, ინფლაციას, სიკვდილიანობას, ხანძარს, მიწისძვრას და ნებისმიერ საზიანო მოვლენას თავიანთი დადგომის ალბათობა გააჩნია. ყოველივე ამ მოვლენის სტატისტიკური შესწავლის შემდეგ ხდება ამ მასალის მათემატიკური დამუშავება. რაც უფრო დიდია შემთხვევის ალბათობა, მით უფრო მეტია ამ მოვლენასთან დაკავშირებული რისკის ხარისხი. რაც უფრო მეტია რისკის ხარისხი, მით უფრო მეტი სადაზღვევო პრემიის გადახდა უწევს დაზღვეულს მზღვეველი ორგანიზაციისათვის¹⁰.

სადაზღვევო შენატანის გამოთვლის ყველაზე მარტივ მეთოდს წარმოადგენს სამედიცინო სადაზღვევო ფონდის საერთო ხარჯების შეფარდება დაზღვეულთა საერთო რაოდენობასთან. საერთო ხარჯებს განეკუთვნება სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მოსალოდნელი ხარჯები, აღმინისტრაციული ხარჯები, დამატებითი დანახარჯების დასაფარავად საჭირო სარეზერვო ფონდი და სადაზღვევო კომპანიის მიერ დადგენილი მოგების პროცენტი.

სადაზღვევო შემთხვევის ხარჯი ზღმინისტრაციული ხარჯი + რეზერვი +
მოგება

სადაზღვევო შენატანი =

დაზღვეულთა საერთო რაოდენობა

სადაზღვევო პრემია აგრეთვე გამოითვლება დაზღვეული ღირებულების შეფარდებით გადახდილი სადაზღვევო პრემიების რაოდენობაზე და ამ რაოდენობის დინამიკაზე.

მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებისათვის სადაზღვევო რისკი და სამედიცინო დახმარებაზე მოსალოდნელი ხარჯები განსხვავებულია. ადამიანთა ერთ ნაწილს სხვასთან შედარებით მეტი სამედიცინო დახმარება სჭირდება. მოხუცები და ქრონიკული ავადმყოფები ახალგაზრდებისგან განსხვავებით მაღალი რისკის ჯგუფს განეკუთვნებიან. სადაზღვევო შენატანი შესაძლებელია ერთნაირი (არ ითვალისწინებს დაზღვეულთა რისკს), ან განსხვავებული (დაზღვეულთა სხვადასხვა ჯგუფებისათვის განსხვავებული) იყოს ყველა დაზღვეულებისათვის.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე დაზღვევის ეკონომიკის სიმძიმის ცენტრი გარკვეული სავარაუდო ციფრის მიგნებაში მდგომარეობს¹. სადაზღვევო საქმის მთელი ტექნიკა მათემატიკაზეა დაფუძნებული¹. დაზღვევის ცალკეულ დარგებში რისკის ხარისხის (აღბათობის) შეფასება განსხვავებულია, რის გამოც ახდენენ რისკის კლასებად დაყოფას¹. სტატისტიკური ანალიზი, მკვნე შემთხვევითობის ჯერ სხვადასხვა ჯგუფებად, ხოლო შემდგომ ამ ჯგუფების კლასებად დალაგების საშუალებას გვაძლევს, რომლისგანაც ყოველი კლასისათვის აუცილებელი სადაზღვევო პრემიის განაკვეთი ყალიბდება¹. რისკის ყოველი კლასის შესწავლით და პრემიების გამოთვლით განისაზღვრება ტარიფები დაზღვევის სახეების მიხედვით.

საკონტროლო კითხვები

1. რას წარმოადგენს დაზღვევა? 2. ჩამოთვალეთ დაზღვევის სახეები.
3. რა წარმოადგენს დაზღვევის საფუძველს?
4. ჩამოთვალეთ დაზღვევის სუბიექტები.
5. რა წარმოადგენს დაზღვევის ობიექტს?
6. რას წარმოადგენს სარეზერვო ფონდი?
7. რას წარმოადგენს სადაზღვევო ველი?
8. რას წარმოადგენს სადაზღვევო ინტერესი?
9. რას წარმოადგენს სადაზღვევო თანხა?
10. რას წარმოადგენს სადაზღვევო პოლისი?
11. რას წარმოადგენს სადაზღვევო შეფასება?
12. რას წარმოადგენს სადაზღვევო უზრუნველყოფა?
13. რას წარმოადგენს პროპორციული პასუხისმგებლობის სისტემა?
14. რას წარმოადგენს ზღვრული პასუხისმგებლობის სისტემა?
15. რას წარმოადგენს ბრუტოპრემია?
16. რას წარმოადგენს სადაზღვევო პრემია?
17. რას წარმოადგენს სადაზღვევო შემთხვევა?
18. რას წარმოადგენს რისკის გადანაწილების მექანიზმი?
19. რისკის გადანაწილების რამდენი მიდგომა არსებობს? ჩამოთვალეთ ისინი.

ლიტერატურა

1. კახაბერ ჯაყელი, გ. ხაჭაპურიძე, ჯანმრთელობის დაცვის ეკონომიკის განვითარების მნიშვნელოვანი მიმართულებები მსოფლიოს გამოცდილების გათვალისწინებით, თბილისი, 2003.
2. О развитии медицинского страхования за рубежом Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения, № 9, 2005 г
3. თამარ ცინცაბაძე, 2001 -2005 წლების ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მომზადების მეთოდოლოგიის შეფასება და მისი გაუმჯობესების რეკომენდაციები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, თბილისი, 2007 წ.
4. ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების კლასიფიკაცია და მომზადების მეთოდოლოგია, 2001 -2006 წწ., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური პროექტების განმახორციელებელი ცენტრის პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი, თბილისი, 2008 წ.
5. World Health Organization (2000), The World Health Report 2000. Health systems: improving performance, Geneva: World Health Organization.
6. Фрэнк Найт, Риск, неопределенность и прибыль. Москва, 2003.
7. თ. კალანდაძე, ი. ბრეგვაძე, რ. თაყაიშვილი. სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემის მშენებლობა საქართველოში, ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, თბილისი, 1999 წ.
8. ჯორბენაძე ა., საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეორიენტაციის ზოგიერთი შედეგის შესახებ. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის ნაციონალური ცენტრი, სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტ. I. თბილისი 1998 წ.
9. თ. კალანდაძე, ი. ბრეგვაძე, თ. ცინცაბაძე, თ. გოთუა, რ. თაყაიშვილი. მოსაზრებები სამედიცინო დაზღვევის საყოველთაო სავალდებულო სისტემაში დაზღვეულთა, მათთვის გაწეული მომსახურების სახეებისა და შესაბამისი ხარჯების აღრიცხვის გაუმჯობესების ღონისძიებათა შესახებ. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის ნაციონალური ცენტრი, სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტ. I. თბილისი 1998 წ.
10. ჯაყელი კ. დაზღვევის ეკონომიკის საფუძვლები, თბილისი, 1999 წ. გამომცემლობა “მეცნიერება”.
11. Frank Knight, Risk, Uncertainty and Profit” – London, 1992.
12. Smith Peter C., Wit ter Sophie N., Risk Pooling in Health Care Financing: The Implications for Health System Performance, HNP Discussion Paper, The World Bank, 2004.
13. NHS Executive (2000), Health authority revenue allocations exposition book, Leeds: NHS Executive.
14. Martin, S., Rice, N. and Smith, P. (1998), “Risk and the general practitioner budget holder”, *Social Science and Medicine*, 47, 1547-1554.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა

13.2. სოციალური დაზღვევა გერმანიაში (ბისმარკის მოღვაწეობა)

გერმანია არის პირველი ქვეყანა, სადაც გამოცხადდა სახელმწიფო სოციალური უსაფრთხოების სისტემა. 1845 წელს, ჯერ კიდევ გერმანიის გაერთიანებამდე, პრუსიაში პირველად შემოღებულ იქნა საავადმყოფო სახელმწიფო დაზღვევის კანონი, რომელიც სამედიცინო დაზღვევას ავალდებულებდა გარკვეული პროფესიების (მაგრამ არა ყველას) და სპეციალობის პირებს.

გერმანიის კანცლერმა ოტო ფონ ბისმარკმა (1815-1898) 1881 წელს წარმოადგინა დასაქმებულთა და მათი ოჯახების ავადმყოფობისაგან საავადმყოფო დაზღვევის პროგრამა, რომელსაც საფუძვლად დაედო 1838 წელს მიღებული კანონი რკინიგზის მუშაკთა კომპენსაციის შესახებ.

პარლამენტმა 1883 წელს ცნო პატერნალიზმითა და იმპერატორის ქარტიით მოტივირებული პროგრამა და შესაბამისად შემოღებულ იქნა **სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ სახელმწიფო კანონი**. იგი მიზნად ისახავდა უბრალო მუშების ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას, რომელთაც თვლიდნენ პოტენციურ ჯარისკაცებად. მას შემდეგ ჯანდაცვის ორგანიზაციის სისტემას, რომელსაც საფუძვლად უდევს დაზღვევის პრინციპები უწოდებენ **“ბისმარკის” სისტემას**.

კანონის თანახმად, წარმოების გარკვეულ სფეროებში დასაქმებულები, რომელთა საათობრივი ანაზღაურება მიაღწევდა კანონით დადგენილ საშემოსავლო ზღვარს, სავალდებულო წესით უნდა დაზღვეულიყო. სადაზღვეო ფონდების დაფინანსება ხორციელდებოდა დამქირავეებლთა და დაქირავეებულთა სადაზღვეო შენატანებით.

დაზღვეულები დაავადების შემთხვევაში ღებულობდნენ შრომისუუნარობის ფურცელს, რომელიც გრძელდებოდა 13 კვირის განმავლობაში და შეადგენდა ხელფასის 50%-ს. დადგენილი იყო პირველადი სამედიცინო მომსახურების პუნქტების და სამკურნალო დაწესებულებების რაოდენობა, ხოლო საავადმყოფოების რაოდენობა კი დამოკიდებული იყო “საავადმყოფოთა სალაროებზე”. “საავადმყოფოთა სალაროები” წარმოადგენდნენ არამომგებიან ორგანიზაციებს. მათ ჰქონდათ სამედიცინო დაწესებულების შერჩევის და კონტრაქტების დადების უფლება. სახელმწიფოს როლი შემოიფარგლებოდა საკონონმდებლო სტანდარტების შემუშავებით.

შემდგომ წლებში სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის პრინციპები გაგრძელდა საწარმოო შემთხვევებსა და ინვალიდობასთან დაკავშირებულ რისკებზე. 1884 წელს მიღებულ იქნა კანონი უბედური შემთხვევების დროს ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ, 1889 წელს ინვალიდთა და ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ, ხოლო 1927 წელს უმუშევართა დაზღვევის შესახებ.

სოციალური დაზღვევის ფონდები, რომლებიც ახდენდნენ სამედიცინო მომსახურების, უმუშევრობისა და პენსიების დაფინანსებას მოგვიანებით შეიცვალა “საავადმყოფოთა სალაროებად”. “საავადმყოფოთა სალაროების” შემოსავლებიდან 2/3 იხდიდნენ დაქირავებულები, ხოლო 1/3-ს დამქირავებულები. სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ სახელმწიფო კანონის მიღების შემდეგ მთელ გერმანიაში დაიწყო საავადმყოფოს სალაროების ფორმირება (ფაბრიკების, ქარხნების, სამშენებლო, თემური, ადგილობრივი და ა. შ.). გამოცდილებამ აჩვენა, რომ მსხვილი სალაროები უფრო უკეთ ახორციელებდნენ მათი წევრების სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფას, ვიდრე მცირე სალაროები. ამის გამო, 1885 წელს დაიწყო საავადმყოფო სალაროების გაერთიანების და ცენტრალიზაციის პროცესი, მათი რეორგანიზაცია ადგილობრივ (საქალაქო) საავადმყოფო სალაროებად¹.

1880-ინი წლებში საწარმოთა მუშებმა ბოიკოტი გამოუცხადეს საავადმყოფოს საღაროებს და მხარს უჭერდნენ ე. წ. ალტერნატიულ, დამოუკიდებელ სადაზღვევო საღაროებს (ე. წ. ერზაც საღაროებს), რომლებიც წარმოადგენდნენ თვითმმართველობით ორგანიზაციებს და რომელთა მართვას მთლიანად საწარმოს მუშაკთა წარმომადგენლები ახორციელებდნენ. მაგრამ, 1890-ინი წლების დასაწყისში არჩევანის შესაძლებლობები შეიზღუდა, საავადმყოფოს საღაროები გახდნენ სოციალ-დემოკრატიული პარტიის საყრდენ ძალებად. მოსამსახურეთა და საწარმოს მუშაკთა შეკავშირების მზარდი მოძრაობის შესაფერხებლად, ფედერალურმა მთავრობამ 1901 წელს მოსამსახურეთათვის სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის ცალკე პროგრამა შემოიღო. ვინაიდან საწარმოების მოსამსახურეებმა არჩევანის უფრო დიდი უფლება მიიღეს, ამ დროიდან ალტერნატიულმა ფონდებმა თითქმის მთლიანად მხოლოდ მოსამსახურეების მომსახურება დაიწყეს (1995 წლამდე). მიუხედავად იმისა, რომ შენატანებს დაქირავებულებთან ერთად იხდიდნენ დამქირავებლებიც, ალტერნატიულმა ფონდებმა შეინარჩუნეს დაქირავებულთა წარმომადგელობის უწინდელი სისტემა. აღსანიშნავია, რომ დღევანდლამდე ასეთი საღაროების მართვას მთლიანად საწარმოს მუშაკები ახორციელებენ². 1911 წელს მიღებულ იქნა საიმპერიო სადაზღვეო წესები, რომლითაც დადგინდა სოციალური დაზღვევის საერთო საკანონმდებლო ბაზა. ეს წესები ძალაში დარჩა 1988 წლამდე, უმნიშვნელო შესწორებებით⁴. აქვე აღსანიშნავია, რომ ბავშვის დაბადებისას შემწეობების გადახდის მარეგულირებელი წესები მოქმედებამია დღესაც².

1880-დან 1885 წლამდე დაზღვეულთა რაოდენობა გაორმაგდა². შემდგომ ათწლეულებში სოციალური დაზღვევით მოსახლეობის მოცვა კიდევ უფრო გაფართოვდა. 1885 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევით მოცული იყო მოსახლეობის 10 %, ხოლო 1987 წლისათვის დასავლეთ გერმანიის მოსახლეობის 88 %². 1949 წლიდან ჯანმრთელობის დაზღვევით აღმოსავლეთ გერმანიის მოსახლეობის 100 % იყო მოცული². აღმოსავლეთ გერმანიაში სოციალური დაზღვევა ხორციელდებოდა ორი ფონდის მეშვეობით: მუშების სოციალური დაზღვევის ფონდი (89%) და პროფესიონალთა, სასოფლო-სამეურნეო კოოპერატივების წევრების, მსახიობებისა და კერძო საქმიანობით დაკავებულთა ფონდი (11%)². 1990 წელს გერმანიის გაერთიანების შემდეგ აღმოსავლეთ გერმანიამ (გდრ) უარი თქვა საყოველთაო სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაზე და ჩამოყალიბდა გერმანიის ფედერაციულ რესპუბლიკაში არსებული სოციალური დაზღვევის სისტემა.

დაზღვეულთა მოცვის გაფართოვება ხორციელდებოდა სოციალური დაზღვევის სისტემაში სავალდებულო წევრობისათვის შემოსავლის ზედა ზღვარის გაზრდით და სოციალური დაზღვევის სისტემის გაერცვლებით მუშაკების ახალ კატეგორიებზე: სატრანსპორტო და დაწესებულებების (office) მუშაკები (1901 წ.), სასოფლო-სამეურნეო და სატყეო მუშაკები (1911 წ.), სახელმწიფო მოსამსახურეები (1914 წ.), უმუშევრები (1918 წ.), მეზღვაურები (1927 წ.), დაზღვეულთა ოჯახის წევრები (1930 წ.), პენსიონერები (1941 წ.), ფერმერები (1966 წ.), თვითდასაქმებული სასოფლო-სამეურნეო მუშაკები (1972 წ.), სტუდენტები და ინვალიდები (1975 წ.), 2004 წლიდან მათ დაემატათ სოციალური შემწეობების მიმღებები⁴. 1941 წლიდან პირებს, რომლებსაც აქვთ სავალდებულო დაზღვევაში გაწვევრიანებისათვის დადგენილ ზედა ზღვარზე მეტი, უფლება აქვთ აირჩიონ კერძო დაზღვევის სქემა.

ცხრილი 1: ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის განვითარების ტენდენციები გერმანიაში, 1880-2003 წწ

	1885	1913	1925	1938	1950	1960	1987	1997	2003
საავადმყოფოს საღაროები:									
საავადმყოფოს საღაროების რაოდენობა	18776	21342	7777	4625	1992	2028	1182	476	319
დაზღვეული მოსახლეობის წილი, %	10	35	51	-	-	83	88	88	88
შენატანების გადამხდელი დაზღვეული მოსახლეობის წილი, %	9	20	29	34	40	49	60	61	62
დასაქმებული მოსახლეობის წილი, რომელიც დაზღვეულია საავადმყოფო დაზღვევის კანონით, %	22	44	57	66	62	67	76	78	76
შენატანები:									
შემოსავლების %	2	3	6	-	6	8,4	12,6	13,5	14,3
სავალდებულო დაზღვევისათვის შემოსავლების ზედა ზღვარი (საშუალო შემოსავლის კოეფიციენტი)	3,1	2,1	1,6	1,9	1,5	1,3	1,1	1,3	1,6
სადაზღვეო შენატანების განაკვეთის განაწილება მუშაკებზე და დამქირებებლებზე	2/1	2/1	2/1	2/1	2/1	1/1	1/1	1/1	1/1
ხარჯები:									
ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის ხარჯები	0,2	0,7	1,7	1,9	2,6	3,2	6,2	6,4	6,9
მშპ-ის %	1,7/1		1/1			1/4	1/8	1/12	1/12

წყარო: Alber J. Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Entwic, klung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt am Main, Campus, 1992; Statistisches Bundesamt. Federal Health Monitoring System. Wiesbaden, 2004. <http://www.gbebund.de> (15 October 2004); Statistisches Bundesamt. Kostennachweis der Krankenhäuser und Vorsorgeoder Rehabilitationseinrichtungen: 2001 bzw. 2003. Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.1. Stuttgart, Metzler Poeschel, 2003, 2005.

მიუხედავად იმისა, რომ სოციალური დაზღვევის მთელი ისტორიის განმავლობაში მნიშვნელოვნად იზრდებოდა სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვეო შენატანები და ჯანდაცვის ხარჯები, ბისმარკის სოციალური დაზღვევის მოდელმა გაუძლო პირველ და მეორე მსოფლიო ომებს, 1923 წლის ჰიპერინფლაციას, 1929 წლის ეკონომიკური კრიზისს და 1948 წელს ახალი ვალუტის შემოღებას.

წინააღმდეგობები პროფესიონალურ სამედიცინო მუშაკებსა და სადაზღვეო ფონდებს შორის

გერმანიის თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემის ფორმირებაში დიდი გავლენა იქონია საავადმყოფოს საღაროებსა და ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების სფეროში კომერციულ საფუძველზე მომუშავე ექიმებს შორის ბრძოლამ. დღეს, როგორც წინათ, კერძო პრაქტიკის ექიმები უდიდეს გავლენას ახდენენ ჯანდაცვის მთელ სექტორზე.

1883 წლის კანონმდებლობა არ ითვალისწინებდა საავადმყოფო საღაროებსა და ექიმებს შორის ურთიერთობების რეგულირებას. ფონდებს ქონდათ სრული პასუხისმგებლობა დაედინათ ექიმთა ფონდებში გაწვერიანების წესები და მათი უფლება-მოვალეობანი, რომლებიც ინდივიდუალური კონტრაქტებით იყო გამყარებული. პირველ წლებში ასეთი მდგომარეობა აწყობდათ ექიმებს, მაგრამ 1890-იან წლებში, როდესაც მნიშვნელოვნად გაიზარდა ექიმების რიცხვი, უკმაყოფილებას გამოთქვამდნენ კონტრაქტების და დაავადებათა ფონდებში საექიმო პრაქტიკის

დაწეებაზე დაწესებული შეზღუდვების მიმართ. ექიმთა უკმაყოფილების მიზეზებს წარმოადგენდა აგრეთვე, დაავადებათა სალაროებში დაზღვეულთა რაოდენობის ზრდა, ექიმთან ავადმყოფთა მიმართვიანობის შეზღუდვა, საავადმყოფოს სალაროს მიერ დაქირავებულ ექიმთა დაბალი სოციალური მდგომარეობა. ექიმებმა ბრძოლა დაიწყეს საკუთარი დამოუკიდებლობის შენარჩუნების და შემოსავლების გაზრდის მიზნით, რისთვისაც აწყობდნენ გაფიცვებს, იყენებდნენ ლობიერების სისტემას. 1900 წ. მათ დაარსეს ექიმთა პროფესიული ასოციაცია (Hartmannbund).

1913 წელს სახელმწიფო პირველად ჩაერია დაავადებათა სალაროებსა და ექიმებს შორის წარმოქმნილ კონფლიქტში. ბერლინის კონვენციით შეიქმნა ექიმთა და დაავადებათა ფონდების ერთობლივი კომისიები, რომლებსაც უნდა განესაზღვრათ ექიმთა ლიცენზირებისა და ანაზღაურების წესები. დადგინდა ექიმთა რაოდენობასა და დაზღვეულებს შორის მინიმალური თანაფარდობა 1:1350, რომელსაც უზრუნველყოფდა ერთობლივი სარეგისტრაციო კომისიები. აღნიშნული წესები დღესაც მოქმედებს, თუმცა 1913 წლის შემდეგ მან ბევრი ცვლილებები განიცადა.

მას შემდეგ, რაც 1923 წელს ამოიწურა ბერლინის კონვენციის მოქმედების ვადა, კერძო პრაქტიკის ექიმებმა განაახლეს გაფიცვები. ამის საპასუხოდ ზოგიერთმა სადაზღვევო სალაროებმა საკუთარი სამედიცინო ცენტრები გახსნეს, რაც ექიმებმა მორიგ მუქარად აღიქვეს. ექიმები ნეგატიურად განწყვიტდნენ აგრეთვე პროფილაქტიკური მომსახურების ფართო სპექტრის, სანიტარული განათლებისა და სამედიცინო-სოციალური დახმარების დანერგვას. გაფიცვებს სახელმწიფომ ექიმთა და საავადმყოფოს სალაროების საიმპერიო კომისიის (ახლა მას საერთო ფედერალური კომისია ეწოდება) შექმნით უპასუხა, რომელსაც დაევა შედარებით და ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურებაზე გადაწყვეტილებების მიღებაზე პასუხისმგებლობა.

1923 წლის ეკონომიკური კრიზისის დროს პირველად იქნა შემოღებული სამკურნალო საშუალებების ღირებულებაზე პაციენტის მხრიდან თანაგადახდა (ღირებულების 10-20 %), ამასთან უმუშევრები განთავისუფლებული იყვნენ თანაგადახდისაგან (Reichelt, 1994). 1930 წელს ამის მაგივრად შემოიღეს ფიქსირებული დამატებითი გადახდა ყოველ გამოწერილ მედიკამენტზე და ნაწილობრივი გადახდა ამბულატორიულ კონსულტაციაზე (Reichsministerium des Innern, 1930). აღნიშნული ღონისძიებები წარმოადგენდნენ ვეიმარის რესპუბლიკის არსებობის უკანასკნელ პერიოდში საავადმყოფოს სალაროების შემოსავლების შემცირების და ფინანსური კრიზისის დროს უმუშევრობის ზრდის საპასუხო იძულებით ზომებს (Alber, 1992). გადაუდებელ ხასიათს ატარებდა აგრეთვე საავადმყოფოს სალაროების მიერ ექიმებზე კონტროლის დაწესება.

1933 წელს მათ დიდ გამარჯვებას მიაღწიეს ნახევრადსახელმწიფო სალაროებთან კონფლიქტის დროს და სამედიცინო პროფესიის სხვა წარმომადგებლებთან შედარებით უპირატესობა მოიპოვეს, კერძოდ ექიმებმა მიიღეს ამბულატორიულ მომსახურებაზე კანონიერი მონოპოლიის უფლება. ექიმთა რეგიონულმა ასოციაციებმა მოიპოვეს საავადმყოფოს სალაროებთან კომპლექსური ხელშეკრულების დადების და საკუთარი წევრებთან ანგარიშგების დამოუკიდებლად წარმოების უფლება. ახალი წესები გამოხატავდნენ საავადმყოფოს სალაროებთან და საავადმყოფოების ექიმებთან ბრძოლაში ამბულატორიული სექტორის ექიმთა მნიშვნელოვან კოლექტიურ გამარჯვებას. კერძო პრაქტიკის ექიმების მიერ ამბულატორიულ მომსახურებაზე მონოპოლია ნიშნავდა იმას, რომ მუნიციპალურ სამედიცინო სამსახურებს არ ჰქონდათ მკურნალობის, საავადმყოფოს სალაროებს – მედიკამენტების და სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის, ხოლო საავადმყოფოების უძრავი ქონებას ამბულატორიული პაციენტების მკურნალობის უფლება.

ამგვარად, ასეთი მონოპოლიის დაკანონებამ მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა სტაციონარული და ამბულატორიული სექტორების გაყოფაში, მუნიციპალური სამედიცინო სამსახურების განცალკევებაში. ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების დაყოფა ხელს უწყობდა საავადმყოფოს ასოციაციებს, ექიმებს და სახელმწიფო ორგანოებს შორის დაფინანსებასა და დაგეგმარებაში პასუხისმგებლობების განაწილებას. სტაციონარული და ამბულატორიული

სექტორების გაყოფაში მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა მედიცინაში აღრეულმა სპეციალიზაციამ. XX ს-ის დასაწყისში ბევრ სამედიცინო ფაკულტეტებს გააჩნდათ კათედრები ყველა ძირითად კლინიკურ და ფუნდამენტურ სამეცნიერო დისციპლინებში.

ნაციონალ-სოციალიზმის პერიოდი (1933-1945 წწ.)

ნაციონალ-სოციალიზმის პერიოდში სოციალური დაზღვევის სისტემის ძირითადი სტრუქტურები, მათ შორის დაფინანსების და სამედიცინო მომსახურების, შენარჩუნებულ იქნა. სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა გავრცელდა პენსიონერებზე (1941 წ.); მიღებულ იქნა კანონი, რომლის მიხედვით საავადმყოფოს სალაროებს სტაციონარული მკურნალობის ხარჯები უნდა დაეფინანსებინათ არა მარტო საკუთარი წევრებისათვის, არამედ მათი ოჯახებისათვისაც (1936 წ.), რასაც საავადმყოფოს სალაროების უმრავლესობა წინათ ნებაყოფლობით ახორციელებდნენ.

ნაციონალ-სოციალიზმის პერიოდში განხორციელდა ყველა საავადმყოფოს სალაროს (1934 წ.), ჯანმრთელობის ადგილობრივი ორგანოების (1935 წ.), სოციალური უზრუნველყოფის და სანიტარული განათლების არასამთავრობო ორგანიზაციების, ექიმთა პროფესიული ორგანიზაციების (1933-1935 წწ.) ცენტრალიზაცია. ხელმძღვანელ პოსტებზე დანიშნენ ხორციელდებოდა ნაციონალ-სოციალისტური მუშათა პარტიის მიერ. ებრაელ ექიმებს აეკრძალათ სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევით დაზღვეულთა მკურნალობა (1933 წ.) და საერთოდ სამედიცინო პრაქტიკის ჩატარება (1938 წ.). სამედიცინო წრეებში ნაციონალ-სოციალისტური პარტიის გავლენა განსაკუთრებით ძლიერი იყო, და ექიმთა უმრავლესობა მიესალმებოდა მათი კოლეგების, ებრაელი ექიმების თავიანთი წრიდან გარიცხვას.

სავალდებულო სალაროების დასუსტების ფონზე ძლიერდებოდნენ ამბულატორიული ექიმების გაერთიანებები. ექიმთა რეგიონული ორგანიზაციები და ხელახლა შექმნილი ექიმთა ნაციონალური ასოციაცია დაფუძნდნენ როგორც სახელმწიფო ორგანოები (1934 წ.). მათ მიიღეს კერძო პრაქტიკის ექიმების დამოუკიდებლად, საავადმყოფოს სალაროსთან თანხმობის გარეშე რეგისტრაციის უფლება. ამასთან მათ დაეკისრათ გადაუდებელ ამბულატორიულ მომსახურებაზე და ყველა ამბულატორიულ ექიმზე კონტროლის პასუხისმგებლობა.

ომისშემდგომი პერიოდი

გერმანიის დემოკრატიული რესპუბლიკის სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემა

1945 წლის 8 მაისს გერმანიის კაპიტულაციის შემდეგ ორი ქვეყნის, გერმანიის დემოკრატიული რესპუბლიკისა (1949 წ.) და გერმანიის ფედერაციული რესპუბლიკის, შექმნის შედეგად ჯანდაცვა, ისევე როგორც სოციალური ეკონომიკის ყველა სხვა დარგები განვითარდა ორი ერთმანეთისაგან განსხვავებული სქემით.

გერმანიის დემოკრატიულ რესპუბლიკაში ჯანდაცვის ახალი სისტემის ფორმირება ხორციელდებოდა ვეიმარის რესპუბლიკის ეპოქაში არსებული სოციალური ჰიგიენისა და მუნიციპალური ჯანდაცვის ტრადიციებზე, რომელზეც უდიდეს გავლენას ახდენდნენ საბჭოთა კავშირის, შვეციის და დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის სისტემები. აღმოსავლეთ გერმანიაში ჩამოყალიბდა ცენტრალიზებული, სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემა, სამედიცინო პერსონალი გახდა სახელმწიფოს მიერ დაქირავებული. მიუხედავად ამისა, საბჭოთა კავშირის ჯანდაცვის სისტემისაგან განსხვავებით, ამბულატორიული მომსახურება ორგანიზაციულად იქნა განცალკევებული სტაციონარული დახმარებისაგან. გარდა ამისა, დე იურე შენარჩუნებულ იქნა სოციალური დაზღვევის პრინციპი, ანუ გადასახადებისგან გამოყოფილ იქნა სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანები, მაგრამ ამასთან ფუნქციონირებდა მხოლოდ ორი დიდი საავადმყოფოს სალარო, ერთი – მუშაკებისათვის (89 %) და ერთი სპეციალისტებისათვის, სასოფლო სამეურნეო კოოპერატივების წევრებისათვის, ხელოვნების მუშაკებისათვის და თვითდასაქმებულებისათვის (11 %).

თუმცა, დე ფაქტო, სოციალური დაზღვევის სისტემის როლი მკვეთრად იქნა შეზღუდული.

ექიმები წარმოადგენდნენ სახელმწიფოს მიერ დაქირავებულებს. ამასთან გერმანიაში არ განხორციელებული ყველა სამედიცინო დაწესებულების ნაციონალიზაცია. 1989 წლისათვის საავადმყოფოთა საწოლების 7 % არ წარმოადგენდა სახელმწიფოს საკუთრებას და ზოგიერთი ექიმი ჯერ კიდევ ახორციელებდა კერძო პრაქტიკას³.

1970-იან წლებიდან მოყოლებული, არასაკმარისი დაფინანსების, კადრების და თანამედროვე სამედიცინო მოწყობილობების ნაკლებობის გამო გერ-ის ჯანდაცვა უკვე აღარ აკმაყოფილებდა დასავლეთის სტანდარტებს, ხოლო 1980-იანი წლების შუა პერიოდიდან დარგში შექმნილი მდგომარეობა უკიდურესად გაუარესდა. 1989 წელს ჯანდაცვის ნაციონალურ კონფერენციაზე გადაწყვეტილ იქნა ჯანდაცვის სექტორში რეფორმების განხორციელება, მაგრამ ბერლინის კედლის დაცემის შემდეგ გერ-მა, როგორც სახელმწიფომ, შეწყვიტა არსებობა.

სოციალური დაზღვევის სისტემის განვითარება გერმანიის ფედერაციულ რესპუბლიკაში

ადგილობრივი საავადმყოფოს საღაროები, პროფკავშირები და სოციალ-დემოკრატიული პარტია ცდილობდნენ შეექმნათ დაავადებათა, სიბერის და უმუშევრობის დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი. მათ მიზანს წარმოადგენდა ამბულატორიულ ექიმებთან მოლაპარაკებისას საკუთარი პოზიციების გაძლიერება. მაგრამ, 1949 წლის პირველ არჩევნებში გაიმარჯვა კონსერვატიულ ქრისტიანულ-დემოკრატიულმა პარტიამ, რომელმაც 1955 წელს პრაქტიკულად აღადგინა ვეიმარის რესპუბლიკის პერიოდის ჯანდაცვის სისტემა.

1949 წლის ძირითადი კანონის (Basic Law) მიხედვით, გერმანიის კონსტიტუციით, ფედერალურ მთავრობას აქვს განსაკუთრებული უფლება ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის საკითხებზე, ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის დადგენის თვალსაზრისით. მთავრობას აქვს უპირატესი როლი ისეთ საკითხებთან მიმართებაში, როგორცაა: სარგებელის დადგენა, სამედიცინო მომსახურების მიღების უწყვეტობა, სავალდებულო გაწვევრიანება, რისკების (ფიზიკური, ემოციური, ფსიქიური, გადაუღებელი და პრევენციული მომსახურება) მოცვა, პაციენტის დაავადების შემთხვევაში შემოსავლის მიღება, დამქირავებლებისა და დაქირავებულთა შენატანები და სხვა მთავარი საკითხები. თუმცა, ზოგი სარგებლის დაფინანსების და საავადმყოფოების დაგეგმვის და დაფინანსების გარდა, სამედიცინო მომსახურების მართვასა და მიწოდებაზე პასუხისმგებლობა დელეგირებულ იქნა არასახელმწიფო ორგანიზაციებზე: სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერთა ეროვნული და რეგიონული ასოციაციები, ლენდის საავადმყოფოების ასოციაციები, არამომგებიანი სადაზღვევო ფონდები, კერძო სადაზღვევო კომპანიები, ნებაყოფლობითი ორგანიზაციები.

მოცვის მობილურობა, უწყვეტობა და სარგებლები არ არის დამოკიდებული რეგიონალურ ან ლოკალურ ინტერპრეტაციებზე, როგორც მზღვეველების, ასევე პოლიტიკოსების, ადმინისტრატორების, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების მხრიდან. ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულება, ან ჰოსპიტალი მონაწილეობას ღებულობს სახელმწიფოს მიერ გამოცხადებულ მოსახლეობის უნივერსალურ მოცვაში. მოსახლეობას, რომელიც საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას, უფლება აქვს მიიღოს იგი და არცერთ მიმწოდებელს არ შეუძლია უარი უთხრას სამედიცინო მომსახურებაზე.

გერმანიაში ჯანდაცვის სისტემამ მიაღწია თანაბარი და სამართლიანი ხელმისაწვდომობის უმაღლეს ხარისხს, მიუხედავად მისი ფრაგმენტული ფედერალური ორგანიზაციისა. ძირითადი კანონით (Basic Law) გამყარებულია უნივერსალური მოცვა, სრულყოფილი სარგებლები, სოლიდარობის პრინციპი – ჯანმრთელმა გადაიხადოს ავადმყოფზე.

დაავადებათა ფონდებში შენატანები თანაბრადაა გაყოფილი დამქირავებლებსა და დაქირავებულებს შორის. თანაბრადაა გაყოფილი აგრეთვე, დამქირავებულებისა და დაქირავებულების წარ-

მომადგენლობა დაავადებათა ფონდებში (ალტერნატიული სალაროების გარდა). საწარმოო უბედური შემთხვევების დაზღვევას ისევ მთლიანად დამქირავებლები აფინანსებდნენ, ამასთან პროფკავშირებმა მიიღეს 50 % წარმომადგენლობა. კერძო პრაქტიკის ამბულატორიულმა ექიმებმა ისევ მიიღეს მონოპოლიის უფლება. ექიმების რაოდენობის დაზღვეულებთან შეფარდების ნორმატივი გაიზარდა 1:500-მდე, ხოლო 1960 წელს, როდესაც კონსტიტუციურმა სასამართლომ გამოაცხადა ექიმთა თავისუფალი არჩევის შესახებ კონსტიტუციური უფლება, აღნიშნული ნორმატივი საერთოდ გაუქმებულ იქნა პროფესიული თვითრეგულირების სასარგებლოდ².

1970-იან წლებში სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა გავრცელდა მოსახლეობის სხვა ჯგუფებზე (ფერმერები, ინვალიდები, სტუდენტები). 1972 წელს დაზუსტებულ იქნა სამხარეო მთავრობების და დაავადებათა ფონდების პასუხისმგებლობები საავადმყოფოს დაფინანსებაში, კერძოდ, შემოღებულ იქნა “ორმაგი დაფინანსება”, რომლის დროსაც დაავადებათა ფონდები აფინანსებენ მიმდინარე ხარჯებს, ხოლო მხარეები – კაპიტალურ ხარჯებს.

1970-იანი წლების შუა პერიოდიდან, ნავთობის მსოფლიო კრიზისის შემდეგ, როდესაც ჯანდაცვის ხარჯებმა კატასტროფულად იწყო ზრდა, შემოღებულ იქნა ხარჯების შეზღუდვის სისტემა. 1977 წელს მიღებულ იქნა ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში ჯანდაცვის ხარჯების შეზღუდვის აქტი (Health Insurance Cost Containment Act), რომლის მთავარ მიზანს წარმოადგენდა სადაზღვევო შენატანების განაკვეთების სტაბილურობა. ხარჯების შეზღუდვის მთავარი პრინციპი გახდა “ხარჯების შემოსავლებზე ორიენტირებული პოლიტიკა”, ანუ შენატანების სიდიდე და ჯანდაცვის ხარჯები დამოკიდებული გახდა შემოსავლებზე. ხარჯების შეზღუდვა ხორციელდებოდა სხვადასხვა საშუალებებით:

- < სამედიცინო მიმწოდებლების ბიუჯეტირება;
- < ფარმაცევტული კომპანების მიერ მოწოდებული მედიკამენტების ფასების რეგულირება;
- ძვირადღირებულ ტექნოლოგიურ აღჭურვილობაზე შეზღუდვების დაწესება, კერძო პრაქტიკის
- < ექიმების რაოდენობის ლიმიტირება გეოგრაფიული რეგიონების მიხედვით;
- < თანაგადახდები გაზრდა;
- < სარგებლის პაკეტიდან სტომატოლოგიურ მომსახურებაზე ახალგაზრდების გამორიცხვა (1997-1998 წწ. პერიოდში).

ჯანდაცვის რეფორმირება გერმანიის გაერთიანების შემდეგ

ქვეყნის გაერთიანების შემდეგ, 1990-იან წლებში განხორციელდა გერმანიის ჯანდაცვის სფეროს რეფორმირება. რეფორმების მთავარ პრინციპებს წარმოადგენდა ხარჯებზე კონტროლი და რესურსების უფრო ეფექტური გამოყენება რეგულირებადი კონკურენციის გაძლიერების გზით. მიღებულ იქნა რიგი კანონები: ჯანდაცვის რეფორმის აქტი (1989 წ.), ჯანდაცვის სტრუქტურული აქტი (1992 წ.), ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანების რეაბილიტაციური აქტი (1996 წ.), ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის პირველი და მეორე რესტრუქტურირებული აქტები (1997 წ.), ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის სფეროში სოლიდარობის გაძლიერების აქტი (1998 წ.)⁴.

ჯანდაცვის რეფორმის აქტის (1989 წ.) შედეგად განახლდა 1911 წლის სოციალური დაზღვევის კანონმდებლობა, სადაც შეტანილ იქნა გარკვეული სახის ცვლილებები, კერძოდ: ხანგრძლივი მკურნალობის ახალი სარგებლები, ახალი საბონუსო მოდელის დანერგვა, ფარმაცევტულ პროდუქციაზე სარეკომენდაციო ფასების შემოღება, ძვირადღირებული სამედიცინო ტექნოლოგიებზე რეგულირების კომიტეტების შექმნა, დადგინდა დაავადებათა ფონდების უფლება საავადმყოფოების არჩევით კონტრაქტირებაზე.

ჯანდაცვის სტრუქტურული აქტის მიზანს წარმოადგენდა ჯანდაცვის ხარჯების შემცირება. აღნიშნული აქტის საფუძველზე შემოღებულ იქნა ჯანდაცვის სერვისების ფიქსირებული ბიუჯეტით დაფინანსების მეთოდი, აგრეთვე სერვისების ეფექტურობის გაზრდის მიზნით დანერგილ იქნა საავადმყოფოების სალაროებისა და საავადმყოფოების კონკურენციის ამაღლების მექანიზმები⁴.

ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანების რეაბილიტაციური აქტი და ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის პირველი და მეორე რესტრუქტურირებული აქტების მიზანს აგრეთვე შეადგენდა ჯანდაცვის ხარჯების შემცირება დაზღვეულთა პირდაპირი გადახდების გაზრდის მეშვეობით. იგი გულისხმობდა ჯანდაცვის სერვისებზე თანაგადახდების დაწესებას, რაც მიჩნეულ იქნა ჯანდაცვის სექტორში სახსრების მოზიდვის ერთ-ერთ გზად⁴. აღნიშნული აქტების შედეგად შეიცვალა სოციალური დაზღვევის სისტემის ზოგიერთი ტრადიციული წესი, მათ შორის: დაზღვეულთათვის სარგებლების ერთნაირი მისაწვდომლობა, დამქირავებლისა და დაქირავებულს შორის სადაზღვევო შენატანების თანაბარი განაწილება, დაფინანსება დამოკიდებული გახდა არამარტო შემოსავალზე, არამედ რისკსა და სერვისების გამოყენებაზე, თანაგადახდის დაწესებით ჯანდაცვის ხარჯების ნაწილი დაზღვეულებზე გადავიდა, შესაბამისად შემცირდა სერვისებზე მიმწოდებლების ფინანსური ტვირთი.

აღსანიშნავია, რომ 1990-იან წლებში მიღებულ კანონებს მკვეთრად დაუპირისპირდნენ ოპოზიციური პარტიები, რომელთა მიზანს წარმოადგენდა ჯანდაცვის სისტემაში დაწყებული რეფორმების შეჩერება. ოპოზიციური პარტიების ძალისხმევით შემოღებულ იქნა ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის სფეროში სოლიდარობის გაძლიერების აქტი (1998 წ.), რომლითაც შემცირდა თანაგადახდის განაკვეთი, ისევე შემოიღეს ფიქსირებული ბიუჯეტი და ა. შ².

2000-2003 წლებში მიღებულ იქნა რიგი მეორეხარისხოვანი კანონები. გაუქმებულ იქნა მედიკამენტებზე ხარჯების ლიმიტი, ამ საკითხების გადაწყვეტის უფლება მიენიჭა სადაზღვევო ფონდებს. დაინერგა კლინიკურ-ხარჯებით ჯგუფებით ანაზღაურების მეთოდით საავადმყოფოების დაფინანსება, აგრეთვე რისკის გათანაბრების სისტემა, რომელიც ითვალისწინებდა სახსრების საავადმყოფოს სალაროებს შორის გადანაწილებას.

14.2. სოციალური დაზღვევის განვითარება სხვადასხვა ქვეყნებში

ო. ბისმარკის მიერ გადადგმულ ნაბიჯებს მოგვიანებით მოჰყვა ევროპის სხვადასხვა ქვეყნებში ავადმყოფობის, ინვალიდობის, სიბერის, უმუშევრობის შემთხვევაში დაზღვევის კანონების შემოღება. ასე, მაგალითად, მსგავსი კანონმდებლობა შემოღებულ იქნა ინგლისში (1911 წელს), საფრანგეთში (1930 წელს). ამ კანონების მიხედვით სადაზღვევო შენატანების ფორმირებაში დაქირავებულების გარდა მონაწილეობას იღებდნენ დამქირავებლები, მეწარმეები, ფაბრიკების, მანუფაქტურების მფლობელები, რომლებიც 25-დან 40 % სადაზღვევო შენატანებს იხდიდნენ¹.

დაქირავებულებისა და დამქირავებლების გარდა, სადაზღვევო ფონდების დასაფინანსებლად სახელმწიფომაც დაიწყო მონაწილეობის მიღება სუბსიდიებისა და ღოტაციების სახით, შემუშავდა ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პროგრამები. სოციალური დაცვის სისტემამ, რომელიც უზრუნველყოფდა მოსახლეობის საყოველთაო ხელმისაწვდომობას და უნივერსალობას სოციალური დაზღვევის სახელწოდება მიიღო.

სახელმწიფოს რაც უფრო მეტი თანხა შეჰქონდა სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში, მით უფრო აკონტროლებდა პროცესს. ჯანმრთელობის რეგულირებადი დაზღვევის შექმნა გახდა სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემის ფორმირების ერთ ერთი მთავარი წინაპირობა

ისეთ ქვეყნებში, როგორცაა დიდი ბრიტანეთი, შვეცია, დანია, ირლანდია (“ბევერიჯის” მოდელი). გერმანიაში, ავსტრიაში, ბელგიაში, ნიდერლანდებში, შვეიცარიაში და ცენტრალური ევროპის სხვა ქვეყნებში ე. წ. “ბისმარკის” მოდელი გავრცელდა, რომლის დროსაც არსებით როლს თამაშობდა დამქირავებელთა ფინანსური მონაწილეობა, რომლებიც კანონით დადგენილ სადაზღვევო შენატანებს იხდიან სადაზღვევო ფონდებში.

სადაზღვევო მედიცინის განვითარების ისტორია ნათლად ასახავს, თუ რა მჭიდრო კავშირი არსებობს ეკონომიკასა და პოლიტიკას შორის. ეს ორი ფაქტორი გადამწყვეტ გავლენას ახდენდა არამართო დაზღვევის შემოღებაზე, არამედ მის განვითარებაზე, დაფინანსებაზე, ორგანიზაციაზე და პრიორიტეტების განსაზღვრაზე.

ჯანდაცვის ეროვნული პროგრამების შემოღება პირველ რიგში მუშათა პარტიებისა და პროფკავშირების შექმნასთან იყო დაკავშირებული. როგორც ქვემოთ მოყვანილი ცხრილიდან ჩანს, სოციალური დაზღვევის სისტემა ყოველთვის მიყვებოდა პროფკავშირებისა და სოციალისტური პარტიების ჩამოყალიბებას და განვითარებას. შესაბამისად, სოციალურ დაზღვევაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობდა მუშათა კლასის პოლიტიკური ორგანიზაციის დონე. გარკვეული როლი ენიჭება ქვეყნის სამრეწველო განვითარებას.

ცხრილი 2: სოციალური დაზღვევის სისტემის ჩამოყალიბების ეტაპები სხვადასხვა ქვეყნებში

ქვეყანა	სოციალისტური პარტიის დაარსების თარიღი	პროფკავშირის დაარსების თარიღი	სოციალური დაზღვევის შემოღება	სამედიცინო დაზღვევის შემოღება
გერმანია	1875	1868	1883	1883
ავსტრია	1888-1889	1893	1888	1887
დანია	1878	1898	1891	1891
ნორვეგია	1889	1877	1894	1902
საფრანგეთი	1905	1895	1898	1921
ბელგია	1889	1910	1900	1900
პოლანდია	1894	1905	1901	1901
დიდი ბრიტანეთი	1900	1868	1908	1908
შვეიცარია	1888	1880	1911	1892
შვეცია	1889	1898	1913	1913
იტალია	1891	1906	1914	1914

წყარო: ტ. ფედლორუა, სადაზღვევო საქმიანობის საფუძვლები, მოსკოვი, 2001 წ.

ცხრილი 3: სოციალური დაზღვევისა და უზრუნველყოფის შესახებ კანონების შემოღების წლები სხვადასხვა ქვეყნებში

ქვეყანა	უბედური შემთხვევების დაზღვევა	ავადმყოფობ. დაზღვევა	საპენსიო დაზღვევა	უმუშევრობის დაზღვევა	ოჯახების დაზღვევა	ჯანმრთელობის დაცვა
გერმანია	1884	1883	1889	1927	1954	1880
კანადა	1930	1971	1927	1940	1944	1972
საფრანგეთი	1898 1946	1930	1905 1919	1959 1967	1932	1945
იტალია	1898	1928 1943	1919	1919	1963	1945
დიდი ბრიტანეთი	1887 1906	1911	1908	1911	1945	1948
შვეცია	1901	1910	1913	1934	1947	1962
ა.შ.შ.	1930	-	1935	1935	-	-
ესპანეთი	1900 1932	1931 1942	1921	1932	1939	1978

წყარო: ა. მ. ბაბიჩი, ე. ნ. ეგოროვი, ე. ნ. ჟილცოვი. სოციალური დაზღვევის ეკონომიკა. მოსკოვი, 1998 წ.

1911 წლის 15 იანვარს **დიდი ბრიტანეთში** მიღებულ იქნა “აქტი სახელმწიფო დაზღვევის შესახებ”, რომლის მიხედვით დაზღვეულთა გარკვეულ ჯგუფზე (ყველაზე დაბალშემოსავლიან პირებზე, რომელთა შემოსავალი დღეში 1,5 შილინგს არ აღემატებოდა) დაზღვევა ვრცელდებოდა სადაზღვევო შენატანების გარეშე¹. მოსახლეობის ამ ფენებზე დაზღვევა ხორციელდებოდა მეწარმეთა, აგრეთვე მაღალანაზღაურებადი დაქირავებულების შენატანების ხარჯზე. ამგვარად, 1911 წლის აქტის შედეგად დიდი ბრიტანეთის კანონმდებლობაში პირველად დაფიქსირდა საზოგადოებრივი სოლიდარობის პრინციპი, როდესაც მდიდარი იხდის ღარიბზე, ჯანმრთელი – ავადმყოფზე. დიდ ბრიტანეთში (აგრეთვე ევროპის ქვეყნებში) სადაზღვევო შენატანები გროვდებოდა საფოსტო უწყებების საშუალებით სპეციალური მარკების ყიდვის გზით, შემდეგ ეს სახსრები ეგზავნებოდა სადაზღვევო კომისრებს სადაზღვევო კომისიებში. სადაზღვევო კომისიები ახდენდნენ მიღებული თანხების (ფაქტიურად გადასახადების) ურთიერთდაზღვევის საზოგადოებებს შორის განაწილებას დაზღვეულთა რაოდენობის მიხედვით. ორი წლის შემდეგ (1913 წ.) ჩატარდა დიდი ბრიტანეთის სახელმწიფო დაზღვევის რეფორმა, რომლის შედეგად სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ფარავდა ავადმყოფობის და ინვალიდობის დაზღვევის ხარჯებს. აღნიშნული რეფორმა უფრო მოგვიანებით (1948 წ.) დიდ ბრიტანეთში ჯანდაცვის სახელმწიფო (ბიუჯეტური) სისტემის შექმნის წინაპირობა გახდა.

საფრანგეთში ჯანმრთელობის დაზღვევის ორგანიზაციის, მოხუცებულობის ასაკში და ინვალიდობისას პენსიების გაცემის შესახებ საკითხი ჯერ კიდევ კონვენტის დროს დაიწყო, რომელმაც შექმნა “ნაციონალური კეთილმოქმედების წიგნი” და სპეციალური კანონი, რომელიც განსაზღვრავდა მოსახლეობის თუ რა კატეგორია უნდა მოხვედრილიყო რეესტრში. მაგრამ კონვენტმა ფინანსური თვალსაზრისით უარყო კანონის განხორციელება. საფრანგეთის ხელისუფლებამ მხოლოდ 100 წლის შემდეგ დაიწყო საფრანგეთის დიდი რევოლუციის პრინციპების განხორციელება. 1913 წელს საფრანგეთში მიღებულ იქნა კანონი უბედური შემთხვევების და პროფესიული დაავადებების დაზღვევის შესახებ, რომელმაც მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა საფრანგეთში ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარებაში.

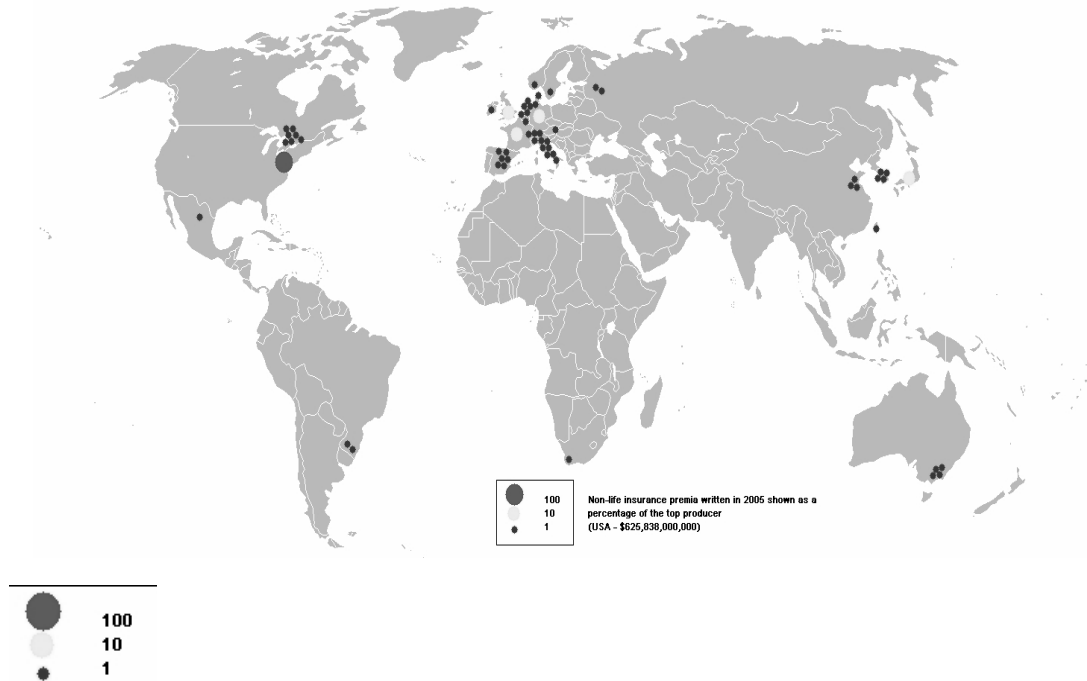
ოქტომბრის რევოლუციის შემდეგ, შრომის სახალხო კომიტეტების მიერ გამოქვეყნებულ იქნა საბჭოთა მთავრობის სადაზღვევო პროგრამა. 1918 წელს შეიქმნა ერთდროულად ორი პარალელური სისტემა: მუშათა სადაზღვევო მედიცინა და საბჭოთა მედიცინა. შემდეგ ეს ორი სისტემა გაერთიანდა და დამტკიცდა საბჭოთა მედიცინა (ჯანმრთელობის დაცვის საბჭოთა სისტემა).

ნახ 1: სიცოცხლის დაზღვევის გლობალური განაწილება მსოფლიოში ყველაზე მაღალ მწარმოებელთან (USA - \$517,074,000,000) პროცენტული შედარებით, 2005 წლის მონაცემებით
 სიცოცხლის დაზღვევის პრემიის გლობალური განაწილება მსოფლიოში ყველაზე მაღალ მწარმოებელთან (USA - \$517,074,000,000) პროცენტული შედარებით



წყარო: <http://www.swissre.com/internet/pwswpspr.nsf/>

ნახ 2: არა-სიცოცხლის დაზღვევის პრემიის გლობალური განაწილება მსოფლიოში ყველაზე მაღალ მწარმოებელთან (USA - \$517,074,000,000) პროცენტული შედარებით, 2005 წლის მონაცემებით არა-სიცოცხლის დაზღვევის პრემიის გლობალური განაწილება მსოფლიოში ყველაზე მაღალ მწარმოებელთან (USA - \$625,838,000,000) პროცენტული შედარებით



წყარო: <http://www.swissre.com/internet/pwswpspr.nsf/>

კანადის ჯანმრთელობის დაზღვევის ნაციონალური სისტემა 1946 წელს შეიქმნა. ჯანდაცვის ფედერალური კანონის (1984 წ.) მიხედვით ქვეყნის ყოველ პროვინციაში მოქმედი სამედიცინო დახმარების სახეების ჩამონათვალი, რომელსაც მოიცავს სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა, უნდა შეიცავდეს სამედიცინო დაწესებულებებში და მოხუცთა სახლებში მკურნალობას და სამედიცინო მოვლას, აგრეთვე ინვალიდთა სამედიცინო დახმარებას სახლებში. ამასთან, სხვა ქვეყნებისგან განსხვავებით, კანადაში კანონი კრძალავს კერძო სამედიცინო დაწესებულებების მიერ სამედიცინო დახმარების იმ სახეების გაწევას, რომლებიც ჩართული არიან გარანტირებული სავალდებულო დაზღვევის პროგრამით.

1990-იან წლებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა ჯანდაცვის ხარჯები, რომელმაც მშპ-ის 10 %-ს გადააჭარბა (1991 წ.). იგი გამოწვეული იყო მოსახლეობის დაბერებით, მედიკამენტების გაძვირებით, ახალი ძვირადღირებული სამედიცინო მოწყობილობების დანერგვით, აგრეთვე სახელმწიფოს მიერ გარანტირებული უფასო სამედიცინო მომსახურების სახეების გაზრდით. სახელმწიფომ გადაწყვიტა ჯანდაცვის ხარჯების შემცირება საავადმყოფოების დახურვის, ექიმთა შრომის ანაზღაურებაზე ზღვარის დაწესების მეშვეობით, რამაც გავლენა იქონია ჯანდაცვის სფეროში პაციენტების ხელმისაწვდომობაზე.

სამედიცინო პერსონალის მომზადების გაძვირების და მისი არასაკმარისი დაფინანსების შედეგად შეინიშნებოდა კვალიფიცირებული კადრების სამუშაოდ ა.შ.მ-ში გადასვლა, სადაც მათი ანაზღაურება უფრო მეტი იყო ვიდრე კანადაში. აღნიშნულმა მდგომარეობამ საექიმო და კვალიფიცირებული საექიმო პერსონალის დეფიციტი გამოიწვია, შემცირდა სამედიცინო დახმარების ხარისხი, გაიზარდა სამედიცინო მომსახურების მიღების დრო (Waiting Time). იყო შემთხვევები, როდესაც ავადმყოფები საავადმყოფოს მისაღებად სამედიცინო დახმარების მიღებამდე კვდებოდნენ, გეგმიური ქირურგიული ოპერაციები ხშირად გაურკვეველი დროით გადაიდებოდა, ექიმები წყვეტდნენ სამუშაოს მათი შრომის ანაზღაურების მთავრობის მიერ დადგენილი ზღვარის პროტესტის ნიშნად.

ჯანდაცვის სექტორში შექმნილი პრობლემების გადასაჭრელად შეიქმნა ექსპერტთა და ცნობილ პოლიტიკურ მოღვაწეთა ორი წარმომადგენლობითი კომისია, რომელსაც უნდა შეემუშაებინა კანადაში ჯანდაცვის რეფორმირების კონცეფცია. ექსპერტთა უმრავლესობამ საჭიროდ ჩათვალა ჯანდაცვაზე ფედერალურ ასიგნებათა გაზრდის აუცილებლობა მათ მიზნობრივ გამოყენებაზე მკაცრი კონტროლის პირობებში. ზოგიერთმა ექსპერტმა მიზანშეწონილად მიიჩნია სავალდებულო დაზღვევით გარანტირებული სამედიცინო დახმარების მიწოდებაში კომერციული სტრუქტურების ჩართვა, მხოლოდ იმ პირობით, რომ აღნიშნული დახმარება უნდა ანაზღაურებულიყო სახელმწიფო სახსრებით და არა პაციენტების მიერ.

აღსანიშნავია, რომ ფასიანი სამედიცინო დახმარების შემოღების და კერძო სტრუქტურების მიერ სავალდებულო დაზღვევით გარანტირებული სამედიცინო დახმარების სახეების მიწოდების მომხრეებად გამოვიდა კანადის სამედიცინო ასოციაცია.

კანადის ლიბერალური პარტიის მიზანს წარმოადგენდა კვალიფიცირებული სამედიცინო დახმარებით მთელი მოსახლეობის საყოველთაო ხელმისაწვდომობა. 2000 წლის სექტემბერში დამტკიცებულ იქნა ჯანდაცვის სტრატეგიული გეგმა, რომელიც ითვალისწინებს პროვინციების მიერ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი ასიგნებების გაზრდას, სამედიცინო დაწესებულებების მატერიალურ-ტექნიკური და საკადრო უზრუნველყოფის გაუმჯობესებას, ჯანდაცვის პროფილაქტიკური მიმართულების გაძლიერებას.

აღსანიშნავია, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის ხანგრძლივი სტაბილურობა იმ ქვეყნებში, რომლებმაც პოლიტიკური რეჟიმების მრავალი ცვლილება განიცადეს. მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა თანამედროვე ევროპული სოციალური უზრუნველყოფის სისტემის ძირითად სახელმწიფო კომპონენტად იქცა. 1989 წლის

შემდგომ პერიოდში ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის გარდაქმნის შემდეგ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა ხშირად ხდებოდა პოლიტიკის პრიორიტეტული მიზანი, ხოლო ამ მიზნის მიუღწევლობის შემთხვევაში, იგი რჩებოდა სასურველ ამოცანად.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა განვითარებულია არამარტო განვითარებულ ქვეყნებში, იგი ფართოდ იწერება განვითარებადი მსოფლიოს სხვადასხვა ნაწილში. ბევრმა ქვეყანამ, რომელიც წარსულში გადასახადების მეშვეობით დაფინანსებას ეყრდნობოდა (ან ჯიბიდან გადახდებს), შემოიღო ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა (ვიეტნამი – 1993; ნიგერია – 1997; ტანზანია – 2001; განა - 2005) ან განიხილა ამ საკითხს (სამხრეთ აფრიკა, ზიმბაბვე, კამბოჯა, ლაოსი, მალაიზია) (აღამ უოგსტაფი, „ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის ხელახალი შესწავლა“, მსოფლიო ბანკი, 2007 წ.).

14.3. სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემის მშენებლობა საქართველოში

საქართველოში ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარება მჭიდროდ უკავშირდება რუსეთში დაზღვევის განვითარების ეტაპებს. 1912 წელს მიღებული იქნა კანონი “ავადმყოფობისას მუშათა დაზღვევის შესახებ” და კანონი “უბედური შემთხვევების გამო მუშათა დაზღვევის შესახებ”. კანონის მიღება ეხებოდა მუშებს, რომლებიც საავადმყოფო სალაროთა წევრები იყვნენ და იღებდნენ დახმარებას ავადმყოფობის, დასახიჩრების, მშობიარობისა და გარდაცვალების დროს.

დაზღვევა მხოლოდ თბილისში ფუნქციონირებდა. საავადმყოფო სალაროები იქმნებოდა იმ საწარმოებში სადაც დასაქმებულთა რაოდენობა 200 კაცს აღემატებოდა. საქალაქო საავადმყოფო სალარო სახსრებს აგროვებდა დამსაქმებელთა შენატანებით, საერთო კრება აწესებდა შენატანებსა და დახმარების ოდენობას, გაცემის წესს, წყვეტდა სხვადასხვა მნიშვნელოვან ორგანიზაციულ საკითხებს. 1919 წლიდან თბილისში დაიწყო საერთო საქალაქო საავადმყოფო სალაროს ჩამოყალიბება.

საქართველოს გასაბჭოების შემდეგ სადაზღვევო საქმე სახელმწიფომ აიღო თავის ხელში. 1921 წლის 11 ივლისს გამოიცა დაკრეტი №2, რომლის თანახმად შემოღებულ იქნა დაზღვევა ავადმყოფობის, დასახიჩრების, ინვალიდობის, მოხუცებულობის, გარდაცვალებისა და უმუშევრობის შემთხვევაში.

სავალდებულო სოციალური დაზღვევის შესახებ რევოლუციურმა კომიტეტმა კიდევ უფრო ადრე, 1921 წლის 2 აპრილს გამოსცა დეკრეტი, რომლის თანახმად, გაუქმდა საავადმყოფო სალაროები და მათი ფუნქციები გადასწავიდა სოციალური უზრუნველყოფისა და ჯანდაცვის სახალხო კომისარიატებში. უპატრონოთა ყველა თავშესაფარი, ინვალიდთა სახლები გადაეცა სოციალური უზრუნველყოფის სახალხო კომისარიატს და მის ადგილობრივ ორგანოებს, სოციალური უზრუნველყოფის განყოფილებებს, რომლებიც 1921 წელს შეიქმნა ადგილობრივ რევოლუციურ კომიტეტებთან.

1921 წელს გაუქმდა. ამიერკავკასიის პროფესიულ კავშირთა I ყრილობის დადგენილებით “სოციალური დაზღვევის შესახებ”, ჯანმრთელობის დაცვის სახალხო კომისარიატში შეიქმნა საგანგებო სამკურნალო ქვეგანყოფილება, რომლის ძირითადი ფუნქცია სამედიცინო დახმარების ორგანიზაცია წარმოადგენდა. სოციალური დაზღვევის სალაროები ახორციელებდნენ უფასო ამბულატორიულ დახმარებას, პენსიების გაცემასა და დროებითი შრომისუუნარობის დახმარებას.

წლითიწლობით იზრდებოდა მუშა-მოსამსახურეთა სოციალურ დაზღვევაზე გაწეული ხარჯები. ასე მაგალითად, იგი 1924-25 წლის 4 მილიონი მანეთიდან გაიზარდა 1925-26 წელს თითქმის 7

მილიონ მანეთამდე, ანუ 59,9%-ით. 1926 წელს საქართველოში დაზღვეული იყო მთელი მუშა-მოსამსახურეთა 92%.

1991 წლამდე, საბჭოთა პერიოდში, ჯანდაცვის სისტემა თავისი სტრუქტურით, დაფინანსებითა და მართვით გლობალური საბჭოთა სისტემის ნაწილს წარმოადგენდა. იგი ეფუძნებოდა ე.წ. “სემამკოს მოდელს”, რომლის მართვა, ადმინისტრირება და დაფინანსება ცენტრალიზებულს წარმოადგენდა, სამედიცინო მომსახურება მოიცავდა მოსახლეობის 100%-ს.

ჯანდაცვის სისტემის ეკონომიკურად დაუსაბუთებელმა ზრდამ, ჯანდაცვის რესურსების არარაციონალურმა ხარჯვამ დარგი კრიზისულ მდგომარეობამდე მიიყვანა. დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ დღის წესრიგში დადგა საკითხი ჯანდაცვის სისტემის ახალი მოდელის შექმნის შესახებ, აღნიშნულს მოითხოვდა მთლიანად ქვეყანაში დაწყებული ერთი ეკონომიკური ფორმაციის მეორეთი შეცვლის პროცესი, რომელიც მოკლედ ფასდება, როგორც გარდამავალი პერიოდი. ამისათვის კი აუცილებელი გახდა, პირველ რიგში, მოსახლეობის სამედიცინო-სოციალური დაცვის მექანიზმების შემუშავება, საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლის თავისებურებების გათვალისწინება, ჯანდაცვის სისტემის ეკონომიკური და იურიდიული საფუძვლების მომზადება, რაც თავისთავად განიხილება როგორც ჯანმრთელობის დაზღვევის ახალი სისტემის ფორმირების დასაწყისი.

1995 წლის 10 აგვისტოდან საქართველოში მიმდინარეობს ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის რთული, მტკივნეული და მრავალეტაპიანი პროცესი. ქვეყანაში მიმდინარე პოლიტიკურმა და სოციალურ-ეკონომიკურმა რადიკალურმა ცვლილებებმა, ეკონომიკის მწვავე კრიზისმა სამედიცინო მომსახურების სისტემის ფუნდამენტური რეორიენტაციის აუცილებლობა გამოიწვია.

სახელმწიფომ უარი თქვა ჯანდაცვის ე.წ. საბჭოური ტიპის მკაცრად ცენტრალიზებულ მოდელზე და მის ბიუჯეტურ-მუხლობრივ დაფინანსებაზე. ახალი სისტემის შექმნისას არჩევანი შეჩერდა სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციის სადაზღვევო მოდელზე, რათა პასუხისმგებლობა ადამიანის ჯანმრთელობაზე და წვლილი ჯანდაცვის საქმეში თანაბრად და სამართლიანად განაწილებულიყო სახელმწიფოზე, მეწარმეზე და თვით პიროვნებაზე.

რეფორმის პირველივე ეტაპზე (1995 წლის 10 აგვისტო – 1996 წლის 15 თებერვალი) დაიწყო მოსახლეობის სამკურნალო დახმარების არსებული სისტემის სადაზღვევო სისტემით თანმიმდევრული შეცვლის პროცესი, რისი წინაპირობაც იყო:

< სამედიცინო დახმარების საფასურის გადახდის დაკანონება – შეიქმნა ე.წ. სადაზღვევო რისკი;

< სამედიცინო დაწესებულებების ახალი ტიპის – სამეურნეო ანგარიშისა და თვითდაფინანსების < პრინციპებზე აგებული სამართალსუბიექტების ჩამოყალიბება;

< ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფოს მიერ საკუთარი მოსახლეობის მიმართ ვალდებულებების < შემოფარგვლა – სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებისა და სამედიცინო სტანდარტების შექმნა;

< ჯანდაცვისათვის გამოყოფილი ფინანსური სახსრების უკეთ მობილიზაციისა და რეალიზაციისათვის ფინანსური მექანიზმების შექმნა – შეიქმნა ჯანდაცვის ფედერალური და მუნიციპალური ფონდები, დაკანონდა სავალდებულო სამედიცინო გადასახადი (სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანი);

< შეიქმნა საკანონმდებლო ბაზა:

< საქართველოს კანონი “სამედიცინო გადასახადის შესახებ” – 1995 წლის 21 მარტი; (შემდგომში კანონი “სახელმწიფო სავალდებულო დაზღვევის შენატანის შესახებ” – 1997 წლის 28 მაისი)

< საქართველოს კანონი “ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ” – 1997 წლის 18 აპრილი

< საქართველოს კანონი “ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” – 1997 წლის 10 დეკემბერი

< საქართველოს კანონი “დაზღვევის შესახებ” – 1997 წლის 15 მაისი

რეფორმის პირველივე ეტაპზე სახელმწიფოს მეთაურის 1995 წლის № 351 და № 464 ბრძანებულებები გახდა საფუძველდამდები დოკუმენტები საქართველოს ისტორიაში პირველად მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების თვისობრივად და ორგანიზაციულად ახალი სტრუქტურის – ჯანდაცვის სფეროში სოციალური დაზღვევის განმახორციელებელი სახელმწიფო სამსახურის შექმნისათვის. სწორედ ამ საკანონმდებლო აქტებზე დაყრდნობით 1995 წელს შეიქმნა ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდი (დირექტორი ი. რუხაია). მისი შემოსავლის წყაროს წარმოადგენდა სავალდებულო სამედიცინო გადასახადი და ტრანსფერები ცენტრალური ბიუჯეტიდან.

1996 წლის თებერვალში საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს (მინისტრი ა. ჯორბენაძე) ბრძანებით ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდი გადაკეთდა საქართველოს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიად (დირექტორი თ. კალანდაძე).

ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიას ჰქონდა ფინანსური, მმართველობითი და სახელშეკრულებო დამოუკიდებლობა; კანონის მიხედვით კომპანიის უმაღლესი სათათბირო ორგანოს წარმოადგენდა სამეთვალყურეო საბჭო. სტრუქტურულად კომპანია შედგებოდა 8 განყოფილებისა და 12 რეგიონული ფილიალისაგან.

ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის შემოსავლის წყაროებს წარმოადგენდა:

< დამქირავებელთა და დაქირავებულთა მიერ გადახდილი ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანი (ხელფასის ფონდზე დარიცხული 3 % და ხელფასის 1 %);

< ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერი.

შესატანის აკუმულირება ხდებოდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიაში. აქვე აღსანიშნავია, რომ სისტემის ფუნქციონირების De jure სქემა არსებითად განსხვავდებოდა De facto ვითარებისაგან. მკვლევართა აზრით, “ჯანმრთელობის დაზღვევის სავალდებულო შესატანი” სინამდვილეში წარმოადგენდა შუალედურ კატეგორიას “სავალდებულო შესატანსა და “მიზანმიმართულ საბიუჯეტო გადასახადს” შორის⁸. კერძოდ, შეროვნების ტექნიკით (“მისამართი” – ექსკლუზიურად ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია) “3 + 1” შესატანს წაავადა, ხოლო გამამხდელისა და გადახდის პროცედურის აღრიცხვის ტექნიკით – მიზანმიმართულ საბიუჯეტო გადასახადს⁹.

ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია სახელმწიფოს დაკვეთით ახორციელებდა სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებს, რომელთა რაოდენობა და მოცულობა, ანუ ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო ვალდებულებები მოსახლეობის მიმართ, ყოველწლიურად იზრდებოდა და მოსახლეობის სულ უფრო ფართო ფენებზე ვრცელდებოდა.

რიგი პროგრამები (ინფექციური, ონკოლოგიური, ფთიზიატრიული, ფსიქიატრიული დახმარების, სოფლის მოსახლეობის ამბულატორიული დახმარების და სხვა პროგრამები) ქვეყნის ყველა მოქალაქეზე ვრცელდებოდა, ნაწილი პროგრამებისა (უმწევოთა, სამეანო და ბავშვთა დახმარების) კი – მოქალაქეთა გარკვეულ ჯგუფებზე. 1999 წლისათვის სადაზღვევო პოლისს ფლობდა 700 ათასამდე პირი.

ჯანდაცვის ადგილობრივი ფონდები შემოსავლებს ღებულობდნენ მუნიციპალური ბიუჯეტებიდან. შენატანები ჯანდაცვის ფონდებში წარმოადგენდა გასაშუალოებულ მაჩვენებელს ერთ სულ მოსახლეზე, რომელიც დამოკიდებული იყო მუნიციპალიტეტებში მცხოვრები მოსახლეობის რაოდენობაზე (არანაკლებ 2,5 ლარი ერთ სულ მოსახლეზე და არანაკლებ 10 %-ისა მუნიციპალური ბიუჯეტის ხარჯვითი ნაწილისა). მუნიციპალიტეტებს უფლება ჰქონდათ გაეზარდათ აღნიშნული თანხა, თუ მათი ბიუჯეტი ამის საშუალებას იძლეოდა. 1997 წელს მუნიციპალიტეტების ეკონომიკური სიტუაციის ცვალებადობის გამო გადაწყდა მუნიციპალური ფონდების გაერთიანება და რეგიონული ფონდების შექმნა, რაც მათ შორის რისკების გადანაწილების შესაძლებლობას იძლეოდა. აღნიშნული პროცესი დაიწყო 1998 წელს და დასრულდა 1999 წლისათვის.

1999 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია საქარო სამართლის იურიდიული პირი გახდა.

2003 წელს განხორციელდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის და საპენსიო ფონდის გაერთიანება და ჩამოყალიბდა სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი, გაუქმდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სავალდებულო შესატანი და ჯანდაცვის სახსრები გაერთიანდა სოციალურ გადასახადში, რომლის საფუძველზე ხდებოდა სოციალური ხარჯების დამფინანსებელი საგანგებო ფონდის, ე. წ. სპეცფონდის ფორმირება⁷.

2004 წლის ბოლოს საგადასახადო კოდექსის ცვლილებათა შედეგად გაუქმდა ჯანდაცვის მიზნობრივი გადასახადი, რომელიც სახელფასო შემოსავალზე იყო დაწესებული (“3+1”) და სოციალური გადასახადის ნაწილს წარმოადგენდა. დაწესდა სოციალური გადასახადი, რომელიც უშუალოდ ბიუჯეტში აკუმულირდება. სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის ჯანდაცვის პროგრამების დაფინანსება მხოლოდ საბიუჯეტო ასიგნებებით ხორციელდება, ამდენად იგი ცენტრალური ბიუჯეტის განაყოფს განეკუთვნება⁷.

**საქართველოში დაზღვევის მარეგულირებელი საკანონმდებლო ბაზა
საქართველოში დაზღვევის მარეგულირებელი საკანონმდებლო ბაზა**

**14.5. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის კირითადი
თავისებურებები და მქაჩვისი.**

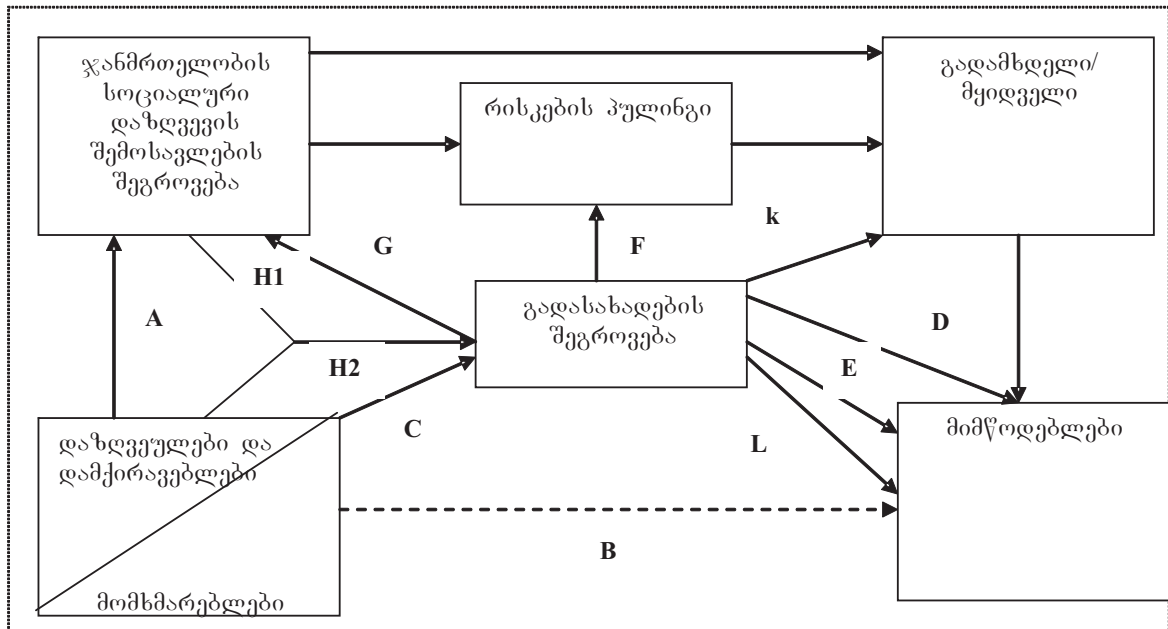
ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა წარმოადგენს ჯანდაცვის დაფინანსების და მართვის მექანიზმს დაზღვეულებს შორის სამედიცინო რისკის გაერთიანების საშუალებით, სადაც დაფინანსების წყაროებს შეადგენენ ორგანიზაციების, ინდივიდუალური პირების და სახელმწიფოს ფინანსური შენატანები⁸. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა განიხილება როგორც ეროვნული სოციალური უსაფრთხოების სისტემა, ჯანდაცვის ფინანსური დაცვის მექანიზმი, მოსახლეობის დიდ ნაწილში სამედიცინო რისკის და ფინანსური სახსრების გაერთიანების მეშვეობით, სადაც შენატანების (პრემიები) ზომა არ არის დაკავშირებული დაზღვეული პირის რისკის დონესთან, და გამოყოფილია სხვა სავალდებულო (კანონით დადგენილი) გადასახადებისაგან⁹. ჯანდაცვის დაფინანსების ამ მოდელს ბისმარკის მოდელსაც უწოდებენ. ამ მეთოდით მიიღწევა ჯანმრთელობის დაზღვევით მოსახლეობის ფართო ფენების მოცვა და ხელმისაწვდომობა, ჯანდაცვის სტაბილური დაფინანსება. (ნახაზი 3)

შენიშვნა: A – შენატანები (შემოსავალთან დაკავშირებული ან არდაკავშირებული); H1 და H2 – მიზნობრივი გადასახადები; B – კერძო დანახარჯები (თანაგადახდა სოციალურ დაზღვევაში, ნებაყოფლობითი დაზღვევა, ჯიბიდან გადახდა); C – გადასახადები (საერთო); G – გადასახადებიდან შემოსული შენატანები (ძირითადად უმუშევართათვის); F – ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მეშვეობით გაერთიანებული დაფინანსებისათვის საერთო სუბსიდიები; K – საერთო სუბსიდიები ცალკეული სამედიცინო ფონდებისათვის; L – იმ პირთა მომსახურების კომპენსაცია, რომლებიც არ არიან სოციალური დაზღვევის სისტემაში; E – არაჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მომსახურების კომპენსაცია; D – გადახდა რომელიც არ არის დაკავშირებული მომსახურებასთან (ინვესტიციები და სხვა) და სუბსიდიები.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მთავარ თავისებურებებს წარმოადგენენ:

◀ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა სავალდებულოა მოსახლეობის განსაზღვრული ნაწილისათვის, ან მთელი მოსახლეობისათვის, იგი მოიცავს როგორც დაქირავებულთ

ნახაზი 3: ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დაფინანსების სისტემა, ბისმარკის მოდელი



წყარო: Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы./Ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. /Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2002.

და მათი ოჯახის წევრებს, ასევე თვითდასაქმებულებს;

< დაზღვეული პირები იხდიან რეგულარულ სადაზღვევო შენატანებს, რომლის ზომა ხელფასზეა დამოკიდებული და არა დაზღვეულთა ჯანმრთელობის რისკზე. სადაზღვევო შენატანებს იხდიან როგორც დაქირავებულები, ასევე დამქირავებლები;

< საჭიროება და არა გადახდისუნარიანობა განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურების მიღების შესაძლებლობას (მინიმალური ბაზისური პაკეტი წინდაწინაა დადგენილი, დაზღვეულებს შეუძლიათ გადაიხადონ თანაგადახდა ან შეიძინონ დამატებითი სამედიცინო მომსახურება);

< სოციალური სოლიდარობა წარმოადგენს ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მთავარ პრინციპს. იგი გულისხმობს სისტემის სიგნით ჯვარედინი სუბსიდირების მაღალ დონეს, მდიდარსა და ღარიბს, მაღალრისკიანსა და დაბალრისკიანს შორის. დაცულია რისკის კორექციის (risk adjustment) სქემა;

< შედარებით ნაკლებია მთავრობის მარეგულირებელი როლი. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მართვაში მთავრობა შედარებით ნაკლებ როლს თამაშობს. ფონდებს აქვთ გარკვეული ხარისხის ავტონომია, ხშირად ნახევრადდამოუკიდებელი (კვაზიდამოუკიდებელი) დაწესებულებებია;

< სოციალური დაზღვევის ფონდში შენატანები გამოყოფილია საერთო სახელმწიფო საჯალდებულო გადასახადების (საერთო გადასახადები) ან სხვა ლეგალური გადასახადებისაგან.

ამ მთავარი თავისებურებების გარდა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევისათვის

დამახასიათებელია სხვა, საერთო, მაგრამ არააუცილებელი ნიშნებიც:

- < სახელმწიფო სოციალურ მხარდაჭერას უწევს უმწეო მოსახლეობას (ბავშვები, მოხუცები, ინვალიდები). მოსახლეობის ამ ჯგუფებს სახელმწიფო მთლიანად ან ნაწილობრივ აფინანსებს (სუბსიდირება) საერთო გადასახადების მეშვეობით;
- < დამქირავებლებს და დაქირავებულებს აქვთ გარკვეული პასუხისმგებლობა სადაზღვევო ფონდის მართვაში, თუმცა ამას ყოველთვის არ აქვს ადგილი;
- < რამდენიმე ფონდის არსებობისას დაზღვეულებს შესაძლებლობა აქვთ (ან არ აქვთ) ამოირჩიონ მათთვის სასურველი ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდი;
- < პაციენტებს უფლება აქვთ ამოირჩიონ ექიმი ან სამედიცინო დაწესებულება;
- < სხვადასხვა ფონდებს შეიძლება განსხვავებული, ან ერთნაირი ბაზისური პაკეტი გააჩნდეთ;
- < ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ფონდებს უფლება არ აქვთ ბენეფიციარებს უარი უთხრან გაწვევრიანებაზე;

ესა თუ ის ქვეყანა შეიძლება მიეკუთვნოს სოციალური დაზღვევის სისტემის ქვეყნების კატეგორიას, თუ მოსახლეობის უმრავლესობა მოცულია ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სქემით, სადაზღვევო შენატანები დამოკიდებული არ არის დაზღვეულის რისკზე და იგი გამოყოფილია სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადების (საერთო გადასახადები) ან სხვა ლეგალური გადასახადებისაგან⁸.

აქვე აღსანიშნავია, რომ პირდაპირი კავშირი არსებობს შენატანების გადახდასთან და სამედიცინო მომსახურების სარგებლების მიღებასთან, თუმცა არის გარკვეული გამონაკლისები (არასაკმარისი შემოსავლების მქონე ადამიანთა სადაზღვევო შენატანები შესაძლოა მთავრობამ გადაიხადოს, ამგვარად, ეს პირები შეიძლება მოცულ იქნენ სოციალური დაზღვევის სისტემით)⁹. შეიძლება დავასკვნათ, რომ მხოლოდ სადაზღვევო შენატანების გადახდითაა შესაძლებელი სამედიცინო მომსახურების მიღება. სწორედ ამამია ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის განსხვავება სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემისაგან, რომლის დროსაც სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლება აქვს მთელ მოსახლეობას, მაგრამ იმ შემთხვევაში თუ ამისათვის საჭირო აუცილებელი რესურსები ქვეყანას გააჩნია⁹.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის ქვეყნებში დაზღვევა სავალდებულოა მოსახლეობის უმრავლესობისათვის, ან მთელი მოსახლეობისათვის. მისი მიზანია მოსახლეობის უნივერსალური მოცვა. თუმცა, ზოგ ქვეყანაში (მაგ. ნიდერლანდები) მაღალშემოსავლიან პირებს უფლება არ აქვთ დაეზღვიონ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემაში; ზოგ ქვეყანაში (გერმანია) მაღალშემოსავლიან პირებს სოციალურ და ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სქემებს შორის არჩევის უფლება აქვთ.

სერვისების მიწოდებას აწარმოებს როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო პროვაიდერები. ხელშეკრულებებზე შეთანხმება ხორციელდება ყველა სოციალური სამედიცინო სადაზღვევო ფონდებსა და პროვაიდერების ასოციაციებს შორის. რამდენიმე ფონდის არსებობისას (მიუხედავად კონკურენციისა) გარანტირებულია რისკების გაერთიანება (Risk Pooling). სოლიდარობის პრინციპის დაცვის და რისკის კორექციის (risk adjustment) მიზნით, ფონდები რომლებიც აერთიანებენ დაბალრისკიან პირებს (სამედიცინო მომსახურების ნაკლები ხარჯები, მაღალშემოსავლიანი პირები) ახორციელებენ იმ ფონდების სუბსიდირებას, რომელთა დაზღვეულები შედარებით მაღალი რისკით გამოირჩევიან (სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარჯები, დაბალშემოსავლიანი პირები). რისკის კორექციის მექანიზმი და კონკურენციის რეგულირება პოლიტიკური და იურიდიული თვალსაზრისით სირთულეს წარმოადგენს.

სოციალური დაზღვევის სისტემის ქვეყნებში ხშირად დაფინანსების მნიშვნელოვან წყაროს წარმოადგენს). მხოლოდ სავალდებულო სადაზღვევო შენატანები შესაძლოა არ იყოს საკმარისი მოსახლეობის უნივერსალური მოცვისათვის, რადგან მოცული მოსახლეობის რაოდენობა აღემატება სავალდებულო სადაზღვევო შენატანების გადამხდელთა რაოდენობას⁹. შედეგად, სახ-

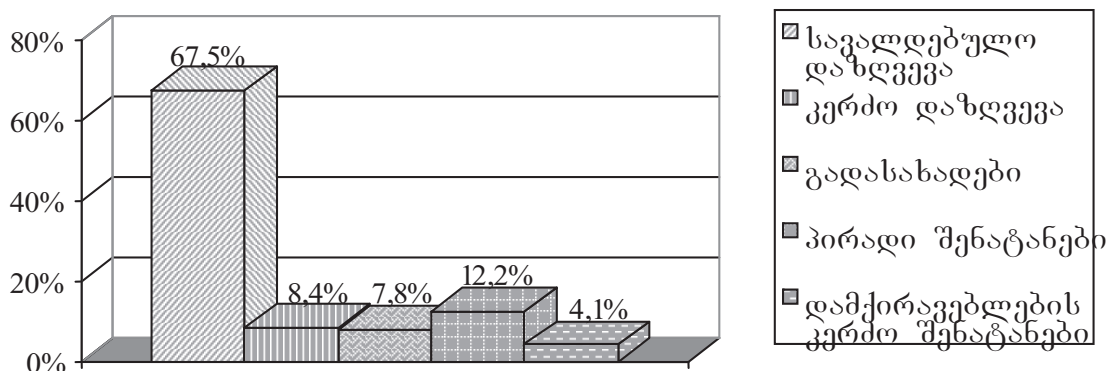
ელმწიფო საერთო გადასახადების (General taxation) მეშვეობით ახორციელებს სოციალური დაზღვევის სისტემის სუბსიდირებას (Carrin and James 2004)¹⁰.

ცხრილი 4: ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დაფინანსება საერთო გადასახადებით (ფონდის შემოსავლების %)

ესტრია	ბელგია	საფრანგეთი	გერმანია	ლუქსემბურგი	ნიდერლანდები	შვეიცარია
არ არსებობს, გამონაკლისია 23 % ფერმერის ფონდებისათვის: მთელი შემოსავლების 0,5 %	35 – 40 %	8 %-მდე ჰლუს სპეციალური გადასახადები (34 %-მდე)	არ არსებობს, გამონაკლისია 52 % ფერმერების ფონდისათვის: 1 %-ზე ნაკლები მთელი შემოსავლებიდან	40 %-მდე	AWBZ – 1 %-ზე ნაკლები; მპკ – 25 %	გვერდითი სუბსიდიები არა იმდენად ფონდებისათვის რამდენად დაზღვეულთათვის

გერმანიაში ჯანდაცვის საერთო ხარჯებში ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის წილი შეადგენს 67,5 %-ს, ხოლო საერთო გადასახადების მეშვეობით სახელმწიფოს სიბსიდირება შეადგენს 7,8 %-ს (2001 წ.)².

ნახაზი 4: ჯანდაცვის დაფინანსების სხვადასხვა წყაროების პროცენტული წილი გერმანიაში, 2001 წ.



წყარო: Busse R, Reisberg A. Health Care System in Transition: Germany, Copenhagen, WHO. Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

ამასთან, მოსახლეობის ნაწილს არ აქვს სავალდებულო სადაზღვევო შენატანების გადახდის საშუალება და სახელმწიფოს მხრიდან სოციალური მხარდაჭერას საჭიროებს. შედეგად, სახელმწიფო მთლიანად, ან ნაწილობრივ აფინანსებს (სუბსიდირება) უმწიფო მოსახლეობის (ბავშვები, მოზუცები, ინვალიდები) ჯგუფებს. განვითარებად ქვეყნებში (მაგ., რუსეთი, ლიტვა, სომხეთი) სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემის დაფინანსების ძირითად წყაროს წარმოადგენს ფედერალური ბიუჯეტები (რუსეთში ფედერალური და ადგილობრივი ბიუჯეტები), რომლებიც ვალდებული არიან დაფარონ უმუშევარი მოსახლეობის დაზღვევის ხარჯები⁹.

გარდა საერთო გადასახადებისა, განვითარებად ქვეყნებში ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სუბსიდირებისათვის აგრეთვე გამოიყენება გარე დახმარებები და მიზნობრივი გადასახადები⁵. ზოგიერთ ქვეყანაში მიზნობრივი გადასახადები დაწესებულია ისეთ პროდუქტებზე (თამბაქო, ალკოჰოლი), რომლებიც ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას განაპირობებენ (მათი მოხმარების შემცირების მიზნით).

ჩვეულებრივ, საზოგადოება სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადების (საერთო გადასახადები), ან კერძო დაზღვევის სისტემასთან შედარებით, უპირატესობას უფრო სოციალური დაზღვევის სისტემას ანიჭებს. სოციალური დაზღვევის სისტემა ხშირად ასოცირებულია დაფინანსების სისტემის გამჭვირვალობასთან. უმთავრეს პრობლემებს წარმოადგენს ხარჯების ზრდა, მაღალი ტრანსაქციული და მენეჯმენტის ხარჯები.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა გავრცელებულია გერმანიაში, საფრანგეთში, ბელგიაში, ნიდერლანდებში, ლუქსემბურგში, ავსტრიაში, შვეიცარიაში, სამხრეთ კორეაში, იაპონიაში. აღმოსავლეთ ევროპისა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში გასული საუკუნის 80-იანი წლების ბოლო პერიოდამდე ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება ხორციელდებოდა სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით (საერთო გადასახადები). კომუნისტური რეჟიმის რღვევის შედეგად ამ ქვეყნებში მნიშვნელოვანი ცვლილებები განხორციელდა ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების რეფორმირების თვალსაზრისით. ისეთ ქვეყნებში, როგორცაა: ჩეხეთი (1991 წლიდან), ხორვატია, ესტონეთი, უნგრეთი (1992 წლიდან), სლოვაკია, სლოვენია ჯანდაცვის დაფინანსება უპირატესად ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის საშუალებით ხორციელდება. ხორვატიაში, მაკედონიასა და სლოვენიაში პროფესიულ საქმიანობაზე დაფუძნებული ფონდები (რომლებიც არსებობდნენ ტიტოს რეჟიმამდე იუგოსლავიაში, 1945 წლამდე) 90-იანი წლების დასაწყისში გარდაიქმნენ სოციალური დაზღვევის ფონდებად.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა გავრცელებულია აგრეთვე ისეთ განვითარებად ქვეყნებში, როგორცაა: არგენტინა, ბოლივია, ბრაზილია, ჩილე, კოლუმბია, კოსტა რიკა, დომინიკანის რესპუბლიკა, ეკვადორი, პერუ, ურუგვაი, ვენესუელა, ალჟირი, კნია, ლიბანი, ტუნისია. დღეისათვის სოციალური დაზღვევის სისტემის დანერგვას ცდილობს ბევრი განვითარებადი ქვეყნები (ბოსნია-ჰერცეგოვინა, ჩინეთი, განა, ინდონეზია, ყირგიზეთი, მოლდავეთი, მაროკო, ნიგერია, ფილიპინები, პოლონეთი, რუსეთი, სერბეთი, ტანზანია, ვიეტნამი).

საქართველოში 2002 წლამდე არსებობდა “სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შენატანი” (დამქირავებლის სახელფასო ფონდზე დარიცხული 3% + დაქირავებულის ხელფასის 1%), ანუ დამქირავებლის და დაქირავებულის გადახდილ თანხებს განსაზღვრული ჰქონდა დანიშნულება. კანონის თანახმად, აღნიშნული შენატანი არ წარმოადგენდა ქვეყნის ბიუჯეტის შემოსავლის წყაროს, ამდენად აღნიშნულ პერიოდში აღნიშნული მიზნით მობილიზებული სახსრები განიხილება როგორც ჯანდაცვის დაფინანსების კერძო სახსრები. შესატანის აკუმულირება ხდებოდა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიაში, რომელიც წარმოადგენდა საზოგადოებრივ თუ კვაზისამთავრობო სტრუქტურას⁷. აქვე აღსანიშნავია, რომ სისტემის ფუნქციონირების De jure სქემა არსებითად განსხვავდებოდა De facto ვითარებისაგან. ჩატარებული კვლევებისა და საექსპერტო შეფასებების მიხედვით, “სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შენატანი” სინამდვილეში წარმოადგენდა შუალედურ კატეგორიას “სავალდებულო შესატანსა და “მიზანმიმართულ საბიუჯეტო გადასახადს” შორის⁶. კერძოდ, შეროვების ტექნიკით (“მისამართი” – ექსკლუზიურად სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია) “3 + 1” შესატანს წააგავდა, ხოლო გადამხდელისა და გადახდის პროცედურის აღრიცხვის ტექნიკით – მიზანმიმართულ საბიუჯეტო გადასახადს⁶.

2003 წლიდან სამედიცინო დაზღვევის კომპანიაში შეწყვიტა ფუნქციონირება და შეიქმნა ახალი სტრუქტურა – სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი, გაუქმდა სამედიცინო

დაზღვევის სავალდებულო შესატანი და ჯანდაცვის სახსრები გაერთიანდა სოციალურ გადასახადში, რომლის საფუძველზე ხდებოდა სოციალური ხარჯების დაფინანსებელი საგანგებო ფონდის, ე. წ. სპეცფონდის ფორმირება⁷.

2003 და 2004 წლების ბიუჯეტის კანონის მიხედვით სახელმწიფო ბიუჯეტი შედგებოდა ცენტრალური ბიუჯეტისა და სპეცფონდებისაგან (მათ შორის საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი). მიუხედავად იმისა, რომ სოციალური დაზღვევის გადასახადი, ყველა სხვა სახის გადასახადისაგან განსხვავებით, განსაზღვრავს გადასახადის მიზანს, მიმართულებას, ქვეყნის კანონმდებლობით არის ბიუჯეტის ფორმირების წყარო და შესაბამისად წარმოადგენს სავალდებულო სახელმწიფო სადაზღვევო გადასახადს⁷. აღნიშნული გადასახადი ისეთივე წესით შედიოდა ხაზინაში, როგორც სხვა წმინდა საბიუჯეტო გადასახადები (ცალკე მიმღები ანგარიში ხაზინაში სოციალური დაზღვევის გადასახადისათვის არ არსებობდა)⁶. ამგვარად, იგი ისევე წარმოადგენდა შუალედურ კატეგორიას მსგავსად “სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შესატანისა”, მაგრამ ამჯერად მიზანმიმართულ საბიუჯეტო გადასახადსა და წმინდა საბიუჯეტო გადასახადს შორის⁷.

2004 წელს კერ მოხერხდა ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერისა და სოციალური გადასახადის ცალ-ცალკე დამისამართება, ამიტომ იგი განიხილება როგორც ცენტრალურ ბიუჯეტში გამოყოფილი სახსრები⁷. 2005 წელს სოციალური დაზღვევის გადასახადი გაუქმდა და დაწესდა სოციალური გადასახადი, რომელიც უშუალოდ ბიუჯეტში აკუმულირდება. სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის ჯანდაცვის პროგრამების დაფინანსება მხოლოდ საბიუჯეტო ასიგნებებით ხორციელდება, ამდენად იგი ცენტრალური ბიუჯეტის განაყოფს განეკუთვნება⁷.

ცხრილი 5: სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის დაფინანსების წყაროები (ათასი ლარი), საქართველო, 2001-2006 წწ.

წყაროები	2001	2002	2003	2004	2005	2006
სახელმწიფო ბიუჯეტის ტრანსფერი	19313,7	26900,5	27 990,2	65546,8	88608,0	128645,5
სამედიცინო დაზღვევის გადასახადი	20981,7	18400,0	36300,0			
ტერიტორიული ერთეულების ბიუჯეტიდან გადაცემული თანხები		3900,0	5376,4	15409,1		
სულ	40295,4	49200,5	69666,6	80955,9	88608,0	126381,2

წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების კლასიფიკაცია და მომზადების მეთოდოლოგია, 2001-2006 წწ., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური პროექტების განმანორციელებელი ცენტრის პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი, თბილისი, 2008 წ.

ხელფასზე მიზნობრივი გადასახადი შეიძლება ნაწილობრივ, ან მთლიანად ფარავდეს ჯანდაცვის ხარჯებს. ზოგიერთ ქვეყნებში ჯანდაცვის დაფინანსების შერეული, ბიუჯეტურ-სადაზღვევო სისტემაა გაგრძელებული, სადაც ხელფასზე მიზნობრივი გადასახადი განიხილება სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადების (საერთო გადასახადები) სისტემის დამატებითი წყარო.

ცხრილი 6: ჯანდაცვის დაფინანსების წყაროები ესტონეთში, 1995-1997 წწ.

	1995	1996	1997
ჯანმრთელობის დაზღვევა	81,2 %	81,9 %	87,0 %
სახელმწიფო ბიუჯეტი	14 %	13,1 %	10,2 %
მუნიციპალური ბიუჯეტი	4,8 %	5,1 %	2,8 %

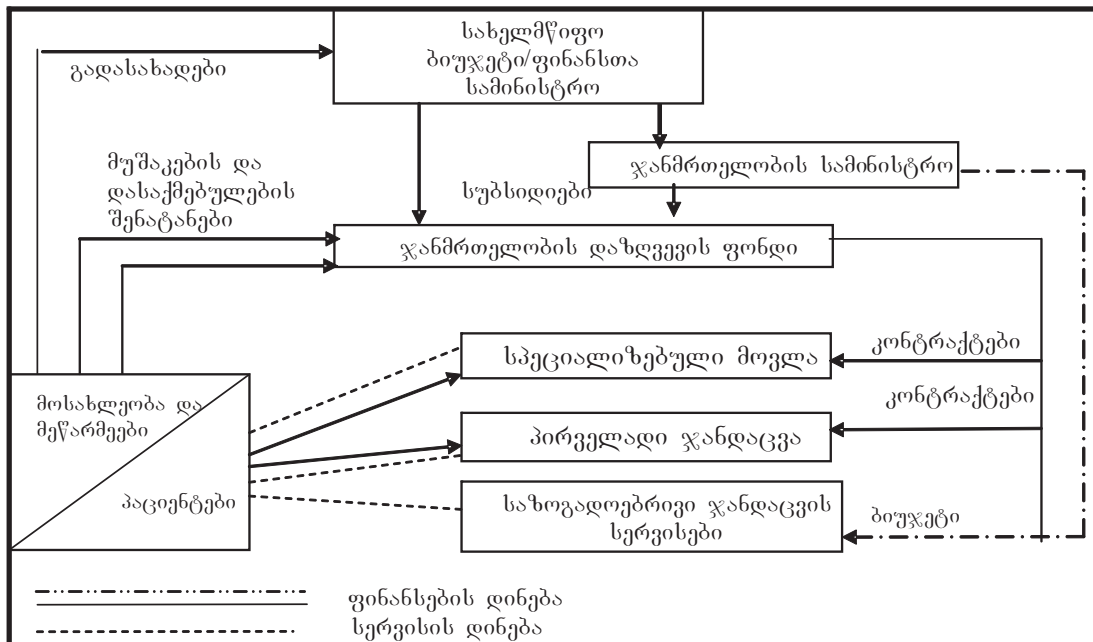
აქვე აღსანიშნავია, რომ სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის დროს გამოიყენება ორი მეთოდი:

მომსახურების გაწევის პრინციპი;

ხარჯების ანაზღაურების პრინციპი.

მომსახურების გაწევის პრინციპი ნიშნავს პაციენტის მომსახურებას უფასოდ, მხოლოდ პაციენტმა უნდა წარმოადგინოს სადაზღვევო ბარათი (გერმანია, ნიდერლანდები). ხარჯების ანაზღაურების პრინციპის დროს თავდაპირველად პაციენტი თვითონ იხდის მომსახურების ხარჯებს, ხოლო შემდეგ ხდება მისი კომპენსაცია მთლიანად ან ნაწილობრივ, დადგენილი ტარიფების შესაბამისად (საფრანგეთი, ბელგია, ლუქსემბურგი).

ნახაზი 5: ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დაფინანსების სისტემა, ბისმარკის მოდელი



14.5. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ძირითადი პრინციპები

თანასწორობა

თანასწორობა შეიძლება განისაზღვროს როგორც საჭიროების შემთხვევაში სათანადო და ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების (პროფილაქტიკური, სამკურნალო) ყველასათვის ერთნაირად მიღების შესაძლებლობა. “სათანადო დახმარება” ნიშნავს ისეთ დახმარებას, რომელიც გარკვეული დაავადების პროფილაქტიკისა და მკურნალობისას წარმოადგენდა წარმატებულს.

ექიმის თავისუფალი არჩევა

კანონი ყველა დაზღვეულს უნდა აძლევდეს ზოგადი პრაქტიკის ან ოჯახის ექიმის თავისუფალი არჩევის უფლებას, აგრეთვე გარკვეული ხნის შემდეგ (ექვსი თვე, სამი თვე) არჩეული ექიმის შეცვლის უფლებას.

ზოგიერთი ქვეყნის კანონი აგრეთვე ითვალისწინებს დაზღვეულთა მიერ სპეციალისტისა და სამედიცინო დაწესებულების არჩევის უფლებას. თავისუფალი არჩევის ასეთი გაფართოებული იურიდიული უფლებები სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიისათვის სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენენ, თუ ეფექტურობის გაზრდის მიზნით ისინი ზოგადი პრაქტიკის ან ოჯახის ექიმებს “შეკარბჭის” როლის შესრულებას დაავალდებულებენ და მათ პაციენტის სპეციალისტთან მიმართვის უფრო მკაცრ მიდგომას მოსთხოვენ.

სოლიდარობის პრინციპი

სოლიდარობის პრინციპი წარმოადგენს სისტემის შექმნის საფუძველს როგორც შენატანების გადახდისათვის, ასევე სამედიცინო დახმარების მისაღებად. რადგანაც ყველა დაზღვეულს სამედიცინო დახმარების მიღების ერთნაირი უფლება აქვს, შენატანების გადახდის ვალდებულება გამოიხატება დაზღვეულის თვითონ შემოსავლიდან პროცენტული შეფარდებით. შენატანებს იხდის როგორც დამქირავებელი, ასევე დაქირავებული, რომელთა წილი განისაზღვრება კანონმდებლობით. ამგვარად, მაღალშემოსავლიანი პირები უფრო მეტს იხდიან ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში, ვიდრე დაბალშემოსავლიანები. სოლიდარობის პრინციპის გამოყენება სამედიცინო სადაზღვევო სისტემაში გულისხმობს:

- < მაღალშემოსავლიანი პირები ეხმარებიან დაბალშემოსავლიან პირებს;
- < მარტოხელა და უშვილო წყვილები ეხმარებიან ოჯახებს;
- < ჯანმრთელები ეხმარებიან ავადმყოფებს;
- < ახალგაზრდები ეხმარებიან ასაკოვან პირებს.

სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაზღვევის ბევრი ქვეყნისათვის სოლიდარობა წარმოადგენს სისტემის ნაწილს. ყველაზე მთავარ განსხვავებას წარმოადგენს დამქირავებლის და დაქირავებულის შენატანების წილებს შორის თანაფარდობა (გერმანიაში 50:50 დან 2/10:8/10-მდე იტალიაში).

დაზღვეულის თანამონაწილეობა

აღნიშნული პრინციპი გულისხმობს დაზღვეულის დაინტერესებას საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობისადმი: აღნიშნული პრინციპით ჯანდაცვის პოლიტიკა მიმართულია არამარტო ჯანდაცვის სფეროში განათლების ამაღლებაზე, ცხოვრების ჯანსაღ წესზე და პროფილაქტიკაზე, არამედ ზოგჯერ მისაღებ ფარგლებში თანაგადახდის დაწესებაზეც.

სავალდებულო/კერძოს შეთავსება

რადგანაც სოციალურად მოწყვლადი ადამიანები ხშირად ნებაყოფლობითი დაზღვევის სისტემის გარეთ რჩებიან, დასავლეთ ევროპის ბევრ ქვეყნებში შემოღებულია სავალდებულო სახ-

ელმწიფო ჯანმრთელობის დაზღვევა. ამასთან, შეიძლება წარმოიშვას პრობლემები იმ დაზღვეულთათვის რომლებსაც არ შეუძლიათ შენატანების გადახდა, აგრეთვე იმათთვის რომელთა შემოსავალი დადგენილ ზღვარს ზევითაა. უკანასკნელი ჯგუფი ხშირად მიმართავს ნებაყოფლობით ჯანმრთელობის დაზღვევის მომსახურებას, რადგან მას თვლის გარკვეული სოციალური სტატუსის სიმბოლოდ.

შენატანების გადახდა

სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა ჩვეულებრივ შენატანებით ფინანსდება, რომელთაც იხდიან დაზღვეულები და კერძო და სახელმწიფო დამქირავებლები. უმწიფო კატეგორიის ადამიანების სამედიცინო დახმარების ანაზღაურება ხორციელდება სხვა ფონდების მიერ გადახდილი შენატანებით ან სახელმწიფოს მეშვეობით.

შეზღუდვები

ზოგ მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა არ ვრცელდება იმ პირებზე, რომელთა შემოსავალი აღემატება დადგენილ ზღვარს. ასეთი “სულგრძელობის” ძირითად ნაკლოვანებას წარმოადგენს ის გარემოება, რომ შემოსავლების მნიშვნელოვანი რაოდენობა არ გამოიყენება რისკების გადასანაწილებლად, სოლიდარობის პრინციპის შესაბამისად. ამიტომ გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებში მთელი მოსახლეობა (ახალშობილიდან პრეზიდენტის ჩათვლით) სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაშია გაერთიანებული, პროფესიისა და შემოსავლის დონის მიუხედავად.

მეორე რიგის შეზღუდვებს განეკუთვნება სამედიცინო მომსახურების პაკეტი, რომელიც საერთოდ ან ნაწილობრივ არ მოიცავს კბილის პროტეზებს, სათვალეები, მედიკამენტებიც კი (კანონით დადგენილი თანაგადახდა). მომსახურების აღნიშნული სახეები შედის კერძო დაზღვევაში ან თვით პაციენტი იხდის.

საზოგადოებრივი და არაკომერციული

სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა არის სახელმწიფო დაზღვევა, რომელიც ეფუძნება კანონებსა და დადგენილებებს. დაფინანსების ძირითად წყაროს წარმოადგენს შენატანები, რომელთა ზომას ბევრ ქვეყნებში ადგენს სახელმწიფო სტრუქტურები (მთავრობა და პარლამენტი). ყოველწლიურად ხორციელდება შენატანის ზომის გადასინჯვაგასავლებსა და შემოსავლებს შორის ბალანსის დასამყარებლად. გარდა ამისა, სადაზღვევო საღაროებს შორის რისკების გათანაბრებისათვის დგინდება კომპენსაციური ფონდი.

დეცენტრალიზაცია

სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემის კარგი ფუნქციონირების წინაპირობას წარმოადგენს დეცენტრალიზაცია. ზოგ ქვეყნებში რეგიონალური ორგანიზაციები ახორციელებენ შენატანების შეგროვებას, ზოგადი პრაქტიკის ექიმებთან, სპეციალისტებთან და საავადმყოფოებთან ხელშეკრულების გაფორმებას, გაწეული სამედიცინო დახმარების მონიტორინგს და ა. შ. რეგიონული სადაზღვევო ფონდები სტრუქტურირებული არიან ჯანმრთელობის დაზღვევის ფედერალურ ფონდთან, რომელიც ახორციელებს რეგიონული ფონდებიდან ჯანდაცვის სფეროში მონაცემთა შეგროვებას, აგრეთვე თანამშრომლობს ჯანდაცვის სამინისტროსთან, კოორდინაციას უწევს რეგიონალურ ფონდების მუშაობას და ჩარჩო ხელშეკრულებების დადებას.

დეცენტრალიზაცია ხელს უწყობს ეფექტურობისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას, აგრეთვე ფინანსური რესურსების რაციონალურ გამოყენებას.

14.6. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევით მოსახლეობის მოცვა

შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის № 130 კონვენცია მოიცავს მოსახლეობის მოცვის ზოგიერთ მინიმალურ სტანდარტს. სახელმწიფოებს, რომლებმაც მოახდინეს ამ კონვენციის რატიფიკაცია, შეუძლიათ თავისუფლად აირჩიონ ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციის მოდელი იმ პირობით, რომ ეს სისტემები აუცილებლად მოიცავენ:

< დაქირავებულ პირებს, გამონაკლისს შეადგენს სახელმწიფო მოსამსახურეები, მეზღვაურები, დროებით დასაქმებულები და სხვა ჯგუფები, რომელთა წილი არ უნდა აღემატებოდეს დაქირავებულთა მთლიანი რაოდენობის 10%-ს;

< ეკონომიკურად აქტიური მოსახლეობის არანაკლებ 75%;

< ყველა სიტუაციაში დაზღვეულთა მეუღლეები და ბავშვები აგრეთვე გარანტირებული უნდა იყვნენ სამედიცინო მომსახურებით.

სოციალური დაზღვევის სისტემაში მოსახლეობის მოცვის თვალსაზრისით არ არსებობს საერთო წესები. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ქვეყნებს სხვადასხვა ხედავ გააჩნიათ დაზღვეული მოსახლეობის კონტინენტის განსაზღვრაში. ამასთან, ავადმყოფობის შემთხვევაში საზოგადოების თითოეული წევრის ფინანსური რისკებისაგან დაცვა განიხილება როგორც საზოგადოების სოციალური სოლიდარობა.

ზოგადად, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემებში დაზღვევა სავალდებულოა განსაზღვრული მოსახლეობისათვის. ჩვეულებრივ, სანამ მთელ მოსახლეობაზე გავრცელდებოდა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა, ბევრმა ქვეყანამ განვლო გზა არსებული, დამქირავებლებზე დაფუძნებული სადაზღვევო სქემიდან სავალდებულო სქემისაკენ სპეციფიური დასაქმების ჯგუფებისათვის (როგორცაა სახელმწიფო მოხელეები, მრეწველობის მუშაკები)¹¹.

ევროპის ქვეყნებს შორის, სადაც სოციალური დაზღვევის სისტემაა განვითარებული, კანონმდებლობის მიხედვით, უნივერსალური მოცვა არსებობს მხოლოდ **შვეიცარიაში, ბელგიაში და საფრანგეთში**¹. ამასთან, **ბელგიაში** უნივერსალური მოცვა ხორციელდება ორსაფეხურიანი სისტემით: მოსახლეობის 88 %-ზე მოქმედებს “საერთო რეჟიმის” (მომსახურების მთლიანი პაკეტი), ხოლო 12 %-ზე – “თვითდასაქმებულთა რეჟიმის” სისტემა (მხოლოდ “ყველაზე მსხვილი” რისკების დაფარვის პაკეტი) (Nonneman and van Doorslaer 1994). გამონაკლისს შეადგენს, აგრეთვე, **ნიდერლანდების** საყოველთაო დაზღვევის სისტემა (AWBZ), რომელიც 1968 წელს განსაკუთრებული სამედიცინო ხარჯების აქტის საფუძველზე შეიქმნა¹. აღნიშნული აქტი მოიცავს ხანგრძლივ მოვლას და დაავადებათა პროფილაქტიკის პროგრამებს მთელი მოსახლეობისათვის.

ცხრილი 7: ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევით მოცვა (მთელი მოსახლეობის %)

ავსტრია	ბელგია	საფრანგეთი	გერმანია	ლუქსემბურგი	ნიდერლანდები	შვეიცარია
99 %	99-100 %	100 %	88 %	97-99 %	100 % AWBZ სქემით, 64 % ZPW სქემით	100 %

ისტორიულად, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემები დაკავშირებული იყო მოქალაქის ორგანიზაციაში საქმიანობასთან, ანუ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის ჩამოყალიბების საწყის პერიოდში დაზღვევა ვრცელდებოდა მხოლოდ საწარმოებში დაქირავებულ მუშაკებზე და არ ითვალისწინებდა მთელი მოსახლეობის დაზღვევას. მიუხედავად ამისა, თანდათანობით ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ყველა ქვეყნებში დაზღვევამ მოსახლეობის უმუშევარი ნაწილიც მოიცვა. ჯანმრთელობის დაზღვევით მთლიანი მოსახლეობის უზრუნველყოფა შესაძლებელი გახდა მხოლოდ ბოლო პერიოდში და ისიც როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, რამდენიმე ქვეყანაში. შვეიცარიამ უნივერსალურ მოცვას მიაღწია 1996 წელს, ბელგიამ 1998 წელს, საფრანგეთმა 2000 წელს. გამონაკლისს წარმოადგენს ნიდერლანდები, სადაც AWBZ – ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარების უნივერსალური დაზღვევის სისტემა ჩამოყალიბდა 1968 წელს.

საფრანგეთში 1945 წელს მიღებული კანონის (საიდანაც დაიწყო ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის სტრუქტურის ჩამოყალიბება) შემდეგ სოციალური დაზღვევა თანდათანობით ვრცელდებოდა მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებზე. თავდაპირველად იგი მოიცავდა მრეწველობაში და ვაჭრობაში დასაქმებულ პირებს, შემდეგ სტუდენტებს (1948), სამხედრო მოსამსახურეებს (1949), ფერმერებს (1961), თვითდასაქმებულებს (1966-1970)¹². 1978 წელს მოუცველ მოსახლეობაზე შემოღებულ იქნა სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაზღვევა ნებაყოფლობით საფუძველზე (დაზღვევისათვის მათ უნდა გადაეხადათ ფიქსირებული სადაზღვევო პრემია. ღარიბებზე გადასახადი შეეძლოთ შეეტანათ გენერალურ საბჭოებს)¹². 2000 წლის 1 იანვარს მიღებულ იქნა კანონი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ, რომლითაც სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა (Assurance-maladie) ვრცელდება ქვეყნის მთელ მოსახლეობაზე. სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა სოციალური უსაფრთხოების სისტემის (Securite sociale) შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს.

ავსტრიას და ლუქსემბურგს აქვთ დე-ფაქტო უნივერსალური მოცვა, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევით მოცულია ფაქტიურად მთელი მოსახლეობა, თუმცა მოსახლეობის 1-3 % არ არის დაზღვეული (ლუქსემბურგში მათ ძირითადად უმდიდრესი ადამიანები შეადგენენ)¹.

გერმანიაში მოსახლეობის უმრავლესობა მოცულია ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევით (88 % - 2003 წ.), მათგან 75% სავალდებულო წევრებს შეადგენს მათი ოჯახის წევრებთან ერთად, ხოლო 13%-ს წარმოადგენენ ნებაყოფლობითი წევრები და მათი ოჯახის წევრები, რადგან მაღალანაზღაურებადი სამუშაოს გამო, კანონმდებლობის მიხედვით, მათ აქვთ სახელმწიფო და კერძო დაზღვევის არჩევის უფლება (Busse and Riesberg 2004). მოსახლეობის დაახლოებით 9% ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევით სარგებლობს, ხოლო მოსახლეობის 2%-ზე სპეციალური სახელმწიფო პროგრამა ვრცელდება (სამხედრო მოსამსახურენი, პოლიციელები, ემიგრანტები, რომლებმაც პოლიტიკური თავშესაფარი ითხოვეს). მოსახლეობის მხოლოდ 0,2 % (დაახლოებით 170 ათასი პირი) არ არის დაზღვეული არც კერძო და არც სოციალური დაზღვევის სისტემაში. მათ მიეკუთვნებიან მცირე ბიზნესში თვითდასაქმებულები (რომელთაც არ აქვთ კერძო დაზღვევა), აგრეთვე პირები, რომლებმაც არ გადაიხადეს სადაზღვევო შენატანების საკუთარი წილი. ასეთ თვითდასაქმებულებს გარკვეული ფინანსური პრობლემების დადგომისას (მაგ., საკუთარი ბიზნესის ბანკროტი) შეუძლიათ სოციალური დაზღვევის სისტემაში გაწევრიანება.

ნიდერლანდებში კანონმდებლობა კრძალავს სავალდებულო (ZFW) და ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სისტემებს შორის არჩევანის გაკეთებას. კანონით დადგენილია შემოსავლების ზღვარი – 65 წლამდე მოსახლეობისათვის 29 300 ევრო და 65 წელს ზევით მოსახლეობისათვის 18 700 ევრო¹. შემოსავლის ზღვარს ზევით პირებს უფლება არ აქვთ სავალდებულო (ZFW) ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში გაწევრიანდნენ. რადგან შემოსავლების ზღვარი დაბალია

ვიდრე გერმანიაში, სავალდებულო (ZFW) ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში გაწვევრიანებული მოსახლეობის წილი (მოსახლეობის 63 % - 2004 წ.) უფრო მცირეა ვიდრე გერმანიაში. 1994 წელს პენსიონერებს სავალდებულო (ZFW) ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში გაწვევრიანებისათვის შემოსავლის ზღვარი გაეზარდათ, ხოლო 2000 წლისათვის იგივე ზღვარი დაწესდა თვითდასაქმებულთათვის (den Exter et al. 2004).

გერმანიაში და ნიდერლანდებში სოციალური დაზღვევით მოსახლეობის მოცვის აღნიშნულ მიდგომას აქვს თავისი უარყოფითი მხარეები. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემაში შემოსავლების დიდი წილი მოსახლეობის მაღალშემოსავლიან ნაწილზე მოდის. ამავე დროს, ეს ჯგუფი, როგორც წესი, მოიხმარს სამედიცინო მომსახურების შედარებით მცირე წილს, შედარებით მაღალი განათლების, რაციონალური კვების და სხვა ანალოგიური ფაქტორების გამო, რომლებიც დადებით გავლენას ახდენენ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ამგვარად, სოციალური დაზღვევის სისტემაში რჩება რისკების შედარებით “არახელსაყრელი” ნაწილი.

აპონიის ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემამ უნივერსალურ მოცვას მიაღწია 1961 წელს (1938 წელს მიღებული ეროვნული სადაზღვევო კანონის შესწორების საფუძველზე). სადაზღვევო ფონდებში (5124 ფონდი – 2002 წ.) გაწვევრიანება სავალდებულოა მთელი მოსახლეობისათვის. დიდი კომპანიების მუშაკები ხშირად მათ საკუთრებაში მყოფ სადაზღვევო ფონდებში არიან გაწვევრიანებულნი. მცირე კომპანიებში დასაქმებულები დაზღვეულნი არიან სპეციალური საქმიანობის სადაზღვევო ფონდებში ან გაწვევრიანებულები არიან მთავრობის მიერ მართულ სქემებში (government-managed scheme – EHI), ყველა სხვა მოქალაქეს აქვთ სავალდებულო დაზღვევა მუნიციპალური სადაზღვევო სქემის, ე.წ. ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევის მეშვეობით (Henke and Schreyögg, 2004).

სამხრეთ კორეის მთავრობამ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის განვითარებაზე ზრუნვა დაიწყო 1976 წელს. თავდაპირველად, ყველა კომპანია, სადაც დასაქმებული იყო 500-ზე მეტი პირი ვალდებული იყო ჯანმრთელობის დაზღვევით მოეცვა საკუთარი თანამშრომლები. წლების განმავლობაში ეს ვალდებულება გავრცელდა მცირე კომპანიებზეც (1988 წელს 5 კაციან საწარმოზეც). 1980-იან წლებში სადაზღვევო მოცვა გავრცელდა სამთავრობო და თვითდასაქმებულებზე. უნივერსალური მოცვა მიღწეულ იქნა 1989 წელს, როდესაც სქემაში გაწვევრიანდნენ ქალაქის თვითდასაქმებულები (OECD 2003). 1990-იან წლებში სამხრეთ კორეაში დაიწყო სადაზღვევო ფონდების კონვერგენციის პროცესი, რომელიც 2000 წელს დამთავრდა ერთი ნაციონალური სამედიცინო სადაზღვევო (National Health Insurance – NHI) კორპორაციის შექმნით¹⁰. კორპორაციამ მოახდინა 139 სადაზღვევო ფონდის გაერთიანება. 1977 წელს NHI-ის პარალელურად ჩამოყალიბდა მთავრობის მიერ დაფინანსებული სახელმწიფო დახმარების სქემა – სამედიცინო დახმარების პროგრამა (Medical Aid Program – MAP). იგი ითვალისწინებს ღარიბთა სამედიცინო სამედიცინო სადაზღვევო მოცვას იგივე სარგებლის პაკეტით, რაც არის გათვალისწინებული NHI-ის სქემით. MAP წარმოადგენს კორეის სოციალური დაცვის სისტემის ნაწილს და NHI-ისგან დამოუკიდებლად ფუნქციონირებს. ყველა პირი, რომლის შემოსავალი ცხოვრების მინიმალურ ზღვარს ქვევითაა, აგრეთვე მოსახლეობის სხვა სპეციფიური ჯგუფები უფლებამოსილია გაწვევრიანდეს MAP-ის სქემაში¹³. MAP-ის წევრები გაყოფილია 2 კატეგორიად. I კატეგორიას განეკუთვნებიან მედლის სახლების და სოციალური დაცვის დაწესებულებების რეზიდენტები, აგრეთვე, ინვალიდები, 65 წელს ზევით პირები. II კატეგორიაში შედიან სოციალური დაცვის ბენეფიციარები (MAP-ის 55 % - 1999 წ.)¹³.

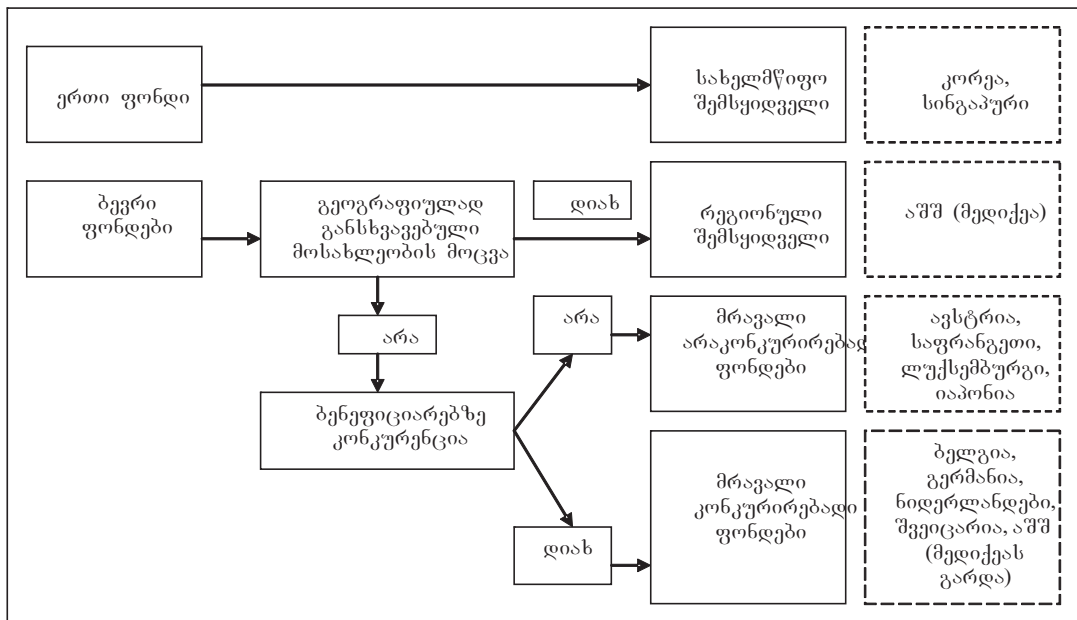
14.7. სამედიცინო ფონდების ორგანიზაცია

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემაში ფონდების რაოდენობა, მათი ზომა და სტრუქტურა ფართო საზღვრებში მერყეობს. განსხვავებულია მათ შორის კონკურენციის ხარისხიც. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის დეცენტრალიზაცია გულისხმობს შესყიდვის პასუხისმგებლობის ცენტრალური დონიდან რეგიონულ ან ლოკალურ ორგანიზაციებზე დელეგირებას. უკანასკნელი სამი ათეული წლის განმავლობაში დეცენტრალიზაციის პროცესი შეეხო თითქმის ყველა ქვეყანას. თუმცა, არიან ქვეყნები, სადაც ჯერ კიდევ ფუნქციონირებს შესყიდვის ცენტრალიზებული სისტემა.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემაში სადაზღვევო ფონდები (sickness funds) უმთავრესად არამომგებიანი ორგანიზაციებია, რომელთაც ზედამხედველობას უწევს სახელმწიფო¹². მიუხედავად ამისა, ისინი თვითმმართველობის პრინციპებს ეფუძნებიან (ხელმძღვანელების არჩევა ფონდის წევრების საშუალებით ხორციელდება). უმეტეს ფონდებში მმართველობითი ორგანო წარმოდგენილია აღმასრულებელი კოლეგიით, რომელიც პასუხისმგებელია ყოველდღიურ მენეჯმენტზე.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ოთხი ტიპის ორგანიზაცია არსებობს: ერთიანი ფონდი ქვეყნის მთელი მოსახლეობისათვის; რამდენიმე ერთიანი ფონდი, რომლებიც ქვეყნის განსაზღვრული ნაწილის მთელ მოსახლეობას ემსახურება; ფონდები, რომლებიც ემსახურებიან ქვეყნის ერთი და იგივე ნაწილის მოსახლეობას, მაგრამ არ იმყოფებიან ერთმანეთთან კონკურენციაში; კონკურენციაში მყოფი ფონდები.

ნახაზი 6: ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ბაზარი და ფონდები (შემსყიდველი)



წყარო: Adapted from Kutzin (2001).

ზოგიერთ ქვეყნებში სოციალური დაზღვევის რამდენიმე ფონდები არსებობს (არგენტინა, ჩილე, კოლუმბია, საფრანგეთი, გერმანია, იაპონია, ნიდერლანდები, შვეიცარია, ლუქსემბურგი, ბელგია, ავსტრია, იტალია, რუსეთი), ზოგ ქვეყნებში მხოლოდ ერთი (ესტონეთი, ლიტვა, უნგრეთი, კორეა, სინგაპური).

ბენეფიციარების გაწვევრიანება ამა თუ იმ ფონდში დაფუძნებულია დასაქმებაზე, ანუ პროფესიულ პრინციპზე (არგენტინა, ბოლივია, მექსიკა), გეოგრაფიულ მდებარეობაზე და ასაკზე (იაპონია), ინდივიდუალურ არჩევანზე (ჩილე, კოლუმბია, გერმანია).

სოციალური დაზღვევის სისტემის ქვეყნებში შეინიშნება პროგრესული ევოლუცია ფონდების გაერთიანების და შესაბამისად, მათი რაოდენობის შემცირების თვალსაზრისით. ფონდების რაოდენობის შემცირება თავის მხრივ განაპირობებს რისკის გაერთიანების ზრდას და მენეჯმენტთან დაკავშირებული ხარჯების შემცირებას.

უნგრეთში სავალდებულო სოციალური დაზღვევა „ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდის“ (NHIFA) საშუალებით ხორციელდება, რომელიც წარმოადგენს ერთადერთ სავალდებულო სადაზღვევო ფონდს. იგი არამომგებიან ორგანიზაციას წარმოადგენს, რომელსაც ზედამხედველობას უწევს ჯანდაცვის სამინისტროსთან და გააჩნია დეცენტრალიზებული ფილიალები მთელ ქვეყანაში. ფილიალებს კონტრაქტები აქვთ დადებული ჯანდაცვის ადგილობრივ პროვინციებთან და ახორციელებენ მათ მიერ გაწეული მომსახურების ანაზღაურებას. რეგიონული ფილიალების არსებობა, ანუ სისტემის დეცენტრალიზება, არ ნიშნავს, მათთვის ძალაუფლების გადაცემას. იგი მაინც ზედმიწევნით იმართება ცენტრიდან.

ლიტვაშიც ასევე მხოლოდ ერთი სავალდებულო სადაზღვევო ფონდი არსებობს რომელიც ჯანმრთელობაზე გაწეული სახელმწიფო ხარჯების 90 %-ს ფარავს. ფონდი დაარსდა 1997 წელს. ცენტრალურ ფონდს აქვს ათი რეგიონული ფილიალი. ხარჯვის განაწილებაზე გადაწყვეტილებებს ღებულობს ცენტრალურ ფონდი. ფაქტიურად ჯანმრთელობის ფონდი წარმოადგენს სახელმწიფო საბიუჯეტო დაწესებულებას რომელიც ფართოდ ფინანსდება საერთო გადასახადებით. 1998 და 2002 წლებში სადაზღვევო შენატანები ფონდის შემოსავლების მხოლოდ 20%-ს შეადგენდა.

ესტონეთში 1992 წელს შეიქმნა 22 დამოუკიდებელი რეგიონალური ჯანმრთელობის ფონდი. გეგმის მიხედვით, შემოსავლები უნდა განაწილებულიყო მათ შორის, მაგრამ ფაქტიურად იგი ვერ განხორციელდა. შედეგად, 1994 წელს შეიქმნა ჯანმრთელობის ცენტრალური სადაზღვევო ფონდი, რომელსაც უნდა გაეწია დამოუკიდებელი ფონდებზე კონტროლი და მათი კოორდინაცია. 1995 წლისათვის რეგიონალური ფონდების რიცხვი 17-მდე შემცირდა, ვინაიდან მართვის სირთულეების გამო ადგილი ჰქონდა შედარებით მცირე ზომის ფონდების შერწყმას. 1999-2000 წლებში ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემას უფრო მეტი ავტონომია მიენიჭა ესტონეთის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდის (EHIF) ჩამოყალიბების მეშვეობით. იგი შეიქმნა მისი წინამორბედი ცენტრალური ფონდის და 17 დამოუკიდებელი რეგიონალური ფონდის საფუძველზე, როგორც დამოუკიდებელი საზოგადოებრივი ორგანიზაცია. იმავედროულად განხორციელდა დამოუკიდებელი რეგიონალური ფონდების ცენტრალიზაცია, რის შედეგად 17 რეგიონალური ფონდი ჯერ 7 რეგიონალურ ფონდად (2001 წ.), ხოლო მოგვიანებით 4 რეგიონალურ განყოფილებებად (2003 წ.) გარდაიქნა. ამჟამად, სახელმწიფო დონე პასუხისმგებელია შესყიდვის სტრატეგიის რეგულირებასა და სარგებლების პაკეტის განვითარებაზე, მაშინ როდესაც რეგიონალური დონე პასუხისმგებელია საკონტრაქტო გადაწყვეტილებებსა და ანაზღაურებაზე.

იტალიაში 1992 წელს განხორციელებული რეფორმების შედეგად რეგიონებს (19 რეგიონი და 2 ავტონომიური პროვინცია) გადაეცათ ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზებისა და მართვის ვალდებულებები. ცენტრალური მთავრობა ახორციელებს ბიუჯეტის განაწილებას რეგიონებზე სულადობრივი მეთოდის მიხედვით. რეგიონებს უფლება აქვთ მათზე გამოყოფილი რესურსები

სხვადასხვა პროგრამების მიხედვით თავიანთი შეხედულებებისამებრ გაანაწილონ. სერვისების უზრუნველყოფა წარმოებს მიკრო და ადგილობრივ დონეებზე ჯანმრთელობის ადგილობრივი ერთეულების (LHUs/local health units) და დამოუკიდებელი საავადმყოფოების მეშვეობით. 2000 წლისათვის ქვეყანაში არსებობდა 197 LHU, რომლებიც მოიცავდნენ საშუალოდ 82000-დან 601000-მდე მოსახლეობას.

ცხრილი 8: სამედიცინო ფონდების რიცხვი

აუსტრია	ბელგია	საფრანგეთი	გერმანია	ლუქსემბურგი	ნიდერლანდები	შვეიცარია
24	დაახლ. 100 (ორის გარდა ყველა გაერთიანებულია 5 ურთიერთდახმარების ორგანიზაციაში)	19	420 (7 ასოციაციაში)	9	30	109

1990-იან წლებში **გერმანიამ** (1992) და **ნიდერლანდებმა** სადაც წინათ მრავალი არაკონკურირებადი ფონდები არსებობდნენ ფონდებს შორის კონკურენციის პრინციპი შემოიღეს, რომელთაც მალე ბელგია (1995) და შვეიცარია შემოუერთდნენ¹³. კონკურენციის პრინციპის შემოღებამდე სადაზღვევო ფონდებში გაწვერიანება ხორციელდებოდა პროფესიისა და გეოგრაფიული ადგილის მიხედვით. კონკურენციის პრინციპის გამოცხადების შემდეგ დაზღვეულებს შეუძლიათ ფონდებს შორის არჩევანი გააკეთონ. აღნიშნული რეფორმის მთავარ მიზეზს წარმოადგენდა ადმინისტრაციული ხარჯების შემცირება, აგრეთვე ალოკაციური ეფექტურობის გაზრდა (ერთ დაზღვეულზე ხარჯების შემცირება, მომსახურების ხარისხის გაზრდა). კონკურენციამ სადაზღვევო ფონდების შემცირება და შესაბამისად, რისკის გაერთიანების (pooling) გაზრდა გამოიწვია¹³. ბელგიაში 1990-2002 წლების განმავლობაში ფონდების რიცხვი 21 %-ით შემცირდა, ხოლო გერმანიაში 1993-2004 წლების განმავლობაში ფონდების რიცხვი 1328-დან 290-მდე შემცირდა¹.

ცხრილი 9: სადაზღვევო ფონდების რაოდენობა 1990-2002 წწ.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	ცვლილება 1990-2002
აუსტრია	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	25	24	-7,7 %
ბელგია	119	127	127	121	121	114	116	111	109	107	103	95	94	-21 %
საფრანგეთი	18	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	-5,6 %
გერმანია		1209	1223	1221	1152	960	642	554	482	455	420	396	355	-70,6 %
ისრაელი	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0
ლუქსემბურგი	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	0
ნიდერლანდები	37	31	27	26	26	27	29	30	28	28	27	25	24	-35,1 %
შვეიცარია	220	203	191	207	178	166	145	129	118	109	101	99	93	-57,7 %

წყარო: Austria: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen und Konsumentenschutz (2003b); Belgium: RIZIV (2003a) and Schokkaert and Van de Voorde (2003); France: Meftah (2003); Germany: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003a); Israel: Gross and Harrison (2001); Luxembourg: Union des caisses de maladie (2003); Netherlands: Vektis (1996, 1998, 2000, 2002) and CVZ/CTZ (2003); Switzerland: BSV/OFAS/UFAS (2003a).

ნიდერლანდებში ჯანმრთელობის დაზრდვის ფონდები უმეტესად არამომგებიან ორგანიზაციებს წარმოადგენენ, რომლებიც ახორციელებენ ჯანდაცვის სერვისების შესყიდვას. მრავალი რეგიონული ფონდი ქველმოქმედებაზე დაფუძნებულია. 1980-იანი წლების მიწურულსათვის ქვეყანაში არსებობდა 40-ზე მეტი ჯანმრთელობის დაზღვევის რეგიონული ფონდი. 2004 წელს, მოსახლეობის დაახლოებით 60% გაწევრიანებული იყო 22 ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდში.

ფონდებს შორის კონკრეტია სადაზღვევო პრემიების, სამედიცინო მომსახურებების, შეთავაზებული მკურნალობის ხარისხის, აგრეთვე დამატებითი დაზღვევისათვის გათვალისწინებული პრემიებისა და სარგებლის მიხედვით ხორციელდება. მზღვევებს შეუძლით საკონტრაქტო საფუძველზე ითანამშრომლონ სხვადასხვა საავადმყოფოებთან და ცალკეულ ექიმებთან, ან თავად გასწიონ ჯანდაცვის მომსახურება საკუთარი საშუალებებით და პერსონალის მეშვეობით (მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციები).

ჯანდაცვის სისტემის პოლანდიური მოდელის ძირითადი ელემენტები

- < საკვლევლო ბაზისური სამედიცინო დაზღვევა, რომლის შესყიდვას ახორციელებენ კერძო სადაზღვევო კომპანიები; დაზღვევისა და სადაზღვევო პროდუქტების ყოველწლიური შერჩევა მომხმარებლების მიერ;
- < ღია გაწევრიანება ყველასათვის;
- < პრემიების სუბსიდირება მოხუცებისა და მაღალი რისკის მქონე ავადმყოფი პირებისათვის, რისკების გათანაბრების სისტემის მეშვეობით;
- < წლიური ნებაყოფლობითი ფასდაკლებები 500 ევრომდე, თითოეული პირისათვის;
- < დაზღვევებს უფლება აქვთ გაყიდონ დაზღვევის სხვა სახეები (მაგ. დამატებითი დაზღვევა);
- < დაზღვევები თავიანთი მომხმარებლებისათვის ჯანდაცვის სერვისების აქტიური შემსყიდველებს წარმოადგენენ;
- < ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს აქვთ მეკარიბჭის ფუნქცია;
- < დაზღვევებს უფლება აქვთ გააფორმონ შერჩევითი კონტრაქტები ექიმებთან და საავადმყოფოებთან;
- < ნებადართულია ჯანდაცვის მხარდამჭერი ორგანიზაციებისა (HMO) და შერჩეულ პროვაიდერთა ორგანიზაციების (PPO) მომსახურებები;
- < გადასვლა მართვად კონკურენციაზე.

გერმანიაში სადაზღვევო ფონდები დიფერენცირებულია 7 კატეგორიად:

- I. 17 რეგიონალური ფონდი (Allgemeine Ortskrankenkassen – AOK), ცენტრალური ოფისი მდებარეობს ბონში;
 - II. 12 შემცვლელი ფონდი (Substitute Ersatzkassen), ცენტრალური ოფისი მდებარეობს ზიგბურგში (Siegburg);
 - III. 337 კომპანიაზე დაფუძნებული ფონდი (Betriebskrankenkassen – BKK), ცენტრალური ოფისი მდებარეობს ესენში;
 - IV. 32 საამქროს, გილდიის ფონდი (Innungskrankenkassen – IKK), ცენტრალური ოფისი მდებარეობს ბერგიშ-გლადბახში
 - V. 20 ფერმერების ფონდი (Landwirtschaftliche Krankenkassen – LKK), ცენტრალური ოფისი მდებარეობს კასელში;
 - VI. 1 მეშახტეთა ფონდი (Bundeskknappschaft), ოფისი მდებარეობს ბოხუმში;
 - VII. 1 მეზღვაურთა ფონდი (See-Krankenkasse), ოფისი მდებარეობს ჰამბურგში.
- გერმანიაში აგრეთვე არსებობენ ჯანმრთელობის საკვლევლო დაზღვევის სხვა სქემებიც, მათ შორის:

< **უბედური შემთხვევების ფონდები** უბედური შემთხვევებისგან სავალდებულო დაზღვევისთვის, რომლებიც ფარავენ სამუშაო ადგილებზე მომხდარი უბედური შემთხვევებისა და სამსახურთან დაკავშირებულ დაავადებების მკურნალობის და რეაბილიტაციის ხარჯებს;

< **საპენსიო ფონდები** საპენსიო სავალდებულო დაზღვევისთვის, რომლებიც ფარავენ სარეაბილიტაციო მომსახურების ხარჯებს;

< **დაფუძნებული ხანგრძლივი მოვლის ფონდები**, რომლებიც ფუნქციონირებენ 1995 წლიდან.

ხანგრძლივი მოვლის სავალდებულო დაზღვევა შემოღებულ იქნა ასაკოვანი მოსახლეობის უკმაყოფილობის გამო, რომელიც გამოიხატებოდა მათ მიერ ხანგრძლივი მოვლის მომსახურების არაადექვატურ შესაძლებლობებით მიღებაში (განსაკუთრებით ამბულატორიულ სექტორში). კანონის მიხედვით, ხანგრძლივი მოვლის სავალდებულო დაზღვევის წევრები გახდნენ სადაზღვევო ფონდების ყველა წევრი (მათ შორის პენსიონერები და უმუშევრები), აგრეთვე კერძო დაზღვევის მქონე პირებიც. ხანგრძლივი მოვლის სავალდებულო დაზღვევის სქემის მართვას ახორციელებენ როგორც საავადმყოფოების სალაროები, ასევე კერძო დაზღვევის კომპანიები.

ცხრილი 10: სადაზღვევო ფონდების რიცხვი გერმანიაში, 1993-2000 წწ.

	1993	1994	1995	1996	1997	1999	2000
AOK	270	93	20	20	18	17	17
BKK	845	826	807	651	570	359	337
IKK	174	166	122	48	48	42	32
სხვა ფონდები	39	39	38	38	37	35	34
სულ	1328	1124	987	757	673	453	420

წყარო: WHO, 2000.

ცხრილი 11: ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის განვითარების ტენდენციები გერმანიაში, 1885-2003 წწ.

	1885	1913	1925	1938	1950	1980	1987	1997	2003
	გერმანიის იმპერია			დასავლეთ გერმანია			გერმანია		
სადაზღვევო სალაროების რაოდენობა	1877 6	2134 2	7777	4825	1992	2028	1182	476	319
დაზღვეული მოსახლეობის წილი %	10	35	51	-	-	83	88	88	88
შენატანების გადამხდელი დაზღვეული მოსახლეობის წილი %	9	20	28	34	40	49	80	81	82
სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევაში მონაწილე დასაქმებული მოსახლეობის წილი %	22	44	57	66	62	67	76	78	76
შემოსავლების % წილი	2	3	6	-	6	8,4	12,8	13,5	14,3
დაქირავებულსა და დამქირავებელს შორის შენატანების განაწილება	2:1	2:1	2:1	2:1	2:1	1:1	1:1	1:1	1:1

წყარო: Busse R, Reisberg A. Health Care System in Transition: Germany, Copenhagen, WHO. Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

გერმანიაში სოციალური დაზღვევის ფონდები არამომგებიან ორგანიზაციებს წარმოადგენენ და თვითმმართველობის პრინციპებს ეფუძნებიან (ხელმძღვანელების არჩევა ფონდის წევრების საშუალებით ხორციელდება). უმეტეს ფონდებში მმართველობითი ორგანო წარმოდგენილია აღმასრულებელი კოლეგიით, რომელიც პასუხისმგებელია ყოველდღიურ მენეჯმენტზე, და წარმომადგენლობითი კრებით, რომელიც ადგენს ბიუჯეტს, შენატანების ზომას, ირჩევს აღმასრულებელ კოლეგიას. წარმომადგენლობითი კრება წარმოდგენილია დაზღვეულთა და დამქირავებულთა წარმომადგენლებისაგან, რომლებიც დემოკრატიული წესით ირჩევიან ყოველ 6 წელიწადში ერთხელ. წარმომადგენელთა ნაწილი დაკავშირებულია საჯარო გაერთიანებებთან, დამქირავებულთა ასოციაციებთან.

გერმანიაში ფონდებს შორის კონკურენციის გასაზრდელად 1992 წელს შემოღებულ იქნა “ჯანდაცვის სტრუქტურის აქტი”, რომლის საფუძველზეც დაზღვეულებს შეეძლოთ აერჩიათ ალტერნატიული, ანუ შემცვლელი (substitute) ფონდები (Ersatzkassen). აღნიშნული აქტის შედეგად მნიშვნელოვნად შემცირდა სადაზღვევო ფონდების რაოდენობა. 1992-1993 წლებში განხორციელდა მცირე ფონდების მასიური შერწყმა, რომელიც განსაკუთრებით შეეხო AOK-ებს, რის შედეგად ზოგ რეგიონში მხოლოდ ერთი AOK-ას ფონდი დარჩა. 1994-1995 წლებში იგივე პროცესები შეეხო საამქროს, გილდიის ფონდებს (IKK), ხოლო შემდგომ პერიოდში კომპანიაზე დაფუძნებულ ფონდებს (BKK).

საფრანგეთში სოციალური დაზღვევის უფრო რთული, მრავალსაფეხურიანი სისტემა მოქმედებს. ჯანდაცვის დაზღვევის მთავარ სქემას (Regime General) აქვს 16 რეგიონალური და 129 ადგილობრივი ფონდებისაგან შემდგარი ქსელი. ჯანდაცვის ეს ფონდები პასუხისმგებელი არიან ჯანდაცვის სერვისების შესყიდვაზე: ისინი ახდენენ ხელშეკრულებების დადებას პროვაიდერებთან, ეროვნულ დონეზე კი – აწარმოებენ სახელშეკრულებო მოლაპარაკებებს პროფესიულ კავშირებთან და ადგენენ ტარიფებს. ადგილობრივი ფონდები პასუხისმგებელი არიან თანხების გადახდაზე პროვაიდერებისათვის. ფონდები წარმოადგენენ არამომგებიან ორგანიზაციებს, რომელთაც ჰყავთ თავიანთი საბჭოები და აქვთ გარკვეული ავტონომია მართვის თვალსაზრისით, თუმცა, მათ ზედამხედველობას უწევს ეროვნული საფონდო ორგანიზაცია. 1996 წელს ჩატარებული რეფორმების შედეგად შეიქმნა რეგიონალური ჰოსპიტალების სააგენტოები, რომელთაც გააჩნიათ ჯანდაცვის ფონდების სახელმწიფო და რეგიონალური ასოციაციების ერთობლივი ორგანიზაციების სტატუსით. ამჟამად, აღნიშნულ სააგენტოებს შესყიდვების დიდი პასუხისმგებლობა აკისრიათ, რადგან მათ შეუძლიათ გააფორმონ კონტრაქტები როგორც კერძო, ისე სახელმწიფოს საკუთრებაში არსებულ საავადმყოფოებთან. ფაქტიურად, მათი ზემოქმედების ბერკეტები საავადმყოფოებზე წარმოადგენს გარკვეული სახის პიბრიდს შესყიდვების (კონტრაქტებით) დაგეგმვისა და დაფინანსების თვალსაზრისით.

ჩეხეთში ჯანმრთელობის დაზღვევის ცხრა რეგიონული ფონდი არსებობს. მათგან უდიდესია ჯანმრთელობის მთავარი დაზღვევის ფონდი (General Health Insurance Fund), რომელიც, მოიცავს მოსახლეობის 71%-ს (7,3 მლნ ადამიანი). სხვა ფონდები (თითოეული) მოიცავენ 113000-დან 807000-მდე ადამიანს. აღნიშნული ფონდები სახელმწიფო ფონდებს (ისევე როგორც მთავარი ფონდი) წარმოადგენენ. ისინი არიან კომპანიებზე დაფუძნებული ან პროფესიულ ჯგუფებთან ჩამოყალიბებული ორგანიზაციები. ყველა მათგანი საზოგადოებრივი, არამომგებიანი ორგანიზაციაა, რომლებიც მთავრობის მიერ ფინანსდებიან, მაგრამ გარკვეული ავტონომიაც გააჩნიათ.

ავსტრიაში, საფრანგეთსა და ლუქსემბურგში კონკურენტული ფონდების რაოდენობა შედარებით მცირეა. ავსტრიაში 21 სოციალური დაზღვევის ფონდი ფუნქციონირებს, რომლებიც შექმნილია გეოგრაფიულ და ნაწილობრივ პროფესიულ (მემახტეები, ფერმერები, რკინიგზის მუშაკები, სამოქალაქო მოსამსახურენი) პრინციპებზე.

ლუქსემბურგში და საფრანგეთში ფონდები შექმნილია პროფესიულ პრინციპზე. ასე მაგალითად, ლუქსემბურგში არსებობს 9 სამედიცინო ფონდი: ფიზიკურად მომუშავე პირთათვის, კერძო სექტორის “თეთრი საყვლოიან” პირთათვის, საკუთარი საწარმოს მომსახურე პირთათვის (დაქირავების გარეშე მომუშავენი), სოფლის მეურნეობის სექტორში მუშაკთათვის, სახელმწიფო აპარატის მუშაკთათვის, მმართველობის ადგილობრივ ორგანოებში დასაქმებულთათვის, კერძო კომპანია ARBED-ში დასაქმებულთათვის, კომპანია ARBED-ის “თეთრ საყვლოიან” პირთათვის და ლუქსემბურგის რკინიგზის მუშაკთათვის¹.

ბელგიაში არსებობს 100-მდე ფონდი, რომლებიც ორგანიზებულია რელიგიური და პოლიტიკური პრინციპებით. ყველა ფონდები (ორის გარდა) შედიან 5 ასოციაციაში: ქრისტიანულ, თავისუფალ, პროფესიულ, ლიბერალურ, ნეიტრალურ და სოციალისტურ ასოციაციებში; დარჩენილი ორი ფონდი წარმოადგენს დამხმარე ფონდს და ბელგიის რკინიგზის ფონდს.

შვეიცარიაში სამედიცინო ფონდები და კერძო სადაზღვეო ფონდები წარმოადგენენ სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევას (კომპანიებს მოგების მიღება შეუძლიათ მხოლოდ დამატებითი ნებაყოფლობითი დაზღვევის შედეგად); 1993-1999 წლებში ფონდების რაოდენობა 207-დან 109-მდე შემცირდა (Minder et al. 2000).

რუსეთში ჯანდაცვის სავალდებულო დაზღვევის სისტემა 1993 წლიდან მოქმედებს და მოიცავს ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფედერალურ ფონდსა და ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიულ ფონდებს (რუსეთის ფედერაციის თითოეულ სუბიექტში ერთი ტერიტორიული ფონდი). ფედერალური სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვეო ფონდი არეგულირებს 89 ტერიტორიულ სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვეო ფონდებს. ტერიტორიული ფონდები ახორციელებენ სადაზღვეო შემოსავლების შეგროვებას და მათ განაწილებას. დადგენილია სადაზღვეო შენატანების ორი კატეგორია: დასაქმებულ პირებზე შენატანებს იხდიან დამსაქმებლები (3,6 %), არა-დასაქმებული მოსახლეობისათვის (ბავშვები, პენსიონერები, უმუშევრები...) ხელისუფლების ადგილობრივი ორგანოები იხდიან სუბსიდიებს ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის რეგიონალურ ფონდებში. სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდები შემოსულ სახსრებს გადასცემენ სადაზღვეო კომპანიებს (მათ სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაციებსაც უწოდებენ) ან ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდების ფილიალებს, რომლებიც სამედიცინო დაწესებულებებისგან ახორციელებენ ჯანდაცვის სერვისების შესყიდვებს დაზღვეული მოსახლეობისათვის.

დამსაქმებლის სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შენატანი, რომელიც დასაქმებულის შრომის ანაზღაურების 3,6 %-ს შეადგენს, ნაწილდება შემდეგნაირად: 3,4 % - ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდებს, 0,2 % - ფედერალური სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვეო ფონდს. სახსრები, რომლებიც გადაეცემა ფედერალური სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვეო ფონდს გამოიყენება ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდების შემოსავლების გათანაბრებისათვის. ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფედერალური და ტერიტორიული ფონდები წარმოადგენენ სახელმწიფო არაკომერციულ ორგანიზაციებს ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფედერალური ფონდი იურიდიულად დამოუკიდებელ ორგანიზაციას წარმოადგენს და არ ექვემდებარება ჯანდაცვის სამინისტროს. ამასთან ჯანდაცვის სამინისტრო თვალყურს ადევნებს ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფედერალური ფონდის საქმიანობას ფედერალური ფონდის გამგეობაში საკუთარი წარმომადგენლების მეშვეობით.

ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფედერალური ფონდი თვალყურს ადევნებს ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის 89 ტერიტორიულ ფონდს, რომელთა სტატუსი ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის სისტემაში შეესაბამება ჯანდაცვის მართვის რეგიონული ორგანოების სტატუსს. ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფედერალური ფონდი უპირვე-

ლეს ყოვლისა, ვალდებულია მართოს ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის მთელი სისტემა და თვალყური ადევნოს რეგიონებში ფინანსური პირობების თანასწორობას. ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდები პასუხისმგებელი არიან სადაზღვევო შენაატანების შეგროვებაზე და მოსახლეობისათვის ხელშეკრულებით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე

სამედიცინო დაზღვევის კანონით დადგენილ შემდეგ მთავარ ელემენტს წარმოადგენენ სადაზღვევო კომპანიები, რომლებიც დამოუკიდებელი ორგანიზაციებია. ისინი ახორციელებენ დაზღვეულთათვის სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებას. ასეთი ორგანიზაციების ორი სახე არსებობს: დამოუკიდებელი სადაზღვევო კომპანიები და ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდების ფილიალები, რომლებიც სადაზღვევო კომპანიების როლს ღებულობენ მოცემულ რაიონში მისი არარსებობის შემთხვევაში. სადაზღვევო კომპანიები (და ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდების ფილიალები) ხელშეკრულებას ღებენ ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდებთან, რომლებსგან ღებულობენ სახსრებს თითოეულ დაზღვეულზე და სამედიცინო მომსახურების გასაწევად ირჩევენ სამედიცინო დაწესებულებებს. სადაზღვევო კომპანიები თვალყურს ადევნებენ სამედიცინო დაწესებულებების მიერ შესრულებული მომსახურების ხარისხზე. გარდა ამისა, სადაზღვევო კომპანიებს უფლება აქვთ განახორციელონ ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა. კანონის შესაბამისად, მათ უფლება აქვთ განახორციელონ საკუთარი საქმიანობა სხვადასხვა სახით – შექმნან სამედიცინო-სადაზღვევო გაერთიანებები, ან სამედიცინო გაერთიანებები, რომლებიც მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფებს მიაწვდიან ფასიან სამედიცინო მომსახურებას წინასწარ დადგენილი ტარიფების შესაბამისად, ან შექმნან ზოგადი პრაქტიკების ორგანიზაციები. 1990-იანი წლების ბოლოსათვის ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის სისტემაში შედიოდნენ: ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფედერალური ფონდი, ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის 89 ტერიტორიული ფონდები და მათი 1170 ფილიალები, 415 სადაზღვევო კომპანიები. შეინიშნება სადაზღვევო კომპანიების რაოდენობის კლების ტენდენცია.

აქვე აღსანიშნავია, რომ რეგიონების მეოთხედ ნაწილში სადაზღვევო კომპანიები არ არსებობენ, რეგიონების 16 %-ში სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებას ახორციელებენ ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდები, ხოლო 9 %-ში - ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდების ფილიალები. ქვეყნის სუბიექტების დანარჩენ, დაახლოებით ნახევარ ნაწილში, დაფინანსებას ახორციელებენ სადაზღვევო კომპანიები.

14.8. შენატანები – ბანაკებითი, ზღვარი, დამატებითი შენატანები

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის დაფინანსების ძირითად წყაროს წარმოადგენს დამქირავებლებისა და დაქირავებულების შენატანები (გერმანია, ნიდერლანდები). შენატანების ზომა განისაზღვრება შემოსავლების დონით. ყველა ქვეყანაში (შვეიცარიის გარდა) შენატანის ნაწილს იხდის დამქირავებელი, ხოლო მეორე ნაწილს დაქირავებული. ამასთან ერთად არსებობს მნიშვნელოვანი განსხვავებები, რომლებიც შემდეგ ასპექტებს ეხება:

- < შენატანის ზომის ერთგვაროვნობა;
- < დაქირავებულისა და დამქირავებლის წილები;
- < შენატანის ზემო ზღვარის არსებობა;
- < დამატებითი შენატანები (პირდაპირი გადახდები), რომლებიც ხელფასთან არ არის დაკავშირებული.

ბელგიაში, ლუქსემბურგში, ნიდერლანდებში და საფრანგეთში შენატანების ზომა ყველა დაზღვეული პირისათვის არის ერთნაირი (მიუხედავად ფონდისა და ფონდში წევრობის სტატუსისა). ავსტრიაში შენატანები მერყეობს 6,4-9,1% შორის და დაკავშირებულია დასაქმების სტატუსთან; ამასთან, შენატანის განაკვეთი დასაქმების ერთნაირი სტატუსის მქონე პირებისათვის სხვადასხვა ფონდებში ერთნაირია. გერმანიაში სხვადასხვა ფონდებში სხვადასხვა შენატანებია, მაგრამ არ არის დამოკიდებული დასაქმების სტატუსზე¹³.

ავსტრიაში, ბელგიაში, გერმანიაში (2005 წლიდან 54:46), ლუქსემბურგში, კორეაში, იაპონიაში (მხოლოდ სახელმწიფოს მიერ მართულ სქემებში) დამქირავებლებისა და დაქირავებულების შენატანები თითქმის თანაბარია (50:50)¹³.

გერმანიაში 1949 წლიდან მოყოლებული 2004 წლის ჩათვლით დამქირავებლებისა და დაქირავებულების შენატანები ტრადიციულად თანაბარს (50:50) წარმოადგენდა. 2004 წელს შენატანის საშუალო ზომა შეადგენდა 14,2 %-ს, რომელსაც თანაბრად იყოფდნენ როგორც დაქირავებული (7,1 %), ასევე დამქირავებელი (7,1 %)². 400 ევროზე ნაკლები შემოსავლის შემთხვევაში სადაზღვევო შენატანს მთლიანად იხდის დამქირავებელი (ყველასათვის დაწესებულია შენატანის ერთნაირი ზომა – 11 %). 1998 წლამდე 400 ევროზე ნაკლები შემოსავლის შემთხვევაში სადაზღვევო შენატანები არ იყო დაწესებული². 2005 წლის ივლისიდან გაიზარდა დაქირავებულის წილი: დაქირავებულთათვის შემოღებულ იქნა სპეციალური სადაზღვევო შენატანი 0,4 % (ვარაუდობენ მის გაზრდას 0,9 %-მდე), შესაბამისად 0,45 %-ით შემცირდა დამქირავებლის შენატანების წილი². აღნიშნულის შედეგად, დაქირავებულების პროცენტული წილი შეადგენს 54 %-ს, ხოლო დამქირავებლებისა 46 %-ს. ხელოვნების მუშაკებზე და სტუდენტებზე შენატანების ნახევარს იხდის ფედერალური მთავრობა, პენსიონერებისა და უმუშევრების შემთხვევაში დამქირავებელს წარმოადგენს – შესაბამისად საპენსიო ფონდები და დასაქმების ფედერალური სააგენტო. 2004 წლიდან პენსიონერები სამედიცინო სადაზღვევო შენატანებს იხდიან კომპანიისა და სხვა არასოციალური პენსიებიდან (ამ შემთხვევაში დაზღვეული მთლიანად იხდის სადაზღვევო შენატანს).

ავსტრიაში დამქირავებლებისა და დაქირავებულების შენატანების ზომის თანაფარდობა მერყეობს დასაქმებულ ჯგუფებს შორის: 50:50 “თეთრი საყელოს” მუშაკებში და 53:47 “ლურჯი საყელოს” მუშაკებში.

საფრანგეთში 1970-იან წლებში დამქირავებლებისა და დაქირავებულების შენატანების ზომების თანაფარდობა შეადგენდა 20:80-ს; 1980-იან წლების ბოლოს იგი შეიცვალა 30:70-ით, ხოლო 1992-1997 წლებში – 35:65-ით. 1998 წელს სოციალური დაზღვევის სისტემის ფინანსური ბაზის გაფართოების მიზნით დაქირავებულთა შენატანების ზომა შემცირდა 6,8 %-დან 0,75 %-მდე,

შესაბამისად თანაფარდობა გახდა 6:94. ამასთან, შემცირებული დაქირავებულთა შენატანების ნაცვლად შემოღებულ იქნა მთლიანი შემოსავლიდან “საერთო სოციალური შენატანი”. საერთო სოციალური შენატანის ზომა დამოკიდებულია შემოსავლის წყაროზე. 2001 წელს საერთო სოციალური შენატანის განაკვეთი შეადგენდა 5,25 %-ს შრომის შემოსავლების, კაპიტალის და ბირჟაზე მოგებისათვის, 3,95 % პენსიებისა და სხვა დახმარებებისათვის. ამით ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდების შემოსავლები ნაკლებად იყვნენ დამოკიდებული შრომითი შემოსავლების ზომაზე, დასაქმების და სახელფასო ფონდის ცვლილებებზე.

ნიდერლანდებში შენატანების ძირითად წილს დაქირავებლები ფარავენ სადაზღვევო საღაროების კანონის (Sickness Fund Act - ZFW) შესაბამისად, მაგრამ არა განსაკუთრებული სამედიცინო ხარჯების კანონით (Exceptional Medical Expenses Act – AWBZ) - მთლიანობაში იგი შეადგენს 32:68¹⁴. ამასთან, 1990 წლიდან 2004 წლების პერიოდში დაქირავებულის წილი 64 %-დან 68 %-მდე გაიზარდა.

ნიდერლანდებში ყველა პირი ვალდებულია გადარიცხოს შემოსავლის ნაწილი (6,5% წლიური შემოსავლის პირველი 30,000 ევროდან) რისკების გათანაბრების ფონდში¹⁴. ამასთან, ყველა ზრდასრული პირი ვალდებულია გადაიხადოს სოციალური პრემია (ანუ ერთნაირი ფასი ერთი და იგივე სარგებლისათვის, მიუხედავად მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა) მათ მიერვე შერჩეულ სადაზღვევო ფონდებს. ფონდები საკუთარ ფასებს აწესებენ. ცალკეული ოჯახები დახმარებებს ღებულობენ იმ შემთხვევაში, თუ სასაშუალო სოციალური პრემია აღემატება შემოსავლის გარკვეულ პროპორციას (4% თითოეულ ზრდასრულ პირზე)¹⁴. ამჟამად, ჯანდაცვის დახმარებას ღებულობს ქვეყნის საოჯახო მეურნეობების ორი მესამედი¹⁴. იმის გამო, რომ ისინი იხდიან დახმარებებით დაუფარავი პრემიის ნაწილს, ზრდასრულ მომხმარებლებს უწევთ გადაიხადონ მთლიანი სხვაობა, თუკი ისინი მაღალი ფასის მქონე სადაზღვევო გეგმას შეარჩევენ¹⁴. ბავშვებზე სამედიცინო მომსახურების ყველა ხარჯს სახელმწიფო ფარავს¹⁴.

შენატანების ზემო ზღვარი არსებობს ავსტრიაში, გერმანიაში, ლუქსემბურგში და ნიდერლანდებში, მაგრამ არა ბელგიაში და საფრანგეთში¹. გერმანიაში მაქსიმალური შემოსავალი, რომელზეც სავალდებულო სადაზღვევო შენატანია დაწესებული შეადგენს 3487,5 ევროს თვეში (2004 წ.).

შემოსავლის ზღვარი, რომელზეც ხდება დაბეგვრა

ავსტრია	ბელგია	საფრანგეთი	გერმანია	ლუქსემბურგი	ნიდერლანდები	შვეიცარია
44 000 ევრო	არა	არა	დასავლეთში 40 000 ევრო, აღმოსავლეთში 32 000 ევრო	70 000 ევრო	AWBZ 22 000 ევრო; ZPW 29 000 ევრო	არა

ნიდერლანდებში შემოსავლის მაქსიმალური დონე, საიდანაც სავალდებულო სადაზღვევო შენატანების გადახდა ხორციელდება, შეადგენს 29493 ევროს დაქირავებულისათვის და 20800 ევრო თვითდასაქმებულისათვის (2004 წ.)¹⁵. ნაკლები წლიური შემოსავლის შემთხვევაში დაქირავებლები და დაქირავებულები იხდიან სავალდებულო სამედიცინო გადასახადს. თუ მოქალაქის შემოსავალი გადააჭარბებს ზემოთნახსენებ ზღვარს, მასზე არ ვრცელდება სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა და იგი ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ფონდში უნდა გაწევრიანდეს. დაზღვეულისათვის მომავალი წლის შემოსავლების დონის განსაზღვრისათვის სარეკომენდაციოდ გამოიყენება ყოველი წლის 1 ნოემბერი, მიუხედავად შემდგომ წელს დაზღვეულის შემოსავლის დონის გაზრდის თუ შემცირების, ან უფრო მაღალანაზღაურებიანი სამუშაოს პოვნისა.

ბელგიაში, ნიდერლანდებში და საფრანგეთში, ხელფასზე დამოკიდებული შენატანების გარდა, არსებობს დამატებითი შენატანები. ბელგიაში და ნიდერლანდებში ყოველი დაზღვეული სავალ-

დებულო შენატანის გარდა იხდის განსაზღვრულ, მაგრამ არა შემოსავლებთან დამოკიდებულ პრემიას. ბელგიაში ასეთი პრემიები არ არის დიდი ზომის, მაგრამ ნიდერლანდებში იგი დაახლოებით 180 ევროს შეადგენს წელიწადში (სამედიცინო ფონდების შემოსავლების დაახლოებით 10 %). ნიდერლანდებში დამატებით შენატანს იხდიან არამარტო ფონდში დაზღვეული წევრები, არამედ მათზე დამოკიდებული პირებიც.

ცხრილი 12: სხვა პირდაპირი შენატანები ფონდში

ავსტრია	ბელგია	საფრანგეთი	გერმანია	ლუქსემბურგი	ნიდერლანდები	შვეიცარია
არა	პლუს ნომინალური სულადობრივი პრემია (სხვადასხვა ფონდებში სხვადასხვა)	საერთო სოციალური შენატანი 7,5 % + შენატანი სოციალური ვალის გადასახდელად 0,5 %	არა	არა	პლუს სულადობრივი პრემია, (სხვადასხვა ფონდში სხვადასხვა), საშუალო ზომა 180 ევრო წელში	მხოლოდ სულადობრივი პრემია

საფრანგეთში დაქირავებულის წილი სადაზღვევო შენატანში ჩანაცვლებულია საერთო სოციალური შენატანით, რომლის ზომა აგრეთვე არ არის დამოკიდებულია ხელფასის ზომაზე; დაქირავებული, აგრეთვე, დამატებით იხდის სოციალურ გადასახადს. დამატებითი პრემიების გადახდა სხვადასხვა მიზეზებითაა მოტივირებული: საფრანგეთში მთავარ მოტივად მიიჩნევენ ხარჯების შეკავებას და ფონდების დაფინანსების ბაზის გაზრდას, ნიდერლანდებში – ფონდებს შორის ფასისმიერი კონკურენციის აუცილებლობას.

თეორიულად შესაძლებელია არსებობდეს ნეგატიური დამატებითი შენატანებიც. ასე მაგალითად, გერმანიაში 1989 წლიდან მოყოლებული ტარდებოდა შენატანების დაბრუნების მცდელობები სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნის არარსებობის შემთხვევებში. 1997 წელს ასეთი ალტერნატივა ყველა ფონდისათვის იქნა შემოღებული, თუმცა კვლევების თანახმად, მისგან მოგებას დასაჯობდნენ მხოლოდ ისინი ვინც არ მოითხოვდნენ სამედიცინო მომსახურებას (Malin and Schmidt 1996). შენატანების დაბრუნება არ ითვლება ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ფუძემდებლურ პრინციპებთან თავსებადი, რის გამოც 1998 წელს ახალმა პარლამენტმა იგი გააუქმა.

პენსიონერთა შენატანების ზომა განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყნებში. ხშირ შემთხვევებში, პენსიონერები თავიანთი პენსიიდან იხდიან ისეთივე წილს, რასაც დაქირავებული პირები თავიანთი ხელფასიდან. გერმანიაში და ლუქსემბურგში პენსიონერთა შენატანის გარკვეულ წილს იხდის სახელმწიფო საპენსიო ფონდიც (ამ შემთხვევაში იგი ცვლის დამქირავებულს), მაშინ როდესაც ნიდერლანდებში პენსიონერს შეაქვს მთლიანი თანხა. ბელგიაში პენსიონერები იხდიან მხოლოდ დაქირავებულის წილს (3,55 %), ავსტრიაში პენსიონერთათვის შენატანის ზომა 11 %-ს აღემატება. რადგანაც ავსტრიაში პენსიონერები იხდიან იმდენს, რამდენსაც ფონდების დასაქმებული წევრები (3,75 %), საპენსიო ფონდები ავსებენ შენატანის ორ მესამედს (European Commission 2000).

ცხრილი 13: საეკოლოგიური სადაზღვეო შენატანის ზომა, ხელფასის % (დამქირავებელი/ დაქირავებული)

	შენატანების ზომა	დამქირავებლის და დაქირავებულის წილი	
ავსტრია	6,4-9,1 %	50 : 50 – “თეთრი საყელოს” მუშაკებში 53 : 47 – “ლურჯი საყელოს” მუშაკებში	ვარიანებს პროფესიის მიხედვით
ბელგია	7,4 %	52 : 48	ერთიანი
საფრანგეთი	19,6 %	65 : 35	ერთიანი
გერმანია	საშუალოდ 13,6 %	50 : 50	ვარიანებს ფონდებთან მიმართებაში
ლუქსემბურგი	5,1 % + 0,3-0,5 % ავადმყოფობის დახმარება	50 : 50	ერთიანი
ნიდერლანდები	AWBZ 10,3 %; ZPW 8,1 %	AWBZ – 0 : 100; ZPW – 78 : 22	ერთიანი
ბულგარეთი	6 %	75 : 25	
ხორვატია	18 %	100 : 0	
ჩეხეთი	13,5 %	66 : 33	
ესტონეთი	13 %	100 : 0	
საქართველო	4 %	75 : 25	
უნგრეთი	14 %	79 : 21	
ყაზახეთი	3 %	100 : 0	
ყირგიზეთი	2 %	100 : 0	
პოლონეთი	7.75 %	0 : 100	
რუმინეთი	14 %	50 : 50	
რუსეთი	3.6 %	100 : 0	
სლოვაკია	13,25 %	50 : 50 (დამატებით 0,53 % პროფესიული დაავადებებისთვის და ტრავმებისთვის)	
სლოვენია	13,25 %	53 : 47 (დამატებით 0,53 % პროფესიული დაავადებებისთვის და ტრავმებისთვის)	
აღბანეთი	3,4 %	50 : 50	

წყარო: Preker et al., 2002.

ცხრილი 14: სოციალური დაზღვევა ცალკეულ ქვეყნებში

ქვეყანა	მქოლოდების წელი	სადაზღვეველ შენაღბანი (1999)	ოფითდასაქმებულო	უზმუშევარი
ხორეუტია	1993	პირები ვინც დაქმებულის ხელფასს (დაქირავებულის დაქირავებულის) 18 % (18/0)	დეკლარირებული შემოსავლის 18 %	პენსიების, სხვა დახმარებების, აგრეთვე ცენტრალური ბიუჯეტის 18 %
ჩეხეთი	1993	13.5 % (9/4.5)	სუფთა შემოსავლის 35 %-დან 13.5 %	შრომის ანაზღაურების ოფიციალური მინიმალური ზომის 80 %-დან ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერტი 13.5 %
ესტონეთი	1992	13 % (13/0)	დეკლარირებული შემოსავლიდან 13 %	ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერტი
უნგრეთი	1990	14 % (11/3 + მიწნობრივი გადსახადი 170 \$ დაქირავებულისგან)	დეკლარირებული შემოსავლიდან 14 % + მიწნობრივი გადსახადი 170 \$	ცენტრალური ბიუჯეტი, ტრანსფერტის ზომა არ არის შეთანხმებული
სლოვაკეთი	1994	13.7 % (10/3.7)	დეკლარირებული შემოსავლიდან 13.7 %	ცენტრალური ბიუჯეტი, ტრანსფერტის ზომა განისაზღვრება შრომის ანაზღაურების ოფიციალური მინიმალური ზომის 73 %-დან
სლოვენია	1993	13.25 %	დეკლარირებული შემოსავლის 13.25 %	ცენტრალური ბიუჯეტი
ალბანეთი	1995	სახელმწიფო სექტორში % (1.7/1.7) კერძო სექტორში %	შრომის ანაზღაურების ოფიციალური მინიმალური ზომის 7 %	ცენტრალური ბიუჯეტი
ვაზახეთი	1996	3 % (3/0)	დეკლარირებული შემოსავლის 3 %	უზმუშევარი მოსახლეობის ერთ სულზე გათვლილი შენაღბანი
ლატვია	1998	პირადი საშემოსავლო გადასახადიდან 28.4 %	პირადი საშემოსავლო გადასახადიდან 28.4 %	ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერტი
პოლონეთი	1999	7.5 %	დეკლარირებული შემოსავლის 7.5 %	დახმარებაზე საშემოსავლო გადასახადი 7 %
რომინეთი	1999	14 % (7/7)	დეკლარირებული შემოსავლის 7 %	ცენტრალური ბიუჯეტი, ტრანსფერტის ზომა არ არის შეთანხმებული
რუსეთი	1993	3.6 % (3.6/0)	დეკლარირებული შემოსავლის 3.6 %	
აზერბაიჯანი	ჯანდაცვაზე ხელფასიდან გადასახადი არ არსებობს			
საქართველო	1995	4 % (3/1)	საშემოსავლო გადასახადი 4 %	ცენტრალური ბიუჯეტი, ზომა არ არის შეთანხმებული
ვიეტნამი	1997	2 % (2/0)	დეკლარირებული შემოსავლის 2 %	რაიონის შენაღბანი, ზომა არ არის განსაზღვრული
მილდაუეში	ჯანდაცვაზე ხელფასიდან გადასახადი არ არსებობს			

14.9. ფონდების არჩევის უფლება

ქვეყანაში რამდენიმე ფონდის ფუნქციონირების შემთხვევაში დაზღვეულებს შესაძლებლობა აქვთ (ან არ აქვთ) ამორჩიონ მათ შორის სასურველი ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ფონდი. შეიძლება ქვეყანაში რამდენიმე ფონდი არსებობდეს, მაგრამ მათი არჩევის შესაძლებლობა იყოს მცირე, რადგან დაზღვეულები გარკვეულ ფონდებთან მათი საცხოვრებელი ან სამუშაო ადგილის მიხედვით არიან გაწვერიანებული. ზოგ ქვეყნებში შეიძლება ფონდებს შორის არჩევის უფრო მეტი შესაძლებლობა იყოს და შესაბამისად, კონკურენციის მეტ სტიმულს იძლეოდეს, მაგრამ თან ახლდეს თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული სირთულეები.

ფონდების დიდი რაოდენობა სრულებით არ ნიშნავს არჩევის მეტ შესაძლებლობას. ასე მაგალითად, გერმანიაში, 1995 წლამდე მოსახლეობის უმეტეს ნაწილს არ ჰქონდა საავადმყოფოს სალაროს არჩევის საშუალება. დაზღვეულების უმრავლესობა ერთ სადაზღვევო კომპანიაში ტრადიციულად ადგილმდებარეობის ან საქმიანობის მიხედვით იყო გაწვერიანებული. ამასთან, სხვადასხვა სადაზღვევო ფონდებში შენატანების განსხვავებული განაკვეთი იყო დაწესებული, რომელიც დამოკიდებული იყო შემოსავლებზე. აქვე აღსანიშნავია, რომ ფონდების მხოლოდ ნებაყოფლობით, მაღალშემოსავლიან წევრებს (რომელთა შემოსავალი გარკვეულ ზღვარს ზევითაა) შეუძლიათ აირჩიონ ან შეიცვალონ ფონდი.

1996 წლიდან ჯანდაცვის სტრუქტურის შესახებ კანონის საფუძველზე დაზღვეულებს მიეცათ სამედიცინო ფონდების თავისუფალი არჩევის და წელიწადში ერთხელ მისი შეცვლის უფლება (3 თვით წინასწარი შეტყობინების საფუძველზე), გამონაკლისს შეადგენენ მხოლოდ ფერმერები, მეზღვაურები და მეშახტეები, რომლებსაც მხოლოდ თავიანთი ფონდების არჩევის უფლება აქვთ. რეგიონალური (AOK) და შემცვლელი (substitute) ფონდები ვალდებული არიან მიიღონ ყველა დაზღვეულები. კომპანიებზე დაფუძნებულ ფონდებს და საამქროების (გილდიების) ფონდებს შეუძლიათ შემოსაზღვრონ მათთან გაწვერიანება, თუმცა შეუძლიათ აირჩიონ და მიიღონ პრეტენდენტების განუსაზღვრელი რაოდენობით გაწვერიანების სქემა.

ფონდების კონკურენტუნარიანობის დონის შენარჩუნებისთვის 1994-1995 წლებში შემოღებულ იქნა რისკის სტრუქტურის გათანაბრების სქემა, რომელიც გულისხმობდა შენატანების განაკვეთსა (ცვალებადი შემოსავლების დონის გამო) და ხარჯებს (ასაკობრივი და სქესობრივი განსხვავების გამო) შორის არსებული სხვაობების გათანაბრებას.

სოციალური დაზღვევის სისტემაში ფონდების თავისუფალი არჩევის უფლების მინიჭებამ, აგრეთვე რისკის კორექციის (risk adjustment) სქემამ, ფონდებს შორის დაზღვეულთა მოძრაობის გააქტიურება გამოიწვია. ცვლილებები დაკავშირებულია შენატანების ზომაზე: ფონდები, სადაც შენატანები საშუალო ზომაზე მეტია, კარგავენ თავიანთ წევრებს, მაშინ, როდესაც ფონდები სადაც შენატანები საშუალოზე დაბალია იძენენ ახალ წევრებს (Muller and Schneider 1999). აღნიშნულის შედეგად, 1997-1998 წლებში AOK-ებმა ათასობით წევრი დაკარგეს, ხოლო BKK-ებმა ახალი წევრები მიიღეს. მიუხედავად იმისა, რომ რისკის კომპენსაციის სისტემამ შენატანების განაკვეთის შემცირება განაპირობა, ფონდებს შორის დაზღვეულთა მოძრაობამ ვერ გაათანაბრა რისკის სხვადასხვა სტრუქტურა (რომელიც შეამცირებდა ფონდთა შორის დაზღვეულთა გადასვლას). უფრო ჯანმრთელი, ახალგაზრდა და კარგი შემოსავლის მქონე პირები ხშირად უფრო იაფ ფონდებში გადადიან, რაც ფონდებს შორის გადასვლის თანხის ზომის ზრდას განაპირობებს. აქედან გამომდინარე, მკვლევართა აზრით, მიზანშეწონილია რისკის კომპენსაციის მექანიზმის პერმანენტულ საფუძველზე შემოღება, სანამ რისკის სტრუქტურა არ გაათანაბრდება.

ბელგიაში დაზღვეულებს (რკინიგზელთა გამოკლებით) უფლება აქვთ აირჩიონ სხვადასხვა ფონდებს შორის სასურველი, მაგრამ ავსტრიაში, ლუქსემბურგში და საფრანგეთში არ აქვთ ამის შესაძლებლობა.

როდესაც დაზღვეულს უფლება აქვს აირჩიოს ფონდი და გადავიდეს ერთი ფონდიდან მეორეში, ხელმძღვანელი პირები ადგენენ გადასვლებს შორის მინიმალურ პერიოდს. როდესაც ნიდერლანდებში 1995 წელს შემოღებულ იქნა ფონდებს შორის კონკურენცია, დასაწყისში შემოღებულ იქნა ორწლიანი ინტერვალი, თუმცა 1997 წელს იგი ერთ წლამდე შემცირდა. ბელგიაში ფონდების შეცვლა შეიძლება ყოველ სამ თვეში ერთჯერ, შვეიცარიაში – ყოველ 6 თვეში, გერმანიაში – ყოველ 12 თვეში¹. გერმანიაში მხოლოდ ნებაყოფლობით, მაღალშემოსავლიან წევრებს შეუძლიათ შეიცვალონ ფონდი ნებისმიერ დროს, 2 თვით ადრე წინასწარ შეტყობინების საფუძველზე¹.

ცხრილი 15: ფონდის არჩევის უფლება სხვადასხვა ქვეყნებში

ქვეყანა	სადაზღვეო ფონდის არჩევის უფლება
ავსტრია	არა (გეოგრაფიული, პროფესიული)
ბელგია	დიახ, 3 თვეში ერთჯერ მოსახლეობის 99 %-ს (რკინიგზის მუშაკების გამოკლებით)
საფრანგეთი	არა (პროფესიული)
გერმანია	დიახ, 18 კვირის ინტერვალით მოსახლეობის 96 % -ს (ფერმერების, მეზღვაურებს ის და მეშახტეების გამოკლებით)
ისრაელი	დიახ 12 თვეში ერთჯერ
ლუქსემბურგი	არა (პროფესიული)
ნიდერლანდები	დიახ, 1 წლის ინტერვალით, მოსახლეობის 100 %-ს
შვეიცარია	დიახ, 6 თვეში ერთჯერ (მხოლოდ კანტონის შიგნით) მოსახლეობის 100 %-ს

წყარო: European Observatory's Health Care in Transition reports, Weber (2000); Österreichische Sozialversicherung (2002); Beck (2003); Belgian Federal Ministry of Social Affairs, Public Health and Environment (2003); Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen und Konsumentenschutz (2003a); Chinitz (2003); Lamers *et al.* (2003); Ministère de la Sécurité Sociale du Grand-Duché de Luxembourg (2003); Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003a; 2003d) BSV/OFAS/UFAS (2003b).

14.10. სარგებლის პაკეტი

სოციალური დაზღვევის სისტემები ჩვეულებრივ მთლიანად ამ ნაწილობრივ ფარავენ ყველა წევრებისათვის განსაზღვრულ სარგებლების პაკეტს. სარგებლების პაკეტი მეტად თუ ნაკლებად მრავალმხრივია და დამოკიდებულია სისტემის რესურსებზე. ამასთან, სოციალური დაზღვევის სისტემები ხშირად იცვლებიან მათი სტრუქტურისა და შესაძლებლობების თვალსაზრისით. დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემები სამედიცინო მომსახურებას აწარმოებენ საზოგადოებრივ ან კერძო პროვაიდერებთან კონტრაქტის საფუძველზე, ხოლო ბენეფიციარებს აქვთ უფლება ამირჩიონ სამედიცინო დაწესებულება ხოლო ხელმისაწვდომობა გარანტირებულია. თუმცა, ბევრ ქვეყნებში სადაზღვეო ფონდებს დანერგილი აქვთ მეკარიბჭეობის სისტემა. ბევრ განვითარებად ქვეყნებში სადაზღვეო ფონდები მათთან დაზღვეულების სამედიცინო მომსახურებას აწარმოებენ საკუთარი პროვაიდერების მეშვეობით (ეგვიპტის არაბთა რესპუბლიკა, ინდოეთი, ირანის ისლამური რესპუბლიკა, იორდანია, თურქეთი, ლათინური ამერიკის ქვეყნები), შესაბამისად, ბენეფიციარების მიერ პროვაიდერების არჩევა შეზღუდულია.

გერმანია. დაზღვეულებს და მათ ოჯახის წევრებს აქვთ უფლება ისარგებლონ მომსახურების ერთი და იგივე პაკეტით, მიუხედავად საზოგადოებრივი მდგომარეობისა, შენატანის ზომისა და დაზღვევის ხანგრძლივობისა. გერმანიის სოციალური კოდექსის მეხუთე წიგნის მესამე თავის მიხედვით, სარგებლების პაკეტში შედიან სამედიცინო მომსახურების შემდეგი სახეები:

- < დაავადებების პროფილაქტიკა, სამუშაო ადგილზე ჯანმრთელობის დაცვა;
- < სამედიცინო გამოკვლევები დაავადების გამოვლენის მიზნით;
- < დაავადებების მკურნალობა (ამბულატორული, სტომატოლოგიური, მედიკამენტები, სამედიცინო პროფესიასთან მომიჯნავე სპეციალისტების მომსახურება, სტაციონარული მკურნალობა, მედიკამენტოზური მკურნალობა, რეაბილიტაციური მკურნალობა, სოციალური თერაპია);
- < გადაუდებელი დახმარება; გარკვეულ მდგომარეობებში ავადმყოფთა ტრანსპორტირება;
- < მომსახურების სხვა სახეები, მაგალითად პაციენტთა ინფორმირებულობის ამაღლება.

გარდა ამ მომსახურებებისა, საავადმყოფოების ფონდები 7-დან 78 კვირამდე ავადმყოფობის შემთხვევაში დასაქმებულებს სთავაზობენ ფულად ანაზღაურებას ბოლო ხელფასის 70 %-ის ოდენობით.

2004 წელს სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემიდან ოფიციალურად ამოღებულ იქნა დასაფლავების შემწობები, აგრეთვე სათვალეებით უზრუნველყოფა, ურეცეპტო სამკურნალო საშუალებებით უზრუნველყოფა.

სოციალური კოდექსი დეტალურად არეგულირებს პროფილაქტიკურ მომსახურებას და გასინჯვებს (მაგალითად რომელ დაავადებებზე ცატარდეს გამოკვლევები და რა სინშირით), ხოლო დანარჩენი განიხილება საერთო ფედერალური კომისიის მიერ. კომისიას უფლება აქვს შეიმუშაოს დიაგნოსტიკური და სამკურნალო პროცედურების ჩამონათვალი.

ამბულატორიულ სექტორში ყველა პროცედურებზე მინიჭებულია მომსახურების ღირებულების “ერთიანი სკალა” ანაზღაურების კოეფიციენტებით. იგი მოიცავს თითქმის ყველა პროცედურას, მიმღებში ექიმის მიერ მარტივი გასინჯვიდან ბინაზე მოვლის ჩათვლით, ორსულთა მეთვალყურეობა, ქირურგიული პროცედურები და ლაბორატორიული ტესტები და ა. შ.

1997 წლამდე არ არსებობდა სადაზღვევო პაკეტიდან მომსახურების გამორიცხვის პირდაპირი მექანიზმი. ამბულატორიული მომსახურების პაკეტს კანონი განსაზღვრავს მხოლოდ ზოგადი სახით, მაგრამ სტომატოლოგიური მომსახურებები – განსაკუთრებით პროტეზირება - სოციალური კოდექსით შედარებით დაწვრილებითაა დადგენილი.

სტაციონარულ მომსახურებებზე არჩევანი დამოკიდებულია საავადმყოფოების ფონდებისა და საავადმყოფოებს შორის დადებულ ხელშეკრულებებზე.

პაციენტებს უფლება აქვთ მიიღონ ფიზიოთერაპევტების, ლოგოპედების, შრომის თერაპიის სპეციალისტების მომსახურება. სოციალური კოდექსის მეხუთე წიგნის მიხედვით, მედიცინის მომიჯნავე სპეციალისტებს შეუძლიათ მოემსახურონ დაზღვეულებს, თუ პროცედურების თერაპიული სარგებელი აღიარებულია საერთო ფედერალური კომისიის მიერ და გათვალისწინებულია ხარისხის სტანდარტები. ასეთი მომსახურების გაწევის პირობები კომისიის მიერ შემუშავებულია პროფესიულ ორგანიზაციებთან ერთად. გამონაკლისს წარმოადგენენ ფსიქოთერაპევტები, რადგანაც ისინი ექიმთა ასოციაციების წევრები გახდნენ და შესაბამისად არ განეკუთვნებიან მედიცინის მომიჯნავე სპეციალისტებს.

ნიდერლანდებში სადაზღვევო საღაროების კანონის (Sickness Fund Act - ZFW) შესაბამისად, სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევით ფინანსდება ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისა და სპეციალისტების მომსახურება, აგრეთვე ფარმაცევტული და სტაციონარული მომსახურებები (რომლის ხანგრძლივობა 1 წელზე ნაკლებია). ამას გარდა, კანონი „განსაკუთრებული სამედიცინო ხარჯების შესახებ“ (Exceptional Medical Expenses Act – AWBZ) ყველა პირს აძლევს საშუალებას, რომ დააზღვიოს გრძელვადიანი მკურნალობისა და ჰოსპიტალიზაციის (რომლის ხანგრძლივობა 1

წელზე მეტია) საჭიროებები. მოსახლეობას შეუძლია აირჩიოს და შეიძინოს დამატებითი დაზღვევა, რომელიც ფარავს ჯანდაცვის იმ სერვისებს, რომლებიც არ არის შეტანილი ძირითად ბაზისურ პაკეტში (მაგალითად, სტომატოლოგიური მომსახურება, ფიზიოთერაპია, კოსმეტიკური ქირურგია)¹⁴.

14.11. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის რეგულირება

ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა, რომელიც დაფუძნებულია სოციალური სადაზღვევო შენატანზე მკვეთრად ამცირებს სახელმწიფოს მარეგულირებელ როლს. ბევრ ქვეყანაში ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ფონდები დამოუკიდებელ ორგანიზაციებს წარმოადგენენ. მიუხედავად ამისა, სოციალური დაზღვევის სისტემაში სახელმწიფო მნიშვნელოვან როლს თამაშობს დამქირავეებელთა და დაქირავეებულთა შენატანების ზომის, მისი სავალდებულო ხასიათის დადგენაში. გარდა ამისა, სახელმწიფო აკონტროლებს და არეგულირებს სამედიცინო დახმარების სახეების ფასებს, დამზღვევსა და სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის სახელშეკრულებო ურთიერთობებს, სამედიცინო დახმარების გარანტირებული პაკეტის მოცულობას და ა. შ.

ცხრილი 16: ვინ ადგენს სადაზღვევო შენატანს?

ავსტრია	ბელგია	საფრანგეთი	გერმანია	ლუქსემბურგი	ნიდერლანდები	შვეიცარია	რუსეთი
მთავრობა	მთავრობა	მთავრობა	ფონდები	სამედიცინო ფონდების გაერთიანება	მთავრობა	ფონდები	მთავრობა

საფრანგეთში შენატანების ზომის დადგენა ხორციელდება მთავრობის, დაქირავეებულთა, დამქირავეებულთა და სოციალური დაზღვევის ორგანიზაციის წარმომადგენლების ურთიერთმოლაპარაკებით, სადაც გადამწყვეტი სიტყვა ეკუთვნის სახელმწიფოს.

ყოველი წლის ბოლოს **ნიდერლანდების** ჯანმრთელობის დაზღვევის კოლეგია (College voor zorgverzekeringen, CvZ), რომელსაც მართავს ცენტრალური ფონდები (ZFW, AWBZ) რეკომენდაციას აძლევს ჯანდაცვის, სოციალური დაცვის და სპორტის სამინისტროს მომავალი წლის სამედიცინო სადაზღვევო შენატანების ზომის დადგენაში, რომლის საფუძველზეც ჯანდაცვის, სოციალური დაცვის და სპორტის სამინისტრო ადგენს სამედიცინო შენატანის საბოლოო ზომას.

ნიდერლანდებში კერძო სადაზღვევო კომპანიების და საავადმყოფო საღაროების საქმიანობის რეგულირებას ახორციელებენ შესაბამისად სადაზღვევო პალატა (ექვემდებარება ფინანსთა სამინისტროს) და საავადმყოფო საღაროების საბჭოს (ანგარიშვალდებულია ჯანდაცვის სამინისტროსთან). კერძო სადაზღვევო კომპანიებს “განსაკუთრებული სამედიცინო დანახარჯების” ფარგლებში აკონტროლებს ორივე ორგანიზაცია. ორივე ორგანიზაცია ახდენს როგორც ჯანმრთელობის დაზღვევაზე ლიცენზიის გაცემას, ასევე სადაზღვევო ორგანიზაციის ცონტროლს. ორივე ორგანიზაციას შეუძლია შეიმუშაოს ინსტრუქცია საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში, ხოლო სადაზღვევო ორგანიზაციები ვალდებული არიან მისდიონ ამ ინსტრუქციას. ორივე ორგანიზაციას უფლება აქვს გააკონტროლოს სადაზღვევო ორგანიზაციების ბიუჯეტები, სახსრების ხარჯვის რაციონალურობა, ლიცენზიის პირობები.

გერმანიაში და ლუქსემბურგში სამედიცინო შენატანის ზომას ადგენენ სადაზღვევო ორგანიზაციები, მთავრობა კი ამტკიცებს მათ მიერ მიღებულ გადაწყვეტილებებს. გერმანიაში სადა-

ზღვევო ორგანიზაციების საქმიანობაზე ზედამხედველობას ახორციელებს სოციალური დაზღვევის ზედამხედველობის ფედერალური სამსახური.

სოციალური კოდექსის მე-5 წიგნის (სკწ V) მიხედვით, რეგულირდება საავადმყოფო სალაროების საქმიანობის შემდეგი საკითხები¹³:

- < საავადმყოფოს სალაროებში სავალდებულო და ნებაყოფლობითი წევრობა;
- < საავადმყოფოს სალაროების სარგებელი პაკეტის შინაარსი;
- < საავადმყოფოს სალაროებისა და მომწოდებლებს (განსაკუთრებით ექიმთა < ასოციაციების) შორის მოლაპარაკებების მიზნები და მასშტაბი;
- < საავადმყოფოს სალაროების ორგანიზაციული სტრუქტურა;
- < დაფინანსების მექანიზმები, ფონდებს შორის რისკის კორექცია (რისკ ადჯუსტმენტ);
- < სამედიცინო კომისიების პასუხისმგებლობები და ორგანიზაცია;
- < მონაცემთა შეგროვება, შენახვა, გამოყენება და დაცვა;
- < აღმოსავლეთ გერმანიაში რეგულირების სპეციალური წესები

სოციალური კოდექსის წიგნში აგრეთვე ასახულია სავალდებულო დაზღვევის სისტემის თვითრეგულირებადი სტრუქტურის რეგულირების მექანიზმები. მასში დადგენილია საავადმყოფოს სალაროებისა და ჯანდაცვის სერვისების მომწოდებლების ერთობლივი საბჭოების პასუხისმგებლობები, საბჭოს წევრობაზე გადაწყვეტილების მიღების წესები. ჯანდაცვის ფედერალური სამინისტრო ზედამხედველობს ექიმთა ფედერალური ასოციაციების, საავადმყოფოს სალაროების და ერთობლივი საბჭოების შესაბამისობას სოციალური კოდექსის წიგნთან (ს.კ.წ. V).

საავადმყოფო სალაროების საქმიანობაზე სავალდებულო კონტროლი ხორციელდება 4 წელიწადში ერთხელ. საავადმყოფოს სალაროს მიმართ ზედამხედველობის სამსახურის გარკვეული შენიშვნების არსებობისას შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს სხვადასხვა სახის სანქციები – მუშაობის გაუძღვობების რეკომენდაციები, ხელმძღვანელების პასუხისმგებაში გადაცემა, სამუშაოდან განთავისუფლება და ა. შ.

შვეიცარიაში სადაზღვევო შენატანის ზომას ადგენენ სადაზღვევო ფონდები (გათვლილი საზოგადოებრივი რისკის საფუძველზე, ტერიტორიული პრინციპით) სოციალური დაზღვევის ფედერალური სამსახურის ზედამხედველობის საშუალებით. ყველა დანარჩენ ქვეყნებში, ითვალისწინებენ რა ხელფასის ზომის ცვლილებებს, სახელმწიფო ყოველწლიურად ადგენს შენატანების ახალ ზღვარს.

ბელგიაში და ნიდერლანდებში სამედიცინო ფონდები ადგენენ პრემიის საკუთარ ზომას მოსახლეობის თითო სულზე გათვლით. ნიდერლანდებში კონკურენციის გამო, პრემიის ზომები განსხვავდებიან, მაშინ როდესაც ბელგიაში ისინი ძირითადად ერთნაირია: 1999 წელს მხოლოდ ერთმა ფონდმა შეამცირა ზომა 2,2 ევროდან 1,2 ევრომდე, თუმცა 1999 წელს ისევ აღდგენილ იქნა წინა წელს დადგენილი ზომა (Schut and van Doorslaer 1999).

იმ ქვეყნებში, სადაც შენატანების ზომას სადაზღვევო ორგანიზაციები ადგენენ, შენატანები შესაძლოა განსხვავებული იყოს სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის, მაგრამ იგი ერთიანია ერთ ორგანიზაციაში დაზღვეულთათვის და არ არის დამოკიდებული დაზღვეულის ჯანმრთელობის და შემოსავლების დონეზე. გერმანიაში, სადაც სხვადასხვა სადაზღვევო ორგანიზაციას დაზღვეულთათვის განსხვავებული პირდაპირი გადახდები აქვს დაწესებული, მნიშვნელოვნად იზრდება სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის კონკურენცია, რაც თავის მხრივ პირდაპირი გადახდების ზომის შემცირების სტიმულს განაპირობებს. ასეთი სახის სქემა, აგრეთვე, რისკის კორექციის სქემა, რომელსაც არეგულირებს სოციალური დაზღვევის ზედამხედველობის ფედერალური სამსახური, მნიშვნელოვნად ხელს უწყობს სადაზღვევო ორგანიზაციების კონკურენციას სადაზღვევო შენატანის ზომის საფუძველზე.

ნიდერლანდებში სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის კონკურენციის უმთავრეს სფეროს წარმოადგენს პირდაპირი სადაზღვევო შენატანის ზომა. კონკურენციის სხვა შესაძლო სფეროები (სამედიცინო დახმარების ხარისხი...) შედარებით ნაკლებ როლს თამაშობენ, რადგანაც სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გაწეული მომსახურების ხარისხს შორის განსხვავება მინიმალურია. აქვე აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფო (ტარიფების სახელმწიფო სამსახური) ადგენს როგორც სოციალური დაზღვევის ასევე ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სამედიცინო მომსახურების ფასებს. უფრო მეტიც, როგორც სოციალური, ასევე ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სამედიცინო მომსახურების ფასები თითქმის ერთნაირია. ზოგჯერ შესაძლოა განსხვავებული იყოს ანაზღაურების მეთოდები. კერძოდ, სოციალური დაზღვევის სისტემაში ზოგადი პრაქტიკის ექიმები ღებულობენ სულადობრივ ანაზღაურებას, ხოლო კერძო დაზღვევის სისტემაში – სერვისების მიხედვით ანაზღაურებას (fee for service).

14.12. შენატანების შეგროვება

შენატანების შეგროვების თვალსაზრისით, სოციალური დაზღვევა პირობითად შეიძლება ორ ჯგუფად დაყოთ. პირველ ჯგუფს შესაძლოა მივაკუთვნოთ მოდელები, რომლებშიც საკვალდებულო შენატანები პირდაპირ სადაზღვევო ორგანიზაციაში (სადაზღვევო კომპანია, საავადმყოფოს სალარო) ხორციელდება (გერმანია, ავსტრია, შვეიცარია). მეორე ჯგუფს განეკუთვნება მოდელები, რომლებშიც საკვალდებულო შენატანები ჯერ ნაციონალურ ან რეგიონალურ ფონდებში ხორციელდება, ხოლო შემდეგ თანხები სადაზღვევო ორგანიზაციებზე ნაწილდება (ნიდერლანდები, რუსეთი).

ცხრილი 17: ვინ აგროვებს შენატანებს

ავსტრია	ბელგია	საფრანგეთი	გერმანია	ლუქსემბურგი	ნიდერლანდები	შვეიცარია
ფონდები	სოციალური დაზღვევის ნაციონალური სამმართველო	ადგილობრივი სამთავრობო სააგენტოები გადასცემენ ცენტრალურ სააგენტოს	ფონდები	სამედიცინო ფონდების გაერთიანება	ფონდები AWBZ და ZPW რომელსაც მართავს ჯანმრთელობის დაზღვევის საბჭო	ფონდები

გერმანიაში, ავსტრიაში და შვეიცარიაში სამედიცინო სადაზღვევო ფონდები ახდენენ შენატანების შეგროვებას. შენატანების შეგროვება შეუძლიათ, აგრეთვე, ფონდების ასოციაციებს (ლუქსემბურგი) ან სახელმწიფო სააგენტოებს.

ნიდერლანდებში სამედიცინო შენატანების მოკრებას ახდენს საგადასახადო შემოსავლების ეროვნული სამსახური. შეგროვილი თანხა გადაეცემა ჯანმრთელობის დაზღვევის ცენტრალურ ფონდს, რომელსაც მართავს სამედიცინო სადაზღვევო ფონდების საბჭო (Sickness Funds Council). ჯანმრთელობის დაზღვევის ცენტრალურ ფონდში ხდება ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ორივე სქემისათვის (“საერთო ჯანმრთელობის დაზღვევა”, “განსაკუთრებული სამედიცინო ხარჯები”) საჭირო თანხების აკუმულირება. ჯანმრთელობის დაზღვევის ცენტრალური ფონდიდან ხორციელდება სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიების (ორივე სქემის მიხედვით ცალ-ცალკე) დაფინანსება კოლექტიური რისკების გათვალისწინების საფუძველზე.

ბელგიაში შენატანები სოციალური დაზღვევის ნაციონალურ სამსახურში (RSZ/ONSS) შეაქვთ, რომელიც თავის მხრივ, სხვადასხვა სამთავრობო სააგენტოებში (უმუშევართა, საპენსიო...) ახდენს სახსრების გადანაწილებას. სამედიცინო დახმარებაზე პასუხისმგებელ ორგანოს წარმო-

ადგენს ჯანმრთელობის დაზღვევის და ინვალიდობაზე დაზღვევის ინსტიტუტი (RIZIV/INAMI). ანალოგიურად, საფრანგეთში სოციალური დაზღვევის შენატანები გროვდება სამთავრობო სააგენტოების მიერ, საიდანაც გადაეცემა სოციალური დაზღვევის დაწესებულებების ცენტრალურ სააგენტოს, რომელიც თავის მხრივ, ახდენს სახსრების გადანაწილებას სოციალური დაზღვევის სხვადასხვა ორგანიზაციებსა და მათ ფილიალებში.

რუსეთში შენატანების შეგროვება ხორციელდება სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის როგორც ფედერალურ ფონდში, ასევე ტერიტორიულ ფონდებში, საიდანაც სახსრების სადაზღვევო ორგანიზაციებზე განაწილება ხორციელდება სულადობრივი მეთოდით. ფედერალური ფონდის არსებობა უმთავრესად განპირობებულია ქვეყნის ფედერალური მოწყობით, მისი დიდი ტერიტორიით და რეგიონებს შორის მკვეთრი სოციალურ-ეკონომიკური განსხვავებებით. ფედერალური ფონდის ძირითად ფუნქციას წარმოადგენს ქვეყნის მასშტაბით სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზისური პაკეტის განსახორციელებლად საჭირო ფინანსური საშუალებების გათანაბრება.

14.13. რისკების გაერთიანება (Risk Pooling) და ფონდებს შორის განაწილება

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დაფინანსების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან საკითხს წარმოადგენს რისკების გაერთიანება (Risk Pooling) და ფინანსური სახსრების განაწილება ცალკეულ ფონდებს შორის. ზოგიერთ ქვეყანაში თანხები გროვდება სოციალური დაზღვევის ფონდებში, ხოლო შემდეგ სულადობრივი მეთოდით ნაწილდება სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის (ნიდერლანდები, რუსეთი).

ცხრილი 18: ფინანსური ფონდების (Pool) შექმნის ან ფინანსური რისკების ფონდებს შორის განაწილების მექანიზმი

აუსტრია	ბელგია	საფრანგეთი	გერმანია	ლუქსემბურგი	ნიდერლანდები	შვეიცარია
არ არსებობს, მაგრამ ფონდის დეფიციტის დროს შეუძლიათ წარმოადგინონ განაცხადი სახსრების სხვა ფონდებიდან გადმოტანის შესახებ	ძირითადად ერთობლივი მონაწილეობა ხარჯებში, ფონდებს შორის შეზღუდული პროსპექტული განაწილება (4 % 1999 წ. 7,5 % 2000 წ.)	სუბსიდიის მსხვილი ფონდებიდან (42 %-მდე) და მცირე ფონდებზე სახელმწიფო სუბსიდიები	კომპენსაციის მექანიზმი რისკის სტრუქტურის გათვალისწინებით ფედერალურ დონეზე (შემოსავლების 90 %-ზე >)	ხარჯებში ერთობლივი მონაწილეობა	ძირითადად ერთობლივი მონაწილეობა დანახარჯებში, შეზღუდული პროსპექტული განაწილება ფონდებს შორის (ZPW 35 % - 1999 წ)	კომპენსაცია რისკების სტრუქტურის გათვალისწინებით კანტონის დონეზე

ბელგიაში და ნიდერლანდებში 1990-იანი წლების შუა პერიოდამდე ხორციელდებოდა როგორც შენატანების საერთონაციონალური მასშტაბით გაერთიანება (Pooling), ასევე, სახსრების ფაქტიურად გაერთიანებული ხარჯვა (შენატანების რეტროსპექტული განაწილება ფონდებს შორის დანახარჯების რეალური მოცულობის შესაბამისად). რეფორმების შედეგად თანდათან დაინერგა სახსრების ფონდებს შორის პროსპექტული მეთოდით განაწილება, რომლის დროსაც თითო სულზე სახსრების მოცულობის გათვლა ხორციელდება რისკის ხირისხის მიხედვით.

ბელგიაში პროსპექტული განაწილება შეადგენს ჯანდაცვის საერთო ბიუჯეტის 10%-ს (1995 - 1997 წწ.), 1998-1999 წლებში იგი 20 %-მდე გაიზარდა, ხოლო 2000-2001 წლებში 30 %-მდე.

ნიდერლანდებში პროსპექტული განაწილება 3 %-დან (1993 წ.) 35 %-მდე (2000 წ.) გაიზარდა. ყველაზე ძვირადღირებული პაციენტებისათვის ხარჯების ფონდებს შორის განაწილებაზე სპეციალური შეთანხმება ფონდების “უსაფრთხოების” გარანტიას იძლევა (Schut and van Doorslaer 1999). საფრანგეთში მოქმედებს როგორც კომპენსაციური სქემა (ჯანმრთელობის დაზღვევის ადგილობრივ ფონდებს შორის), ასევე შედარებით ნაკლებად მსხვილი ფონდების (მცირეშემოსავლიანი პირების ფონდები) ნაციონალური სამედიცინო ფონდიდან და საერთო გადასახადებიდან დაფინანსების მხარდაჭერი სქემა.

თანხების ფონდებს შორის ტრანსაქცია საკმაოდ რთულ პროცესს წარმოადგენს. შედარებით მდიდარი ფონდები მათთან აკუმულირებულ შენატანებს თავიანთ “საკუთრებად” მიიჩნევენ, რაც გარკვეულ პოლიტიკურ დაძაბულობას განაპირობებს¹.

გერმანიაში რისკის სტრუქტურის მიხედვით კომპენსაციას ახორციელებს სოციალური დაზღვევის ზედამხედველობის ფედერალური სამსახური, ხოლო შვეიცარიაში მზღვეველთა გაერთიანებული ორგანიზაცია. ავსტრიაში არ არსებობს ფინანსების განაწილების ოფიციალური მექანიზმი, მაგრამ მძიმე ფინანსურ მდგომარეობაში მყოფ ცალკეულ ფონდებს ფინანსური დახმარებისათვის შეუძლიათ მიმართონ სოციალური დაზღვევის ფონდების ასოციაციას.

გერმანიაში სამედიცინო სადაზღვევო შენატანები თავდაპირველად გროვდება საავადმყოფოების სალაროებში, ხოლო შემდეგ სოციალური დაზღვევის ზედამხედველობის ფედერალური სამსახურის საშუალებით ხორციელდება სისტემაში ფინანსური საშუალებების გადანაწილება სადაზღვევო სალაროების გათანაბრების მიზნით, დაზღვეულთა კოლექტიური რისკის გათვალისწინებით.

გერმანიაში 1993 წელს მიღებულმა კანონმა “ჯანდაცვის სტრუქტურის შესახებ” სოციალური დაზღვევის ფონდებს შორის კონკურენციის ზრდა განაპირობა. ფონდების საწყისი პოზიციების გათანაბრების მიზნით დადგენილ იქნა რისკების სტრუქტურის შესაბამისი კომპენსაციის სქემა. სქემა განისაზღვრა ორ ეტაპად (1994 და 1995 წ.). მეორე ეტაპზე სქემაში ჩართულ იქნენ პენსიონერი დაზღვეულები. კანონის მიღებამდე ფონდები თვითონ ახდენდნენ პენსიონერთა რეალური ხარჯების ნაწილის დაფარვას. რისკების სტრუქტურის მიხედვით კომპენსაციის სქემის მიზანია – შენატანების ზომებს შორის სხვაობის შემცირება, რომელიც წარმოიშობა შემოსავლების და დანახარჯების დონებს შორის სხვაობით (სხვაობა განპირობებულია ცალკეულ ფონდებში დაზღვეულთა განსხვავებული ასაკობრივი და სქესობრივი შემადგენლობით). კომპენსატორული მექანიზმი მოითხოვს, რომ ყველა სამედიცინო ფონდს მიეცეს კომპენსაცია როგორც სადაზღვევო შენატანებით შემოსავლების, ასევე დანახარჯების ზომის სხვაობის გამო (Busse 2001). რისკის მიხედვით კომპენსაციის სქემამ ფონდებს შორის სხვაობა შეამცირა შენატანების ზომის თვალსაზრისით. 1994 წელს დაზღვეულთა მხოლოდ 27 %-ში შეინიშნებოდა შენატანების ზომის საშუალო ზომაზე 1 %-ზე მეტით სხვაობა². 1999 წელს იგი 7 %-მდე შემცირდა¹.

14.14. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ძლიერი მხარეები და სუსტი მხარეები

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ძლიერი მხარეები:

იზრდება ჯანდაცვის სისტემისათვის საჭირო რესურსები ჯანდაცვაზე ხარჯების ზომა დამოკიდებულია ქვეყნის რესურსებზე და განვითარების პრიორიტეტულ მიმართულებებზე (Cichon et al. 1999). არსებობს არგუმენტები და ფაქტები, რომელთა მიხედვით, ჯანდაცვის ხარჯების არა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, არამედ სადაზღვევო შენატანებით დაფინანსებამ შეიძლება გაზარდოს სამედიცინო დახმარების დაფინანსება¹. სოციალური დაზღვევა ხშირად

განიხილება როგორც ჯანდაცვაზე რესურსების გაზრდის უფრო ეფექტური გზა, რადგან საერთო გადასახადებთან შედარებით სოციალური დაზღვევის შენატანების შეგროვება უფრო ადვილია, მარტივი მიზნით, დამქირავებელს შეუძლია ადვილად გამოთვალოს იგი დაქირავებულთა ხელფასიდან⁹.

მხედველობაში მისაღებია ის გარემოებაც, რომ საზოგადოების მზადყოფნის ხარისხი, გადაიხადოს ჯანდაცვის ხარჯები, დამოკიდებულია მიზნობრივი ფონდების არსებობაზე. მოსახლეობა უფრო კმაყოფილია ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევით, ვიდრე სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადების (საერთო გადასახადები), ან ნებაყოფლობითი დაზღვევით დაფინანსების სისტემებით (Ferrera 1993; Mossialos 1998). სოციალური დაზღვევის სისტემით ჯანდაცვის დაფინანსების სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით დაფინანსებისაგან განცალკევება, მოსახლეობას რწმენას მატებს, რომ სახსრები არ გამოიყენება სხვა, შესაძლოა, ნაკლებად მნიშვნელოვანი სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსებაზე¹. შესაბამისად, სახსრების გამჭვირვალე მოძრაობის გამო, მათ უფრო მეტი სურვილი აქვთ გადაიხადონ სადაზღვევო შენატანები.

ამგვარად, რადგან სადაზღვევო შენატანები მხოლოდ ჯანდაცვის სექტორისთვისაა განკუთვნილი, გადამხდელმა ზუსტად იცის რაზე იხარჯება მისი შენატანები, რაც ხელს უწყობს გადასახადების გადახდის სტიმულს. ამასთან, სოციალური დაზღვევის სისტემის დროს სადაზღვევო შენატანების შეგროვებასა და სადაზღვევო ფონდების მართვაში შეინიშნება უფრო მეტი გამჭვირვალობის ტენდენცია.

აქვე აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მწირი სახსრების შემთხვევაში ქვეყნები ცდილობენ ჯანდაცვაზე მიზნობრივი გადახდების, ანუ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის დანერგვას¹⁰. ასეთი პროცესები განვითარდა აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში 1980-იანი წლების ბოლოს და 1990-იანი წლების დასაწყისში, როდესაც გარდაქმნების პირველ წლებში მნიშვნელოვნად შემცირდა ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები. გარდამავალი ქვეყნებიდან 17 ქვეყანაში დაინერგა სადაზღვევო შენატანებით გადახდები, რომელთა შორის 10 ქვეყანაში იგი წარმოადგენდა დაფინანსების უპირატეს მექანიზმს, ხოლო 7 ქვეყანაში საერთო გადასახადებით შემოსავლების და ჯიბიდან გადახდების დამატებით რესურსს⁹.

ნაკლები დამოკიდებულება სახელმწიფო ბიუჯეტზე. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება არ არის დამოკიდებული სახელმწიფო ბიუჯეტზე, შედეგად მცირდება სახელმწიფოს მარეგულირებელი როლი. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა ნაკლებად პოლიტიზირებულია, მასზე გავლენას არ ახდენს სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული პოლიტიკური პრიორიტეტები, რომელიც სახელმწიფოს ინტერესების გათვალისწინებით შეიძლება იცვლებოდეს. შესაბამისად, ჯანდაცვის სექტორს დაფინანსების გარანტირებული და საიმედო წყარო გააჩნია.

აქვე აღსანიშნავია, რომ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მხოლოდ სადაზღვევო შენატანებით დაფინანსება შესაძლოა არასაკმარისი აღმოჩნდეს, განსაკუთრებით მაშინ როდესაც სახელმწიფოს სურვილია მოსახლეობის რაც შეიძლება მეტი ნაწილი მოიცვას დაზღვევით, რომელთა გარკვეული რაოდენობა ვერ იხდის სადაზღვევო შენატანს (ღარიბები, სტუდენტები, უმუშევრები, პენსიონერები). ამის გამო, სოციალური დაზღვევის ბევრ სისტემებში სახელმწიფო ახდენს მათ სუბსიდირებას საერთო გადასახადების მეშვეობით. შედეგად, ზოგიერთ ქვეყნებში სახელმწიფოს გარკვეული რაოდენობით ვალები დაუგროვდა სოციალური დაზღვევის მიმართ (მაგ. საფრანგეთში)⁹.

რედისტრიბუციის მაღალი დონე (სოლიდარობის პრინციპი). სოციალური დაზღვევის სისტემებისთვის დამახასიათებელია რედისტრიბუციის მაღალი დონე, მაღალშემოსავლიანი პირებიდან დაბალშემოსავლიანებზე ჯვარედინი სუბსიდირების გამო (განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც არ არსებობს შენატანის გადახდისათვის შემოსავლის ზედა ზღვარი), აგრეთვე

დაბალრისკიანიდან მაღალრისკიანზე (შენატანი არ არის დამოკიდებული ჯანმრთელობის რისკზე), ახალგაზრდიდან მოხუცზე, ინდივიდიდან ოჯახზე (ჩვეულებრივ დაზღვეულის ოჯახის წევრები მოცულნი არიან დაზღვევით და იგი არ ზრდის სადაზღვევო შენატანებს)⁹.

ძლიერი მხარდაჭერა მოსახლეობის მხრიდან. სამედიცინო მომსახურების მიღების შენატანებზე დამოკიდებულების ფაქტი დაზღვეულს ანიჭებს მომხმარებლის როლს. შედეგად, მზღვეველსა და დაზღვეულს შორის კავშირი უმეტესად სახელშეკრულებო ხასიათს ატარებს. შესაბამისად, შეინიშნება იმ სამედიცინო მომსახურების უფრო ზუსტი განსაზღვრის ტენდენცია, რომელზეც მომხმარებლებს აქვთ უფლება. ზოგ ქვეყნებში დაზღვეულები მონაწილეობენ სადაზღვევო ფონდების მართვაში, მათი წარმომადგენლები შედიან სადაზღვევო ფონდების კოლეგიების შემადგებლობაში. ამგვარად, იზრდება დაზღვეულთა როლი სოციალური დაზღვევის სისტემაში.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სუსტი მხარეები:

ღარიბი მოსახლეობის შესაძლო გამორიცხვა სისტემიდან. ბევრმა ქვეყანამ სოციალური დაზღვევის დანერგვა მოსახლეობის მხოლოდ ლიმიტირებული ნაწილით დაიწყო. ხშირად, იგი უპირველეს ყოვლისა მოიცავდა სახელმწიფო მოხელეებს და მსხვილი კერძო საწარმოების დაქირავებულებს. ადრეულ პერიოდში მოსახლეობის ღარიბი ნაწილი (არაფორმალურ სექტორში დასაქმებულები, უმუშევრები) არ იყო მოცული სოციალური დაზღვევით, ან მათზე სახელმწიფო დაფინანსება ხორციელდებოდა.

ჩვეულებრივ, არაფორმალურ სექტორში დასაქმებულთა სოციალური დაზღვევის სისტემაში ჩართვა გარკვეულ სირთულეებთან და დიდ ხარჯებთანაა დაკავშირებული. არანაკლებ მნიშვნელოვანია, რომ მათი უმეტესობა მოშორებით რაიონებში ცხოვრობენ და არ აქვთ სოციალური დაზღვევის სისტემით სარგებლის მიღების შესახებ სრულყოფილი ინფორმაცია, აგრეთვე ძნელია მათი შემოსავლების შეფასება. მოსახლეობის ამ ნაწილის ჩართვა სოციალური დაზღვევის სისტემაში მოითხოვს სახელმწიფოს მხრიდან სუბსიდირებას საერთო გადასახადების მეშვეობით. ამასთან, ბევრ განვითარებულ ქვეყნებში გადასახადების ადმინისტრირება სუსტია, სირთულეს წარმოადგენს სოფლად და არაფორმალურ სექტორში დასაქმებულთა გადასახადების შეგროვება⁹.

სადაზღვევო შენატანების ნეგატიური ეკონომიკური გავლენა. მიუხედავად იმისა, რომ ხელფასზე მიზნობრივი გადასახადი ნაკლებადაა დამოკიდებული ქვეყნის პოლიტიკურ პრიორიტეტებზე, მასზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობა. ეკონომიკური კრიზისის დროს დასაქმებულთა რაოდენობის შემცირებასთან ერთად მცირდება სადაზღვევო შენატანების მოცულობა.

ზოგიერთ ქვეყნებში (მაგ., რუსეთი), სადაც სადაზღვევო გადასახადს ძირითადად დამქირავებულები იხდიან, მოსალოდნელია შემდეგი პროცესების განვითარება:

წარმოებული საქონლის ფასის გაზრდა;

სახელფასო ფონდის შემცირება;

დასაქმებული პერსონალის რაოდენობის შემცირება.

როდესაც გადასახადს ძირითადად დაქირავებულები იხდიან, მოსალოდნელია მათი ხელფასის ხელოვნური შემცირება ან გაზრდილი გადასახადების საკომპენსაციოდ დაქირავებულებმა შეიძლება მოითხოვონ ხელფასის გაზრდა. ორივე შემთხვევაში მოსალოდნელი მდგომარეობა დამოკიდებულია სამუშაო ძალის ბაზრის სტრუქტურაზე.

ეკონომიკური კრიზისის დროს, ხელფასზე დაწესებული სადაზღვევო შენატანის მეტი წილი შესაძლოა დაქირავებულების მხარეს გადახაროს². დიდ ბრიტანეთში ჩატარებული კვლევები გვიჩვენებენ, რომ გადასახადების 60 % ფაქტიურად დასაქმებულებს აწვება.

ქვეყნებში, სადაც წარმოებული საქონლისა და სამუშაო ძალის ბაზარი არაკონკურენტულია, დაქირავებულებმა სადაზღვევო შენატანების ზრდის საპასუხოდ შესაძლოა ვერ მოახდინონ დაქირავებულთა ხელფასის შემცირება². შესაბამისად, სოციალური დაზღვევის შენატანებმა შეიძლება გაზარდონ დაქირავებულთა სახელფასო ხარჯები. ამ შემთხვევაში, დაქირავებული დაინტერესებულია შეამციროს დასაქმებულ პერსონალთა რაოდენობა, რადგან, რაც მეტია მათი რაოდენობა, მით იზრდება საწარმოს გადასახადი. შედეგად ქვეყანაში იზრდება უმუშევრობის დონე. აღნიშნული მდგომარეობა განსაკუთრებით მწვავედ დგას ეკონომიკური კრიზისის პერიოდში.

მეორე მხრივ, სადაზღვევო შენატანების ზრდამ შესაძლოა დაქირავებულის მიერ დაქირავებულის ხელფასის შემცირება განაპირობოს. ზოგი მკვლევარის მტკიცებით ჯანმრთელობის დაზღვევა 11 %-ით ამცირებს სახელფასო ფონდს (Miller, 2004)

სადაზღვევო შენატანების ზრდამ აგრეთვე შესაძლოა შეამციროს ქვეყნის კონკურენტუნარიანობა და შეაკავოს ინვესტიციები, რაც ეკონომიკის დაცემას განაპირობებს¹². ამასთან, თუ სახელმწიფო წარმოადგენს მთავარ დაქირავებულს, სადაზღვევო შენატანებმა შესაძლოა მნიშვნელოვნად გაზარდონ სახელმწიფო დანახარჯები⁹.

ისეთ განვითარებულ ქვეყანაშიც კი, როგორცაა: საფრანგეთი, სოციალური სადაზღვევო შენატანები განიხილება უმუშევრობის მაღალი დონის მიზეზად¹⁰. აღნიშნულმა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის დაფინანსების რეფორმირება განაპირობა, რომლის მთავარ მიზანს წარმოადგენდა სადაზღვევო შენატანების წილის შემცირება და დაქირავებულთა შენატანების ტრანსფორმირება შემოსავლების ყველა წყაროს (ხელფასები, სოციალური სარგებლები, მოგება) გადასახადად⁹.

მართვის სირთულე და მაღალხარჯიანობა. სოციალური დაზღვევის სისტემა შედარებით რთულ სისტემას წარმოადგენს რადგან მოიცავს მრავალ სხვადასხვა მონაწილეს, რთულ ურთიერთობებს მზღვეველსა და სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა მიმწოდებლებს შორის, აგრეთვე ფინანსური ნაკადებს, რაც მოითხოვს ეფექტურ მართვას, ძვირადღირებულ საინფორმაციო სისტემის ინსტალირებას, პროცედურების ტრანსპარენტულობას. სხვა ფუნქციებს შორის, სადაზღვევო ფონდებმა სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა მიმწოდებლებთან უნდა აწარმოონ ხელშეკრულებების შეთანხმება, შესაბამისი მონიტორინგის მექანიზმების შემუშავება. მათ აგრეთვე უნდა განახორციელონ დაზღვეული მოსახლეობის ხარჯების ეფექტური ანაზღაურება და დააკონტროლონ მათზე გაწეული სამედიცინო მომსახურების საფუძვლიანობა. სოციალური დაზღვევის სისტემა სახელმწიფოს მხრიდან მოითხოვს ეფექტური საზედამხედველო ღონისძიებების გატარებას. არანაკლებ მნიშვნელოვანია შენატანების შეგროვების სრულყოფილი მექანიზმის შემუშავება.

ამგვარად, სოციალური დაზღვევის სისტემაში ადმინისტრაციული ხარჯები მაღალია ვიდრე ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემებში⁹. იმ ქვეყნებში, სადაც ზემოაღნიშნული ამოცანები სწორად არ იქნა მართული, სოციალური დაზღვევის დანერგვა ვერ განხორციელდა წარმატებით. აღნიშნული შეინიშნება ლათინური ამერიკის ბევრ ქვეყნებში, სადაც რეგულირების სუსტმა მექანიზმებმა და ჯანდაცვის არაეფექტურმა ინსტიტუტებმა უარყოფითად იმოქმედეს სოციალური დაზღვევის სისტემის განვითარებაზე⁹.

განვითარებულ 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 მიზნობრივი გადასახადის შეგროვება რთულ პროცესს წარმოადგენს, რაც შესაბამისად, ამცირებს სოციალური დაზღვევის შენატანების მოცულობას.

ამგვარად, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა მოითხოვს ქვეყანაში მძლავრი ეკონომიკური სტრუქტურების არსებობას. წინააღმდეგ შემთხვევაში შეუძლებელია მხოლოდ თვიური გადასახადების ხარჯზე მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ფართო სპექტრის დაფინანსება. მკვლევართა აზრით, სოციალური დაზღვევა და მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების მაღალი დონე წარმოადგენს ზედნაშენს, რომელიც ქვეყნის მძლავრ ეკონომიკას ეყრდნობა. წინააღმდეგ შემთხვევაში სოციალური დაზღვევის სისტემა უძღური ხდება უზრუნველყოფის მოსახლეობა სათანადო სამედიცინო მომსახურებით

ხარჯების ზრდა. ჯანმრთელობის სოციალურმა დაზღვევამ, ისევე როგორც ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემამ შესაძლოა გაზარდოს დაზღვეულების მხრიდან ჯანდაცვის სერვისებზე მოთხოვნა, რადგან სერვისების ხარჯები მთლიანად ან ნაწილობრივ იფარება დამფინანსებლის მიერ (მორალური საფრთხე)⁹. მან შესაძლოა აგრეთვე განაპირობოს სერვისების ჭარბი წარმოება, როდესაც სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი შესაბამისი რეგულირების მექანიზმების გარეშე გამოიყენება⁹. შედეგად, ხშირად უფრო ადვილია სოციალური შენატანების ზრდა, ვიდრე სარგებლის პაკეტის შემცირება. საზოგადოების მიერ სადაზღვევო ფონდების მართვა წარმოადგენს განსხვავებულ ინტერესებს (დამქირავებელთა ორგანიზაციები, სახელმწიფო მოხელეები, ადგილობრივი მმართველობითი ორგანოების წარმომადგენლები), სადაც რთულია რადიკალური ღონისძიებების გატარება. აღნიშნული ტენდენციები შეინიშნებოდა სოციალური დაზღვევის ხანგრძლივი ისტორიის მქონე ქვეყნებში. ზემოაღნიშნული მიზეზების გათვალისწინებით, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემები ჩვეულებრივ უფრო მეტს ხარჯავენ ჯანდაცვაში, ვიდრე ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემები⁹.

ქრონიკული დაავადებების და პრევენციული დახმარების ნაკლები მოცვა. მკვლევართა მტკიცებით სოციალური დაზღვევის სისტემა არ წარმოადგენს საუკეთესო საშუალებას ქრონიკული დაავადებების მკურნალობისათვის, რომელიც მოითხოვს პროცესში მრავალი სპეციალისტის ჩართვას და მათ შორის ძლიერ კოორდინაციას. არც პრევენციული ღონისძიებებისთვისაა (მაგალითად იმუნიზაციისთვის ან სკრინინგისათვის) იგი საუკეთესო სისტემა, რადგან ჯანდაცვის სახელმწიფო სერვისებსა, კერძო პროვაიდერებსა და სადაზღვევო ფონდებს შორის კავშირი ხშირ შემთხვევებში არ არის ძლიერი და ადექვატურად კოოპერირებული¹⁶.

საკონტროლო კითხვები

1. ჩამოთვალეთ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მთავარი თავისებურებები;
2. როგორ შეიძლება მივაკუთვნოთ ესა თუ ის ქვეყანა სოციალური დაზღვევის სისტემის ქვეყნების კატეგორიას;
3. რომელ ქვეყნებშია გავრცელებული ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა;
4. როგორია ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემით მოსახლეობის მოცვა ცალკეულ ქვეყნებში;
5. არის თუ არა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევით უნივერსალური მოცვა და რომელ ქვეყნებში?
6. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის რამდენი ტიპის ორგანიზაცია არსებობს, ჩამოთვალეთ ისინი;
7. ახსენით დამქირაველებისა და დაქირავებულების შენატანების თავისებურებები განაკვეთის ზომის, ზღვარის და თანაფარდობის მიხედვით;
8. ახსენით სოციალური დაზღვევის სისტემის თავისებურებები ფონდების არჩევის უფლების მიხედვით;
9. ახსენით გადაწყვეტილებების მიღების უფლების თავისებურებები სოციალური დაზღვევის სისტემაში;
10. როგორ ხორციელდება შენატანების შეგროვება სოციალური დაზღვევის სისტემაში;
11. როგორ ხორციელდება რისკების გაერთიანება (Risk Pooling) და ფონდებს შორის განაწილება?
12. ჩამოთვალეთ სოციალური დაზღვევის სისტემის დადებითი მხარეები.
13. ჩამოთვალეთ სოციალური დაზღვევის სისტემის უარყოფითი მხარეები.

ლიტერატურა

1. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. /Ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. /Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2002.
2. Busse R, Reisberg A. Health Care System in Transition: Germany, Copenhagen, WHO. Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
3. Busse R, Nolte E. New Citizens: East Germans in a United Germany. In: Healy J, McKee M, eds. Accessing Healthcare — Responding to diversity.
4. ლ. ხარაბაძე, ჯანდაცვის სისტემა გერმანიაში, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, 2008 წ.
5. Carrin G. et al, Social Health Insurance Development in low -income developing countries Building Social Security: the challenge of privatisation, X. Schei-Adlung (ed.). Transactions Publication, London 2001
6. თამარ ცინცაბაძე, 2001 -2005 წლების ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მომზადების მეთოდოლოგიის შეფასება და მისი გაუმჯობესების რეკომენდაციები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, თბილისი, 2007 წ.
7. ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების კლასიფიკაცია და მომზადების მეთოდოლოგია, 2001- 2006 წწ., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური პროექტების განმახორციელებელი ცენტრის პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი, თბილისი, 2008 წ.
8. WHO, Regional Overview of Social Health Insurance in South-East Asia, 2004.
9. Pablo Gottret, George Schieber, Health Financing Revisited, World Bank, 2006.
10. Carrin, G., and C. James. “Social Health Insurance as a Pathway to Universal Coverage: Key Design Features in the Transition Period.” Health Financing Technical Paper, World Health Organization, Geneva. 2004;
11. Bdmighausen, T., and R. Sauerborn. 2002. “One Hundred and Eighteen Years of the German Health Insurance System: Are There Any Lessons for Middle - and Low-Income Countries?” Social Science and Medicine 54 (10): 1559–87.
12. Sandier S, Paris V, Polton D. *Health care systems in transition: France.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
13. Reinhard Busse, Jonas Schreyögg, and Christian Gericke, Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries, 2007, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
14. *Alain C. Enthoven, and Wynand P.M.M. van de Ven, Going Dutch — Managed-Competition Health Insurance in the Netherlands*
15. Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. *Health care systems in transition: Netherlands.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
16. McKee, M., D. Delnoij, and H. Brand. 2004. “Prevention and Public Health in Social Health Insurance Systems.” In R. B. Saltman, R. Busse, and J. Figueras, eds., Social Health Insurance Systems in Western Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, U.K.: Open University Press
17. თ. კალანდაძე, ი. ბრეგვაძე, რ. თაყაიშვილი. სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემის მშენებლობა საქართველოში, ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, თბილისი, 1999 წ.
18. ა. ჯორბენაძე, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეორიენტაციის ზოგიერთი შედეგის შესახებ. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის ნაციონალური ცენტრი, სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტ. I. თბილისი 1998 წ.
19. თ. კალანდაძე, ი. ბრეგვაძე, თ. ცინცაბაძე, თ. გოთუა, რ. თაყაიშვილი. მოსაზრებები სამედიცინო დაზღვევის საყოველთაო სავალდებულო სისტემაში დაზღვეულთა, მათთვის გაწეული მომსახურების სახეებისა და შესაბამისი ხარჯების აღრიცხვის გაუმჯობესების ღონისძიებათა შესახებ. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის ნაციონალური ცენტრი, სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტ. I. თბილისი 1998 წ.
20. ჯაყელი კ. დაზღვევის ეკონომიკის საფუძვლები, თბილისი, 1999 წ. გამომცემლობა “მეცნიერება”.
21. კუხიანიძე თ., ჯანდაცვის სისტემა საფრანგეთში, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, 2008 წ.

22. ნუცუბიძე ნ., სამედიცინო დაზღვევა ნიდერლანდებში, ა. ენთოპოენის კონკურენტული სადაზღვევო მოდელი, რეფერატი, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, 2008 წ.

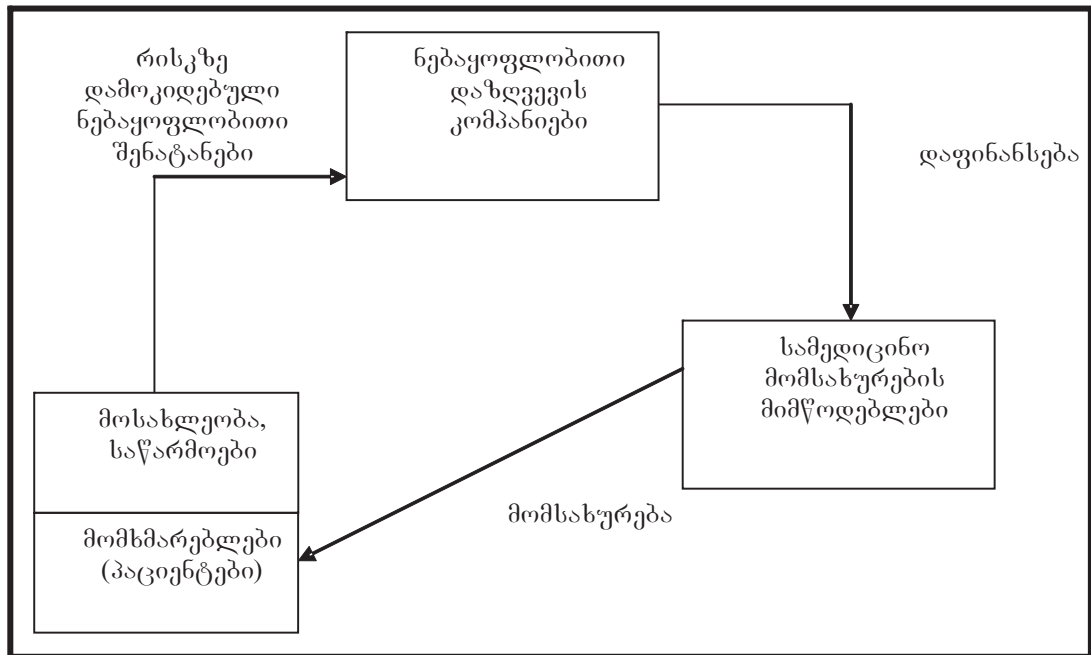
თავი XV

ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა

15.1. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის თავისებურებები

ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა ჩვეულებრივ, ისტორიულად, ხასიათდება როგორც ნებაყოფლობითი, მომგებიანი კომერციული საქმიანობა. საზოგადოებრივ დაზღვევასა (სოციალური ან სახელმწიფო დაზღვევა) და კერძო დაზღვევას შორის განსხვავება დაფინანსების წყაროებზეა დაფუძნებული. დაზღვევის ორივე სახის შემთხვევაში შენატანები შემოდის ოჯახების და დამქირავეებელთა შემოსავლებიდან, მაგრამ საზოგადოებრივი დაზღვევის დროს შენატანების შეგროვება ხორციელდება სახელმწიფოს მიერ, საერთო ან სოციალური გადასახადის მეშვეობით, ხოლო კერძო დაზღვევის დროს შენატანების გადახდა პირდაპირ რისკის გამაერთიანებელ ორგანიზაციაში ხორციელდება¹. ამასთან, ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის დროს რისკის გაერთიანება შედარებით მცირე ხასიათს ატარებს და უპირველესად ინდივიდუალურ რისკთან და არა შემოსავლებთანაა დაკავშირებული.

ნახაზი 1: ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა



ნებაყოფლობითი დაზღვევის განვითარებისათვის და სადაზღვევო ბაზარზე წარმატებული პოზიციების დასაკაეებლად ბოვიე და ადამსმა (Bowie, R., and G. Adams. 2005) წარმოადგინეს 11 პუნქტისგან შემდგარი ჩამონათვალი²: სადაზღვევო პროდუქტების დადგენა და განვითარება; პროდუქტების ღირებულება, პროდუქტების გაყიდვა, პრემიების შეგროვება, მოთხოვნების ადმინისტრირება, რისკების მართვა, გარე ურთიერთობების მართვა, სათანადო სერვისების და

ინფორმაციის წარმოება მომხმარებლებზე და მიმწოდებლებზე, კომუნიკაციების და საინფორმაციო ტექნოლოგიების უტილიზაცია, ოპერაციული მართვა, სტრატეგიული მართვა.

ჩამოთვლილი პუნქტებიდან ზოგიერთი სოციალური დაზღვევის სისტემისათვის განსხვავებული ნიშნებით ხასიათდება, მაგალითად, პროდუქტების დადგენა და განვითარება, ღირებულება, პროდუქტების გაყიდვა. სოციალურ დაზღვევასა და კერძო დაზღვევას შორის განსხვავება სამი მთავარი ნიშნით განისაზღვრება:

- < დაზღვევა სავალდებულოა თუ ნებაყოფლობითი;
- < რის საფუძველზე განისაზღვრება შენატანები: რისკის (მინიმალური რისკის განაწილება), საზოგადოების (რისკის განაწილება ჯანმრთელიდან აუადმყოფზე), თუ შემოსავლების (რისკების განაწილება ჯანმრთელსა და აუადმყოფს შორის, მაღალშემოსავლიანსა და დაბალშემოსავლიანს შორის) საფუძველზე;
- < სისტემის მენეჯმენტი კომერციული მომგებიანია, კერძო მომგებიანია, თუ სახელმწიფო/ქვაზი-სახელმწიფოებრივი.

ზოგადად, კერძო დაზღვევა განიხილება როგორც ნებაყოფლობით, ხოლო საზოგადოებრივი (სოციალური, ან სახელმწიფო) დაზღვევა – სავალდებულო, მაგრამ ყოველთვის ასე სწორხაზონად არ არის საქმე. მაგალითად, შვეიცარიაში კერძო დაზღვევის ყიდვა სავალდებულოა, ისევე როგორც ეს ხდება საზოგადოებრივი დაზღვევის სისტემებში³. ურუგვაიში განსაზღვრული შემოსავლების მქონე პირებისთვის (წლიური შემოსავალი - \$600–\$1,800) კერძო დაზღვევა სავალდებულო წარმოადგენს⁴. მექსიკაში ახლად დანერგილი საზოგადოებრივი დაზღვევის სქემა (*Seguro Popular*) ნებაყოფლობითის წარმოადგენს⁵. ა.შ.შ-ში, სადაც სადაზღვევო მოცვა ნებაყოფლობითია, ზოგიერთ შტატში დაქირავებლები ვალდებული არიან დააზღვიონ დაქირავებულები⁶. საუდის არაბეთში ცდილობენ ექსპატრიატებზე სავალდებულო კერძო დაზღვევის შემოღებას⁶.

კერძო დაზღვევის სქემებში სადაზღვევო შენატანები დაკავშირებულია ინდივიდუალურ რისკთან (მინიმალური რისკის განაწილება), ან საზოგადოებრივ რისკთან (რისკის განაწილება ჯანმრთელიდან აუადმყოფზე), მაშინ როდესაც სახელმწიფო დაზღვევის შენატანები დაკავშირებულია შემოსავლებთან.

ცხრილი 1: დაზღვევის სხვადასხვა სქემები

ნებაყოფლობითი/სავალდებულო	ნებაყოფ.	ნებაყოფ.	ნებაყოფ.	ნებაყოფ.	სავალდ.	სავალდ	სავალდ	სავალდ.
რისკთან/შემოსავლებთან დაკავშირებული	რისკთან	რისკთან	საზოგადოებ.	საზოგადოებ.	საზოგადოებ.	საზოგადოებ.	შემოსავლ	შემოსავლ.
კერძო მომგებიანი/სახელმწიფო	კომერციული მომგებიანი (Aetna)	არამომგებიანი (BUPA დიდი ბრიტანეთი)	არამომგებიანი (SEWA ინდოეთი)	საზოგადოებრივი (Medibank ავსტრია)	არამომგებიანი (CHCI ურუგვაი)	კერძო მომგებიანი (შვეიცარია)	კერძო არამომგებიანი (ნიდერლანდები)	სახელმწიფო

წყარო: Neelam Sekhri and William Savedoff, *Private Health Insurance: Implications for Developing Countries*, World Health Organization, Geneva, 2005;

კერძო დაზღვევის ორგანიზაციები მომგებიან ან არამომგებიან ორგანიზაციებს წარმოადგენენ. მაგრამ აქაც არის გარკვეული სახის გამონაკლისები. მაგალითად, ავსტრალიაში და ირლანდიაში მსხვილი “კერძო” დაზღვევის კომპანიები სახელმწიფოს საკუთრებაშია, აგრეთვე, სოციალური დაზღვევის ბევრ სისტემებში, კერძო ორგანიზაციების მართვა სახელმწიფო დაფინანსების ქვეშ მყოფი დააჯადებთა ფონდების (sickness funds) მიერ ხორციელდება⁷.

15.2. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის კლიმარი და სუსტი მხარეები

ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სიძლიერეები

ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სიძლიერეებს წარმოადგენს:

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების თავისუფალი არჩევის უფლება;

< იზრდება ჯანდაცვის სერვისების ხელმისაწვდომობა (როდესაც სახელმწიფო დაფინანსება არ არის საკმარისი);

< ის აკმაყოფილებს შედარებით შეძლებული მოსახლეობის თვითდაფინანსების მოთხოვნილებას და ამით საშუალებას იძლევა სახელმწიფომ განკარგოს თავისი (შეზღუდული) სახსრები ღარიბების და დაუზღვეველი ხალხის სამედიცინო დახმარებაზე ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის თვალსაზრისით⁸;

< იგი ახდენს დამატებითი სახსრების მობილიზებას ინფრასტრუქტურისათვის, რომელიც მოუტანს სარგებელს როგორც ღარიბებს, ასევე მდიდრებს⁸;

< იგი ხელს უწყობს ეფექტურობის ამაღლებას, სერვისების მოცულობის ზრდას და ნოვაციების დანერგვას;

< ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის ზრდა;

< ხელს უწყობს ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსებას, რომლებიც არ არიან მოცული სახელმწიფო პროგრამებით (supplementary - დამატებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევა);

< თავისი მოქნილობითა და მოგებაზე ორიენტირებით მან შესაძლოა კატალიზატორის როლი ითამაშოს სახელმწიფო სექტორში რეფორმების განხორციელებაში (Chollet and Lewis, 1997)⁸;

< არალეგალური გადახდების ალტერნატიული, პოზიტიური ფორმა;

< ნაკლები ბიუროკრატია;

< სინერჯიზმი, ვერტიკალური და ჰორიზონტალური ინტეგრაცია;

< ფინანსური ბაზრის გაძლიერება, მოხმარების ბაზრის გაფართოება.

არალეგალური გადახდების ალტერნატიული, პოზიტიური ფორმა. დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვაზე არალეგალური გადახდები მნიშვნელოვან წილს შეადგენს ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში, ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა წარმოადგენს არალეგალური გადახდების ალტერნატიულ, პოზიტიურ ფორმას. ასევე, ამ ქვეყნებში იგი შესაძლებელია წარმოადგენდეს რისკის გაერთიანების ერთადერთ ფორმას და დაზღვევის მთავარ ფორმას ფორმალურ სექტორში⁹.

აქვე აღსანიშნავია, რომ სადაზღვევო პრემიების შეგროვების ალტერნატიულმა გზებმა შეიძლება გააფართოვოს არაფორმალურ სექტორში დასაქმებულთა, ან საერთოდ დაზღვევის გარეშე დარჩენილთა მოცვა.

სინერჯიზმი, ვერტიკალური და ჰორიზონტალური ინტეგრაცია. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა განიხილება როგორც დაფინანსების ფუნქციების მთლიანი ნაკრები – შეგროვება, განაწილება, გაერთიანება, მოთხოვნები (claims), მართვა, შესყიდვა, რომლებიც შესაძლოა ინტეგრირდეს როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო ორგანიზაციებთან¹⁰. აღნიშნული წარმოადგენს სინერჯიზმს, რომელიც მიიღება სადაზღვევო ორგანიზაციებსა და პროვაიდერებს შორის “ვერტიკალური ინტეგრაციით” (პროცესი ან საკუთრება) და “ჰორიზონტალური ინტეგრაციით” სხვა სადაზღვევო, საფინანსო, ან სოციალური დაცვის პროდუქტებთან. უკანასკნელი წლების განმავლობაში ზოგმა სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიებმა, განსაკუთრებით ა.შ.შ.-ში, შემოიღეს ვერტიკალური ინტეგრაციის სხვადასხვა მოდელები, მათ შორის “სამშტატო მოდელი”, მართული ჯანდაცვის “კონტრაქტული” ორგანიზაციები, ჯანდაცვის არჩეულ მიმწოდებელთა ორგანიზაციები (Preferred Provider Organization - PPO).

ნაკლები ბიუროკრატია. ორგანიზაციის მცირე ზომისა და დაბალი ბიუროკრატიული აპარატის გამო კერძო დაზღვევის კომპანიის მუშაობა სოციალური დაზღვევის ორგანიზაციასთან შედარებით შეიძლება უფრო ეფექტურადაც ჩაითვალოს, თუმცა გასათვალისწინებელია კერძო დაზღვევისათვის დამახასიათებელი მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები.

ფინანსური ბაზრის განვითარება. კერძო დაზღვევის დადებითი როლი ენიჭება კაპიტალის აკუმულირების და ფინანსური ბაზრის განვითარების თვალსაზრისით. კერძო დაზღვევის ორგანიზაციები წლიური პრემიების 10-30 %-ს ინახავენ რეზერვად ნაღდი ფულის, აქციების და სხვა საინვესტიციო საშუალებების სახით. შედეგად, სადაზღვევო ბაზრებმა შესაძლოა მნიშვნელოვანი შენატანი გააკეთონ ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებაში.

აქტიური შემსყიდველის როლი. კერძო დაზღვევის ორგანიზაციები გამოდიან აქტიური შემსყიდველის როლში ხარისხზე ზედამხედველობის და ხარჯების კონტროლის (და შემცირების) კუთხით¹¹. კერძო დაზღვევის ბაზარზე ასეთი სარგებლები გააჩნიათ ვერტიკალურად ინტეგრირებულ არამომგებიან სადაზღვევო ორგანიზაციებს, როგორცაა კაიზერ პერმანენტე ა.შ.შ-ში. იგი ხელს უწყობს პროვაიდერთა ინკორპორაციას მათი ჯანდაცვის გეგმების შიგნით, რაც ჯანდაცვის სერვისების ხარისხზე და მოცულობაზე მეტი გავლენის მოხდენის შესაძლებლობას იძლევა¹².

ზემოაღნიშნული პოტენციური უპირატესობები ყოველთვის არ რეალიზდება. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ფუნქციონირება დამოკიდებულია არა მარტო მის ორგანიზაციულ სტრუქტურაზე, არამედ რეგულირებაზე, აგრეთვე, მის ურთიერთობაზე სახელმწიფო სექტორთან.

ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სუსტი მხარეები

ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის უარყოფითი მხარეებია:

- < ხელმისაწვდომობის ფინანსური ბარიერები;
- < ვერ უზრუნველყოფს ყველა ფენების თანაბარ ხელმისაწვდომობას ჯანდაცვის სერვისებისადმი, დიდი შეუსაბამობა არსებობს ურბანულ და სოფლის მოსახლეობის ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევით მოცვაში;
- < ზოგიერთი გამონაკლისების გარდა არ იძლევა სრულყოფილი ხარისხის სტიმულს;
- < ჯანდაცვის ხარჯების ზრდა;
- < მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები.
- < სადაზღვევო შენატანები დაკავშირებულია ინდივიდუალურ რისკებთან;
- < რისკების შერჩევა, ნაღების მოხდა (cream skimming), არახელსაყრელი შერჩევა (Adverse selection);
- < მცირდება დაზღვევის მთავარი პრინციპის, სოლიდარობის განხორციელება;
- < ხელს უწყობს რისკების ფრაგმენტაციას;
- < შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს მიმწოდებლების მიერ სტიმულირებად მოთხოვნას, რომელიც სამედიცინო დახმარების მოცულობის გაზრდას განაპირობებს;
- < დიდი რაოდენობის მცირე სადაზღვევო ორგანიზაციების არაეკონომიურობა;

რისკების ფრაგმენტაცია. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სისტემაში ჯანმრთელობის რისკები არ არის გაერთიანებული დიდ რისკის-პულნგში (რისკების გაერთიანებაში), არამედ რისკები გაბნეულია მცირე რაოდენობით კერძო სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის, შესაბამისად მცირდება დაზღვევის მთავარი პრინციპის, სოლიდარობის განხორციელება.

მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები. მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები დაკავშირებულია სადაზღვევო პროდუქტის განვითარებასთან, მარკეტინგთან და დისტრიბუციის ღონისძიებებთან. ამასთან, ეფექტური მენეჯმენტის გარეშე, ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ორგანიზაციები შესაძლოა გაკოტრდნენ. არანაკლებ მნიშვნელოვანია დიდი რაოდენობის მცირე სადაზღვევო ორგანიზაციების არაეკონომიურობა.

რისკების შერჩევა, ნაღების მოხდა (cream skimming), არახელსაყრელი შერჩევა (Adverse selection). კერძო დაზღვევის ორგანიზაციები დაინტერესებული არიან ამოარჩიონ მათთვის სასურველი სადაზღვევო კონტიგენტი. მათ შეუძლიათ უარი უთხრან მაღალი რისკის ადამიანებს კერძო დაზღვევის სქემაში გაწევრიანებაზე (დისკრიმინაცია). ძნელია ამ ე. წ. ნაღების მოხდის (cream-skimming) პრობლემის პრევენცია. სახელმწიფოს რეგულირებამ შეიძლება უარყოფითი გავლენა მოახდინოს მისი მოგვარების პროცესში. თუ ყველას მიეცემა გაწევრიანების უფლება, მაღალრისკიანი პაციენტების არსებობა სადაზღვევო შენატანის ზომის გაზრდას გამოიწვევს, რაც გააძლიერებს დაბალრისკიანი პირების სტიმულს გამოვიდნენ სქემიდან (არახელსაყრელი შერჩევა). აღნიშნულმა მდგომარეობამ შეიძლება სადაზღვევო კომპანიის გაკოტრება განაპირობოს. პოზიტიურ შემთხვევაში, კერძო დაზღვევის ორგანიზაცია დაზღვეულებს და განსაკუთრებით დაბალრისკიან პირებს სთავაზობს დაზღვევის ინდივიდუალურ პაკეტებს და კონკურენტუნარიან შენატანებს.

მიმწოდებლის მიერ სტიმულირებული მოთხოვნა. ხშირ შემთხვევებში კერძო სადაზღვევო ორგანიზაცია სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებს ანაზღაურებს სერვისების მიხედვით, რითაც მცირდება მიმწოდებლებზე ზემოქმედების ბერკეტები. ასეთ შემთხვევებში ექიმები დაინტერესებული არიან გაზარდონ გასაწევი მომსახურების რაოდენობა და ღირებულება, ძვირადღირებული გამოკვლევების მოცულობა, ჩაატარონ არააუცილებელი ქირურგიული ოპერაციები. შესაბამისად, ადგილი აქვს მიმწოდებლის მიერ სტიმულირებულ მოთხოვნას.

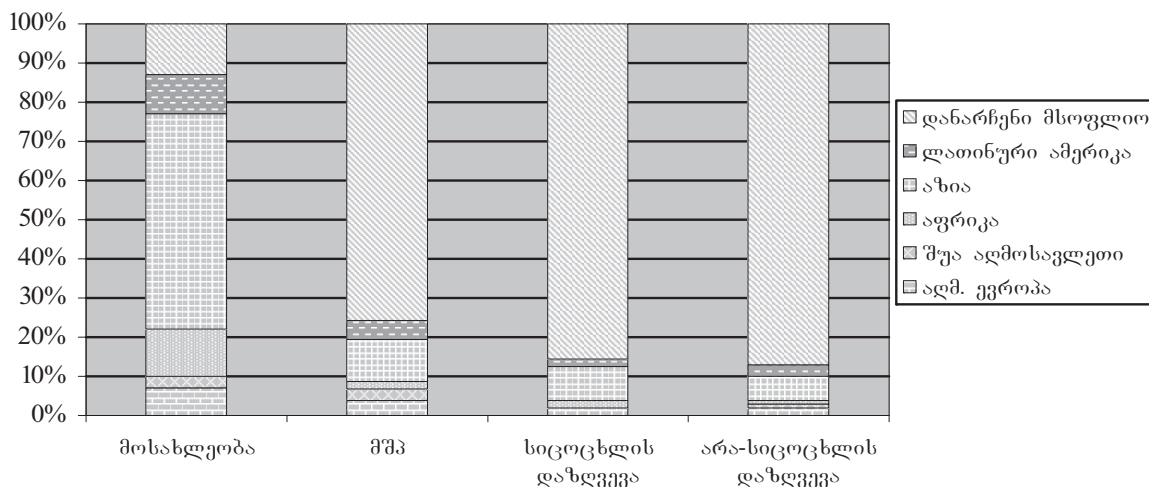
15.3. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა მსოფლიოში

ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა მზარდ როლს თამაშობს როგორც მაღალ, ასევე დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში. აღსანიშნავია, რომ ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა წარმოადგენდა თანამედროვე სოციალური დაზღვევის სისტემების წინამორბედს დასავლეთ ევროპის ბევრ ქვეყნებში. შესაბამისად, ამ ქვეყნებმა შეძლეს ისეთი მექანიზმების, ინსტიტუტების და სიმძლავრეების განვითარება, რომლებმაც შესაძლებელი გახადა ჯანდაცვაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის განხორციელება.

მსოფლიო სადაზღვევო ბაზარზე სიცოცხლის და არა-სიცოცხლის დაზღვევის დიდი წილი მაღალგანვითარებულ ქვეყნებზე მოდის, განვითარებად ქვეყნებში შედარებით მცირედაა განვითარებული. განვითარებადი მსოფლიოს ერთად აღებულ ხუთ რეგიონზე საერთო სადაზღვევო შენატანების შემოსავლების მხოლოდ 10 % მოდის. ამასთან, გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ დაბალი და საშუალოშემოსავლიანი ქვეყნების მოსახლეობა მსოფლიო მოსახლეობის 85 %-ზე მეტს შეადგენს, ხოლო მათი საერთო წილი მსოფლიოს მთლიანი შიდა პროდუქტის 23 %-ს არ აჭარბებს.

ქვემოთ მოცემულ ნახატზე აღნიშნულია მსოფლიოში სიცოცხლისა და არა-სიცოცხლის დაზღვევის გლობალური როლი მოსახლეობასთან და მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში.

ნახაზი 2: კომერციული სადაზღვევო ბაზრის როლი მსოფლიოში

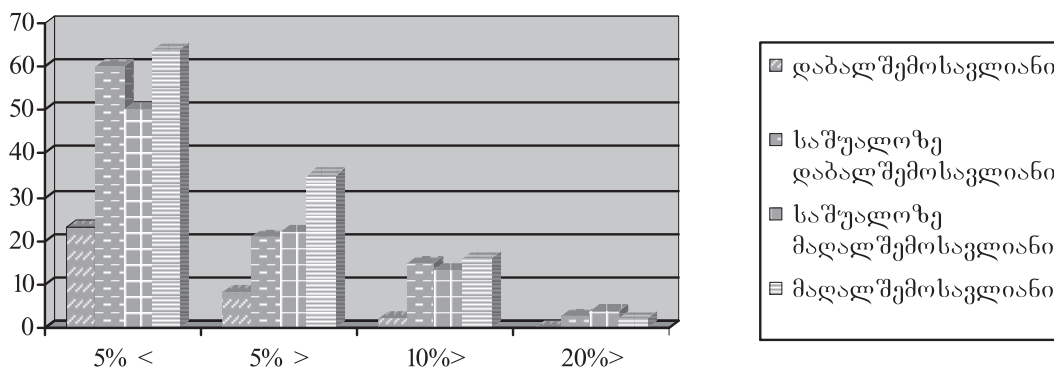


შენიშვნა: აზია იაპონიის გარეშე; დანარჩენი მსოფლიო – ძირითადად OECD ქვეყნები.

წყარო: Johannes Jütting and Denis Drechsler, Development Centre, OECD, Paris; Swiss Re-Insurance Company (2004).

მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, უკანასკნელი 10 წლის განმავლობაში სადაზღვევო ბაზარზე სიცოცხლის დაზღვევა დაბალ და საშუალოშემოსავლიან ქვეყნებში მაღალშემოსავლიან ქვეყნებთან შედარებით თითქმის ორჯერ გაიზარდა. როგორც ქვემოთ მოცემულ ნახატზეა გამოსახული, საშუალო და მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის წილი თითქმის ერთნაირია.

ნახ 3: ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ხარჯების პროცენტული წილი ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებთან შედარებით.



წყარო: Johannes Jütting and Denis Drechsler, Development Centre, OECD, Paris; ჯანმოს მონაცემები, 2003

მსოფლიოს 39 ქვეყანაში ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა მოიცავს ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 5 %-ზე მეტს⁷; მიუხედავად იმისა, რომ მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევამნიშვნელოვნადაა განვითარებული, აღნიშნული 39 ქვეყნებიდან თითქმის ნახევარი (46 %) დაბალი და საშუალოზე დაბალშემოსავლიანი ქვეყნებია⁷; საშუალო შემოსავლიანი ქვეყნების თითქმის 25 %-ში ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე ხარჯები ჯანდაცვაზე მთლიანი ხარჯების 5 %-ს აღემატება. მაღალგანვითარებული ქვეყნების 34 %-ში ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე ხარჯები ჯანდაცვაზე მთლიანი ხარჯების 5 %-ს აღემატება⁷.

ცხრილი 2: ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ხარჯების პროცენტული წილი ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებთან შედარებით დაბალშემოსავლიანი, საშუალოზე დაბალშემოსავლიანი და საშუალოზე მაღალშემოსავლიანი ქვეყნების მიხედვით, 2001 წ.

	დაბალშემოსავლიანი ქვეყნები		საშუალოზე დაბალშემოსავლიანი ქვეყნები		საშუალოზე მაღალშემოსავლიანი ქვეყნები		მაღალშემოსავლიანი ქვეყნები		ყველა ქვეყანა	
	რაოდ	%	რაოდ	%	რაოდ	%	რაოდ	%	რაოდ	%
სულ	64	100	57	100	33	100	38	100	192	100
5 %-ზე ნაკლები	16	25	34	59,6	17	51,5	25	65,8	92	47,9
5 %-ზე მეტი	5	7,8	13	22,8	8	24,2	13	34,2	39	20,3
10 %-ზე მეტი	2	3,1	9	15,8	4	12,1	6	15,8	21	10,9
20 %-ზე მეტი	0	0	3	5,2	2	6,1	1	2,6	6	3,1

წყარო: Johannes Jütting and Denis Drechsler, Development Centre, OECD, Paris

კერძო დაზღვევა სხვადასხვა როლს თამაშობს მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნებში და დამოკიდებულია ქვეყნის კეთილდღეობაზე და ინსტიტუციონალურ განვითარებაზე. **დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვაზე არაღვეალური გადახდები მნიშვნელოვან წილს შეადგენს ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში, ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა შესაძლებელია განვიხილოთ, როგორც არაღვეალური გადახდების სისტემის პოტენციური ალტერნატივა და იგი შესაძლებელია წარმოადგენდეს რისკის გაერთიანების ერთადერთ ფორმას და დაზღვევის მთავარ ფორმას ფორმალურ სექტორში⁷.**

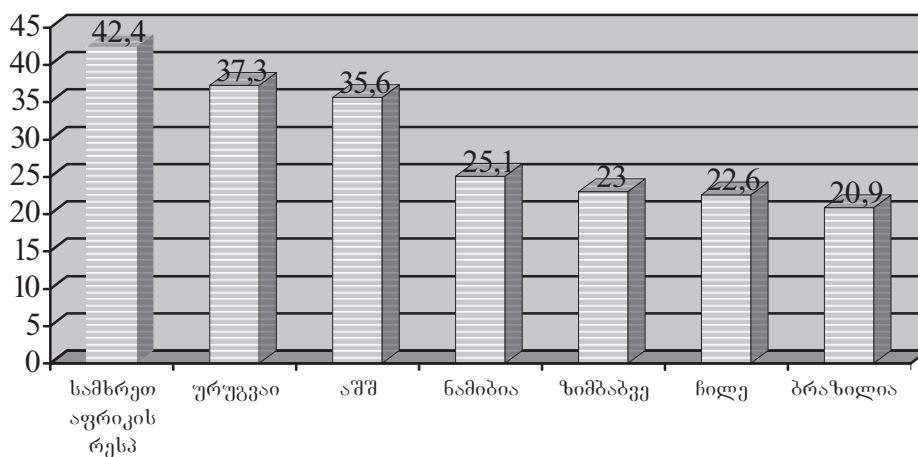
ჯანდაცვის მსოფლიოს ორგანიზაციის რეკომენდაციით დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა შესაძლებელია განვიხილოთ როგორც დაზღვევის მოსახლეობის უნივერსალური მოცვის საწყისი, მოსამზადებელი პროცესი. ასეთ ქვეყნებში ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის განვითარება მართლაც იმეორებს ბევრი მაღალგანვითარებული ქვეყნების გამოცდილებას ჯანმრთელობის დაზღვევის სფეროში.

ცხრილი 3: ქვეყნები, სადაც ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ხარჯების პროცენტული წილი ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებთან შედარებით 5 %-ს აღემატება. 2001 წ.

	დაბალშემოსავლიანი ქვეყნები		საშუალოზე დაბალშემოსავლიანი ქვეყნები		საშუალოზე მაღალშემოსავლიანი ქვეყნები		მაღალშემოსავლიანი ქვეყნები
1	C te d 'Ivôire	1	ალბანეთი	1	არგენტინა	1	ავსტრალია
2	ინდონეზია	2	ბრაზილია	2	ბოცვანა	2	ავსტრია
3	კენია	3	კოლუმბია	3	ჩილე	3	ბახრეინი
4	მადაგასკარი	4	იამაიკა	4	ლიბანი	4	ბარბადოსი
5	მალდი	5	მაროკო	5	პანამა	5	კანადა
6	ზიმბაბვე	6	ნამიბია	6	საუდის არაბეთი	6	საფრანგეთი
		7	პარაგვაი	7	ურუგვაი	7	გერმანია
		8	პერუ			8	ირლანდია
		9	ფილიპინები			9	ნიდერლანდები
		10	სამხრეთ აფრიკა			10	ახალი ზელანდია
		11	ტუნისი			11	კორეა
		12	თურქმენეთი			12	სლოვენია
						13	შვეიცარია
						14	აშშ

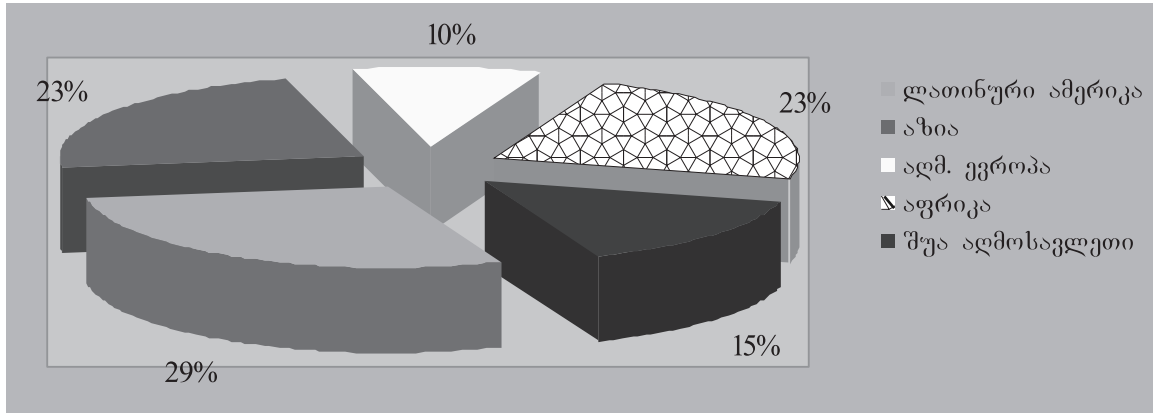
წყარო: National Health Accounts Team, EIP/GPE/FAR, WHO; Income Categories: The World Bank Group, 2004 www.worldbank.org

ნახაზი 4: ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე ყველაზე მაღალი ხარჯები მსოფლიოში (ჯანდაცვის საერთო ხარჯების %)



წყარო: WHO National Health Accounts 2001

ნახაზი 5: ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ხარჯების პროცენტული წილი ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებთან შედარებით მსოფლიოს რეიონების მიხედვით



წყარო: Johannes Jütting and Denis Drechsler, Development Centre, OECD, Paris

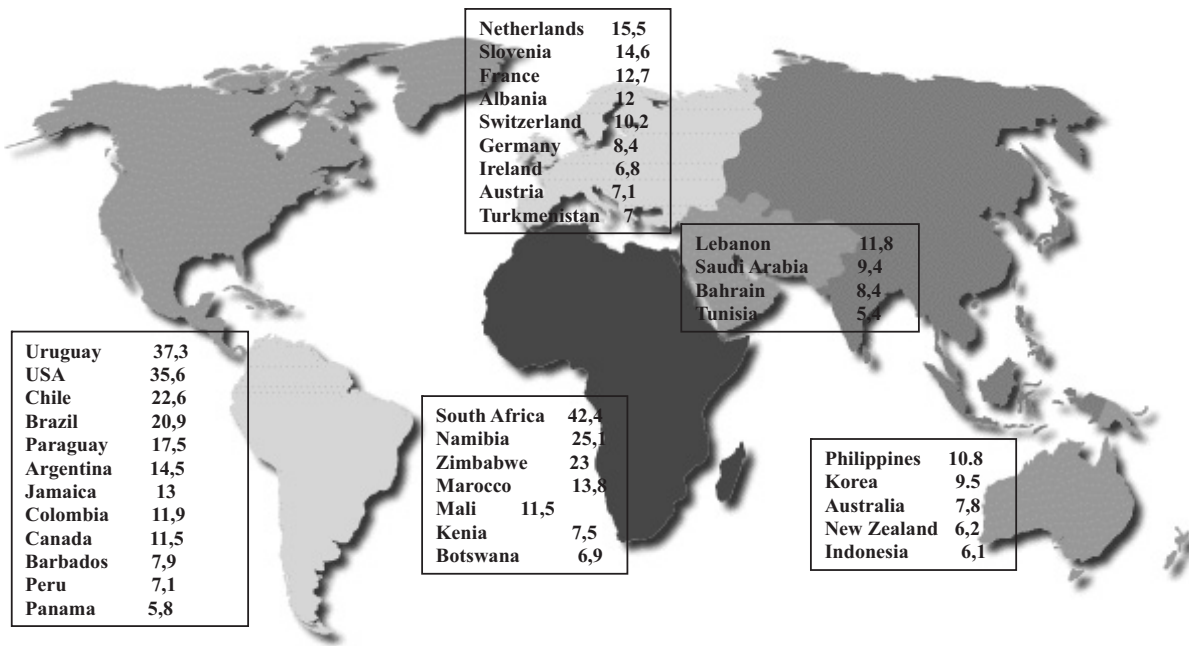
ისტორიულად ასეთი მდგომარეობა აღინიშნებოდა დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში XIX საუკუნის დასაწყისში, როდესაც დაზღვევის მთავარ ფორმას წარმოადგენდნენ ურთიერთდახმარების ასოციაციები, დაქირავებულები, გილდიები, გაერთიანებები ნებაყოფლობით საფუძველზე⁷. ასე მაგალითად, 1885 წელს შვედეთში დასაქმებულთა 10 % მოცული იყვნენ ე.წ. “შეგობრულ საზოგადოებებში” (Friendly Societies)¹³. გერმანიაში ბისმარკმა პირველი ეროვნული სოციალური დაზღვევის სისტემა არსებული ნებაყოფლობითი პროფესიული და ინდუსტრიულ საფუძველზე შექმნილი დაავადებათა ფონდების საფუძველზე ჩამოაყალიბა.

ევროკავშირის ქვეყნებში ჯანმრთელობის კერძო ანუ ნებაყოფლობითი დაზღვევა მნიშვნელოვან როლს არ თამაშობს, როგორც დაფინანსების, ასევე ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით. ევროკავშირის უმრავლეს წევრ ქვეყანაში ეს მაჩვენებელი ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯების 5 %-ზე ნაკლებია (გამონაკლისს წარმოადგენენ საფრანგეთი, გერმანია და ჰოლანდია) და მოიცავს მოსახლეობის შედარებით მცირე ნაწილს.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, შეიძლება დავასკვნათ, რომ კერძო დაზღვევის როლი ქვეყნის შემოსავლების დონეზე ბევრად არ არის დამოკიდებული. ასე მაგალითად, ზიმბაბვე დაბალშემოსავლიანი ქვეყანაა, მაგრამ კერძო დაზღვევის წილი ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში 23 %-ს შეადგენს; იგივე შეიძლება ითქვას ისეთ საშუალოზე დაბალშემოსავლიან ქვეყნებზე, როგორცაა: ბრაზილია (20,9 %); ნამიბია (25,1 %); სამხრეთ აფრიკა (42,4 %). ამასთან, ისეთ საშუალოზე მაღალშემოსავლიან ქვეყნებში, როგორცაა: ჩილე, ან ურუგვაი კერძო დაზღვევის წილი ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში შესაბამისად 22,6 %-ს და 37,3 %-ს შეადგენს; ხოლო ისეთ მაღალშემოსავლიან ქვეყანაში, როგორცაა ა.შ.შ. კერძო დაზღვევის წილი 35,6 %-ს შეადგენს.

აშშ. აშშ-ში კერძო სამედიცინო დაზღვევა წარმოადგენს ერთადერთ ფორმას მოსახლეობის იმ ჯგუფთათვის, რომლებიც არ არიან დაზღვეული სახელმწიფო პროგრამებში (მედიკეა, მედიკეიდი, ვეტერანები). დაზღვევა უპირატესად დასაქმებულთა ჯგუფების მიხედვითაა ორგანიზებული (რისკების ჯგუფური შეფასება). კომპანიის არჩევის პრეროგატივა ეკუთვნის დამქირავებელს, რაც ნიშნავს რომ დაქირავებულებს უკეთეს შემთხვევაში სადაზღვევო კომპანიის არჩევის შეზღუდული შესაძლებლობები გააჩნია.

ნახაზი 8: ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ხარჯების პროცენტული წილი ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებთან შედარებით მსოფლიოს რეიონების მიხედვით



№	ქვეყანა	%	№	ქვეყანა	%
1	სამხრეთ აფრიკა	42,4	20	ფილიპინები	10,8
2	ურუგვაი	37,3	21	შვეიცარია	10,2
3	აშშ	35,6	22	კორეა	9,5
4	ნამიბია	25,1	23	საუდის არაბეთი	9,4
5	ზიმბაბვე	23	24	გერმანია	8,4
6	ჩილე	22,6	25	ბახრეინი	8,4
7	ბრაზილია	20,9	26	ბარბადოსი	7,9
8	პარაგვაი	17,5	27	ავსტრალია	7,8
9	ნიდერლანდები	15,5	28	კენია	7,5
10	სლოვენია	14,6	29	პერუ	7,2
11	არგენტინა	14,5	30	ავსტრია	7,1
12	მაროკო	13,8	31	ბოცვანა	6,9
13	იამაიკა	13	32	ირლანდია	6,8
14	საფრანგეთი	12,7	33	ახ. ზელანდია	6,2
15	ალბანეთი	12	34	ინდონეზია	6,1
16	კოლუმბია	11,9	35	პანამა	5,8
17	ლიბანი	11,8	36	ტუნისია	5,4
18	კანადა	11,5	37	მაგადასკარი	5,1
19	მალი	11,5			

წყარო: WHO National Health Accounts 2001,

80-იან წლების შუა პერიოდში აშშ-ის ჯანმრთელობის კერძო ბაზარზე ბატონობდა სადაზღვევო გარანტიების სისტემა: მზღვეველები მიმწოდებელს მომსახურების მიხედვით უხდიდნენ, პრაქტიკულად წინასწარ დადგენილი, შეთანხმებული ფასის, რაოდენობის და ხარისხის მიხედვით. საავადმყოფოზე და ექიმებზე ხარჯები იფარებოდა იმ თვალსაზრისით, რომ ფასები წარმოადგენენ “ჩვეულებრივს და გონივრულს”. ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში ნაჩვენებია სადაზღვევო გარანტიების სისტემიდან რეგულირებად ჯანდაცვაზე გადასვლის რამდენიმე თავისებურება.

ცხრილი 4: 1980-1990 წლებში კერძო სექტორის კომპონენტები

1980წ.	1990წ.
მიმწოდებლების დაფინანსება სერვისების მიხედვით (“ჩვეულებრივი და გონივრული ფასები”)	მიმწოდებლების დაფინანსება სულადობრივი მეთოდით
პასიური მყიდველები	აგრესიული, ორგანიზებული მყიდველები (მზღვეველები ადგენენ ფასს)
ღია არჩევანი ბევრს გეგმებს შორის	გეგმების შეზღუდული არჩევანი
მართული ჯანდაცვა თამაშობს მარგინალურ როლს	მართული ჯანდაცვა თამაშობს დომინირებულ როლს
მიმწოდებლების თავისუფალი არჩევა	შეზღუდული არჩევანი: დახურული სიები და ზოგადი პრაქტიკის ექიმები ზღუდავენ ექიმ-სპეციალისტებთან გაშვებას
დამოუკიდებელი ექიმები (რომლებიც მუშაობენ დამოუკიდებლად ან მცირე ჯგუფებად)	ჯგუფური პრაქტიკის რეგულირებადი ექიმები
დამოუკიდებელი საავადმყოფოები და სხვ. დაწესებულებები	საავადმყოფოების და სხვა დაწესებულებების მსხვილი ინტეგრირებული სისტემები
სერვისების კონტროლის უმნიშვნელო მცდელობები	უფრო მკაცრი კონტროლი სერვისებზე

წყარო: Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы./Ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. /Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2002

მართული ჯანდაცვის შემოღებამდე სერვისებზე პირდაპირი გადახდის სისტემამ, ფედერალურ სუბსიდიებთან ერთად, განაპირობა “ჭარბი” დაზღვევა და ხარჯების ზრდა, რომელმაც 2-3-ჯერ გადააჭარბა სამომხმარებლო ფასების ინდექსის ზრდას. მართული ჯანდაცვის სისტემამ მნიშვნელოვნად შეამცირა ხარჯების ზრდა. 1992-1996 წლებში შშპ-ის წილი ჯანდაცვაზე 13,6 %-ზე შეჩერდა. თუმცა 1997 წლიდან ჯანდაცვაზე ხარჯები ისევ გაიზარდა, პრემიები იზრდება ორჯერ უფრო სწრაფად, ვიდრე სამომხმარებლო ფასების ინდექსი⁸.

მართული ჯანდაცვის სისტემამ, რომელმაც მოიცვა დასაქმებული მოსახლეობის 80%, დროებით შეაკავა ჯანდაცვის ხარჯები, თუმცა მანაც ვერ შეძლო დანახარჯების ზრდაზე კონტროლის განხორციელება (Maynard and Bloor, 1998). ამასთან, ზოგიერთი მზღვეველის ღონეზე ეფექტუ-

რობა რამდენადმე გაიზარდა (განსაკუთრებით ტექნიკური ეფექტურობა – თუმცა ბევრი მომხმარებლისათვის იგი არ იყო პრიორიტეტული). ამის მიზეზია ის გარემოება, რომ ჯანდაცვა რეგულირდება ცალკეული მზღვეველების დონეზე. “ჯექსონჰოლის ჯგუფის” მიერ შემოთავაზებული სისტემური ზომები არ გამოიყენება. ამგვარად, მართული ჯანდაცვის ახალი ფორმების შემოღების მიუხედავად, ჯანდაცვის სისტემა ისევ დანაწევრებული რჩება და ცალკეული მზღვეველების საქმიანობა მხოლოდ მცირედ ზემოქმედებს სისტემის მთლიან ეფექტურობაზე⁸.

მართული ჯანდაცვის ბევრი მიმდევარი თვლის, რომ წარუმატებლობის მიზეზები უმთავრესად არასაკმარისად მოფიქრებულ რეგულირების სქემასთანაა დაკავშირებული. ამასთან, ნაკლოვანებების გამოსასწორებლად საჭირო საკანონმდებლო ძალისხმევის პრაქტიკული განხორციელება (მაგ., “ჯექსონჰოლის ჯგუფის” რეკომენდაციები) უფრო ნაკლებ სირთულეს წარმოადგენს ვიდრე ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის სქემის დანერგვა⁸. ამ სიტუაციაში გამოსავალი შეიძლება მოიძებნოს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ეკონომიური დაქვეითება რაღაც ფორმით შეასრულებს რეფორმების კატალიზატორის როლს⁸.

ვეროკავშირის ქვეყნებიდან ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ყველაზე ფართო ბაზარი აქვს გერმანიას. 1998 წელს გერმანიის ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ბრუნვა შეადგენდა 19,5 მილიარდ ვეროს⁸. 2003 წელს ქვეყანაში არსებობდა 52 ჯანმრთელობის კერძო სადაზღვევო კომპანიები, რომლებიც ემსახურებოდნენ 7.1 მილიონ ადამანს. მეორე ადგილი უკავია საფრანგეთს, შემდეგ - ნიდერლანდები და დიდი ბრიტანეთი⁸.

ვეროკავშირის ქვეყნებში ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევის როლი დაკავშირებულია ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის განვითარებასთან, ანუ ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევა შეიძლება კლასიფიცირებული იქნეს იმის მიხედვით, თუ რა როლი უნდა დაიკავოს მან ჯანმრთელობის სოციალურ დაზღვევასთან კავშირში (შენაცვლებითი, შემაკვებელი თუ დამატებითი).

შვეიცარია. 1996 წლამდე შვეიცარიაში ჯანმრთელობის დაზღვევა წარმოადგენდა ნებაყოფლობითს. სადაზღვევო შენატანები დამოკიდებული იყო ინდივიდუალურ რისკზე. რადგანაც შვეიცარიაში ცხოვრების დონე საკმაოდ მაღალია, ხოლო პრემიების ზომა საერთო გადასახადებიდან სუბსიდიების გამო არ იყო მაღალი, ქვეყნის მოსახლეობის 98% დაზღვევით იყო მოცული (Minder et al. 2000). 1970-იანი წლების შუა პერიოდიდან სუბსიდიების წილი ხარჯებთან შეფარდებით შემცირდა, რაც საფრთხეს უქმნიდა სოციალურ ერთობას. პრემიების გაზრდით სადაზღვევო კომპანიები ზეწოლას ახდენდნენ არა იმდენად მიმწოდებლებზე, რამდენად დაზღვეულებზე (Theurl 1999). 1980-იან წლებში ჯანდაცვის ხარჯების შემდგომმა ესკალაციამ პრემიების ზრდა განაპირობა, რის შედეგად დაზღვევა ნაკლებად ხელმისაწვდომი გახდა. დაზღვევის ყიდვა პრობლემატური გახდა მოსახლეობის უმეტესი ნაწილისათვის, განსაკუთრებით ასაკოვანი პირებისათვის და შედარებით მაღალრისკიანთათვის.

1996 წელს მიღებული სამედიცინო დაზღვევის აქტით დაფუძნებულ იქნა ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევა ქვეყნის მთელი მოსახლეობისათვის. დაზღვევას ახორციელებენ კომპანიები და ფონდები, რომლებსაც არ შეუძლიათ სავალდებულო დაზღვევის საქმიანობიდან მოგების მიღება. პრემიების ზომა განისაზღვრება საერთო რისკების საფუძველზე (კანტონის ან მხარის ჩარჩოებში კომპანიის ყველა აბონენტთათვის). ცალკეულ პირებზე ვრცელდება სუბსიდიები, რომლებიც ფინანსდება საგადასახადო შემოსავლებიდან (Minder et al. 2000). ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის არარეგულირებადი ბაზრიდან სავალდებულო დაზღვევის მკაცრად რეგულირებად სისტემაზე გადასვლამ ხელი შეუწყო მთლიანი მოსახლეობის მოცვას, თუმცა მანაც ვერ უზრუნველყო დანახარჯების ზრდის შეკავება. შვეიცარიაში ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მთლიანი შიდა პროდუქტის პროცენტი ერთერთი ყველაზე მაღალია (10 %)⁸.

შექმნილ მდგომარეობას შეიძლება ჰქონდეს რამდენიმე ასხნა: მიმწოდებლების მხრიდან ზე-წოლა (მკურნალობის მაღალტექნოლოგიური მეთოდების სანქცირება); სარგებლის პაკეტის გაფართოება; შესყიდვის ფუნქციის დანაწევრება, რომელიც ამცირებს მიმწოდებლებზე ზემოქმედების ბერკეტებს; სერვისების მიხედვით ანაზღაურების პრინციპის შენარჩუნება. საბოლოო ჯამში შეეცარიის ჯანდაცვის სისტემა ჯერ კიდევ ხასიათდება ხარჯების ზრდით და არასაკმარისი მიკროეკონომიური ეფექტურობით. აღნიშნული მიზნების მიღწევა მცირედაა დამოკიდებული დაფინანსების წყაროზე. მიუხედავად ამისა, მოსახლეობას აქვს ჯანდაცვის სერვისების ფართო სპექტრზე გარანტირებული დაზღვევა.

დიდი ბრიტანეთი. მიუხედავად იმისა, რომ დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის სისტემა წარმოადგენს სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემას (NHS), როგორც ჯანდაცვის დაფინანსების, ასევე სამედიცინო მომსახურების გაწევის თვალსაზრისით, მოსახლეობის 11 % ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სისტემით სარგებლობს, რაც ქვეყნის ჯანდაცვის ეკონომიკის მნიშვნელოვან შემადგენელ ნაწილს (წელიწადში დაახლოებით 3 მილიარდ გირვანქა სტერლინგი) წარმოადგენს (Thomas Foubister, Sarah Thomson, Elias Mossialos & Alistair McGuire).

იტალია. იტალიის მოსახლეობის დაახლოებით 10% იყენებს ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევას, რაც ევროკავშირის ბევრ სხვა ქვეყანასთან შედარებით გაცილებით დაბალ მაჩვენებელს წარმოადგენს¹⁴. აქვე აღსანიშნავია, რომ მოსახლეობის მიერ ჯანდაცვაზე გაწეული კერძო ხარჯები ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების თითქმის 30%-ს შეადგენს (ვ. ატელა, ფ. სპანდონარო “ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა იტალიაში”, 2007 წ.). მოსახლეობის ნაღდი ფულით გაწეული ჯანდაცვის ხარჯების მიხედვით იტალია ერთ-ერთი პირველ ადგილზე დგას განვითარებულ ქვეყნებს შორის¹⁴.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, ისმება კითხვა: რატომ არ გაფართოვდა ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ბაზარი იტალიაში, სადაც მოსახლეობის ნაღდი ფულით გაწეული ჯანდაცვის ხარჯები ასე მაღალია? მკვლევარები გამოყოფენ ორ მიზეზს:

- < ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემის მიერ მოწოდებული დაზღვევის უნივერსალური პაკეტი;
- < ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევისათვის საჭირო ფინანსური სტიმულის არარსებობა.

1978 წლიდან იტალიაში ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის ეროვნული სამსახური, რომლის მთავარი მიზანია:

- < სოციალური სამართლიანობის მიღწევა ჯანდაცვის უნივერსალური ხელმისაწვდომობით;
- < ჯანდაცვის ხარჯებზე კონტროლის გაუმჯობესება.

იტალიაში კანონის ძალით აკრძალულია ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სახელმწიფო წყაროებიდან დაფინანსება, ბენეფიციარებს არ შეუძლიათ ჯანდაცვის ეროვნული სამსახურის სისტემიდან გასვლა. ისევე, როგორც სხვა განვითარებულ ქვეყნებში, დემოგრაფიული დაბერებისა და სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, იტალიაში ნავარაუდევია ჯანდაცვის კერძო დანახარჯების ზრდა და სახელმწიფოს მხრიდან დაფინანსების დეფიციტის მომატება, რაც განაპირობებს თანაგადახდების უფრო მაღალ დონეს.

ლათინური ამერიკის ქვეყნები. ლათინურ ამერიკაში ბოლო წლებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის როლი, რაც დაკავშირებულია 90-იან წლებში ამ რეგიონის ქვეყნებში დაზღვევის რეგულირებასთან დაკავშირებულ ცვლილებებთან და ლიბერალური რეფორმების განხორციელებასთან, რითაც შესაძლებელი გახდა კერძო დაზღვევის და სხვა ქვეყნების სადაზღვევო ორგანიზაციების ფართოდ შემოსვლა სადაზღვევო ბაზარზე. ლათინური ამერიკის 7 ქვეყანაში კერძო დაზღვევის ხარჯები ჯანმრთელობის მთლიანი ხარჯების 10 %-ს აღემატება.

ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა განსაკუთრებით დიდ როლს თამაშობს **ურუგვაიში**, სადაც მოსახლეობის 60 % ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სისტემაშია მოცული¹⁵. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის მაღალი როლი ურუგვაის ჯანდაცვის განსხვავებულ პოლიტიკასთანაა დაკავშირებული, კერძოდ, ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა სავალდებულო ხასიათს ატარებს (Sekhri/Savedoff, 2005). მათზე, ვისაც სადაზღვევო შესატანის საშუალება არ აქვთ (მოხუცები, ღარიბები) ვრცელდება სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული პროგრამები (სახალხო ფონდები ახორციელებენ). კერძო დაზღვევას ახორციელებენ მომსახურებაზე წინასწარი გადახდის ასოციაციები (პრეპაიდ ცარე ასოციაციონს), წევრობაზე დაფუძნებული პროფესიული კოოპერატივები, ან არამომგებიანი ორგანიზაციები (PAHO, 1999). აქვე აღსანიშნავია, რომ ურუგვაიში ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ორგანიზაციების ავტონომია შეზღუდულია. სახელმწიფო აწესებს ყოველთვიურად შესატანი სადაზღვევო პრემიების ღირებულების ზედა ზღვარს.

ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს აგრეთვე **კოლუმბიაში**, სადაც მოსახლეობის ნახევარი ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სქემებშია დაზღვეული (U.S. Department of Commerce, 2000). **ჩილესა და ბრაზილიაში** მოსახლეობის დაახლოებით 1/4 ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სისტემითაა დაფარული, რაც განპირობებულია ამ ქვეყნებში სახელმწიფო დაზღვევის სისტემის არაეფექტურობით. მოსახლეობის მოცვის იგივე მაჩვენებლებია **არგენტინაში და იაბაიკაში**. მიუხედავად იმისა, რომ **მექსიკაში** 1998-2002 წლებში წინასწარი გადახდის სქემებში ჯანდაცვის ხარჯები 50 %-ით გაიზარდა, კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევით მოსახლეობის მხოლოდ 3 % მოცული (WHO, 2005).

სადაზღვევო ბაზარზე კერძო დაზღვევის ორგანიზაციების ფართოდ შემოსვლამდე ლათინურ ამერიკაში ჯანმრთელობის დაზღვევის მთავარ მოდელს წარმოადგენდა სოციალური დაზღვევა (Mesa-Lago, 1991). კერძო დაზღვევის როლის გაძლიერების შედეგად შემცირდა სოციალური დაცვის პროგრამებით მოსახლეობის მოცვა, როლისთვისაც დამახასიათებელი გახდა მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები, არაეფექტურობა, კორუფცია, ჯანდაცვის ხარჯების ესკალაცია, ფისკალური დაუბალანსებლობა. კერძო და განსაკუთრებით საერთაშორისო მზღვეველების შემოსვლის შემდეგ მნიშვნელოვნად გაიზარდა სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის კონკურენცია.

მიუხედავად აღნიშნულისა, რეგიონში მაინც მაღალია სადაზღვევო შენატანების ზომა, შესაბამისად, ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაში შედარებით მაღალშემოსავლიანი პირებია დაზღვეული. ღარიბი ოჯახები სოციალური დაზღვევის სქემებში არიან გაერთიანებული, ან ზოგიერთს საერთოდ არ აქვთ არანაირი დაზღვევა. დაზღვევის ასეთი არათანაბარი განვითარება აღინიშნება არგენტინაში, კოლუმბიაში, ჩილეში (Barrientos and Lloyd-Sherlock, 2003), ბრაზილიაში (Jack, 2000), პერუში (Cruz-Saco, 2002).

ჩილე. პინოჩეტის მიერ განხორციელებული ეკონომიკურმა რესტრუქტურისაციამ ჩილეში კერძო და სახელმწიფო სექტორების გაყოფა განაპირობა. ყველა დასაქმებული იხდის სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანებს ხელფასიდან 7%-ის სახით. გადამხდელს აქვს არჩევის უფლება: სადაზღვევო შენატანი გადაიხადოს კერძო სადაზღვევო კომპანიაში (ISAPRE), ან სახელმწიფო დაზღვევის სქემაში (FONASA). გადაწყვეტილების მიღებაზე გავლენას ახდენენ შენატანის ზომა და სარგებლების პაკეტების ღირებულება. როგორც წესი, ახალგაზრდები, მდიდრები და ჯანმრთელები უპირატესობას ანიჭებენ ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევას, მაშინ როდესაც მოხუცები, ღარიბები და დაავადებულები - სახელმწიფო სექტორს. 1998 წელს სახელმწიფო პროგრამა FONASA ემსახურებოდა მოსახლეობის 2/3-ს, მისი დანახარჯები შეადგენდა 200 დოლარს ერთ სულზე (ადმინისტრაციული ხარჯები შეადგენდა 4 %-ს). კერძო სადაზღვევო პროგრამა მოიცავდა მოსახლეობის 1/3-ს, მისი დანახარჯი შეადგენდა 300 დოლარს ერთ სულზე (ადმინისტრაციული ხარჯები შეადგენდა 20 %-ს). კერძო სექტორში მოქმედებს 15 სადაზღვევო კომპანია. არ გამოიყენება რისკების საზოგადოებრივი შეფასების მეთოდი. ხელმისაწვდომი პაკეტების რაოდენობა 3000 აღემატება.

რეგულირების არასაკმარისი მექანიზმების აღმოსაფხვრელად რეფორმის დაწყებიდან 10 წლის შემდეგ კერძო დაზღვევის ორგანიზაციების რეგულირებისათვის და სამეთვალყურეოდ მთავრობამ ოფიციალური სააგენტო შექმნა ზედამხედველობის სამსახურის სახით (მოცემული მოდელი გადაიღეს არგენტინამ და პერუმ), თუმცა მისი მარეგულირებელი შესაძლებლობები შეზღუდულია კანონმდებლობით. მას არ შეუძლია შეაფასოს კერძო სადაზღვევო კომპანიების (ISAPRE) შესაძლებლობები. არასაკმარისად რეგულირდება სახელმწიფო სექტორის საქმიანობა (Kifmann 1998). 1990-იანი წლების შუა პერიოდამდე კერძო სადაზღვევო კომპანიებში დაზღვეული იყო მოსახლეობის დაახლოებით ერთი მესამედი. ინფლაციის გამო პრემიების ზომა მკვეთრად გაიზარდა, ეკონომიური კრიზისის გამო კერძო კომპანიებში დაზღვეულების რიცხვი მკვეთრად შემცირდა. უმუშევრობის გამო შემცირდა მოსახლეობის გადამხდელუნარიანობა.

ცხრილი 5: ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა ლათინური ამერიკის ქვეყნებში

ქვეყანა	ხარჯები კერძო დაზღვევაზე (კანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების %)	ქვეყანა	ხარჯები კერძო დაზღვევაზე (კანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების %)
ურუგვაი	37,4	ტრინიდადი და ტობაგო	4,0
ჩილე	22,6	ჰონდურასი	3,5
ბრაზილია	21,0	მექსიკა	2,7
პარაგვაი	17,5	გვატემალა	2,7
არგენტინა	14,5	ელ სალვადორი	2,6
იამაიკა	13,0	ბოლივია	2,6
კოლუმბია	11,9	ნიკარაგუა	2,1
ბარბადოსი	7,9	ვენესუელა	1,7
პერუ	7,2	კოსტა რიკა	0,5
პანამა	5,8	სურინამი	0,3
ეკვადორი	4,7	დომინიკის რესპუბლიკა	0,3

წყარო: WHO, 2003.

ავსტრალია

ავსტრალიაში ოთხი ათწლეულის განმავლობაში მიმდინარეობდა პოლიტიკური დისკუსიები ჯანდაცვის სახელმწიფო და კერძო ელემენტების შეთავსების ირგვლივ. 1953 წლიდან სადაზღვევო პრემია გამოითვლებოდა საზოგადო რისკებიდან გამომდინარე (ტერიტორიული პრინციპით), რომელიც ინდივიდუალური რისკებისგან დამოუკიდებლად უზრუნველყოფდა სამედიცინო დაზღვევის სამართლიან ხელმისაწვდომობას. მიუხედავად, რისკების ასეთი გადანაწილებისა კერძო სამედიცინო დაზღვევით უმრავლეს შემთხვევაში მდიდარი ხალხი სარგებლობდა (Schofield 1997; Hall et al. 1999). 1970 წელს მიღწეულ იქნა მოცვის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი, როდესაც კერძო დაზღვევით მოცული იყო მოსახლეობის 80 % (Australian Institute of Health and Welfare 1999).

1975 წელს პირველად იყო შემოღებული საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევა, რომელიც ფინანსდებოდა საგადასახადო შენატანებით. მედიქეას სამედიცინო სადაზღვევო პროგრამის შემოღების შემდეგ კერძო სადაზღვევო კომპანიებში დაზღვეულთა რიცხვი 50 %-დან 30%-მდე შემცირდა, რამაც მნიშვნელოვნად გაზარდა კერძო სადაზღვევო კომპანიებში სადაზღვევო შენატანების ზომა. პროგრამა მედიქეა გულისხმობს სახელმწიფო საავადმყოფოებში უფასო სამედიცინო მომსახურებას.

ავსტრალიის კონსერვატიულმა მთავრობამ შეასრულა რა წინასაარჩევნო დაპირება, დააწესა მნიშვნელოვნად ახალი სუბსიდიები. 1997 წლის ივლისიდან დასაოჯახებელი ხალხი, რომლის შემოსავალი 35 000 ავსტრალიურ დოლარზე ნაკლებია და ოჯახური წევრები, რომლის შემოსავალი 70 000 ავსტრალიურ დოლარზე ნაკლებია წელიწადში, კერძო სამედიცინო დაზღვევის პრემიებზე ვრცელდება ფასდაკლება (საშუალო წლიური შემოსავალი შეადგენს 32 700 ავსტრალიურ დოლარს). 1999 წლის იანვარში სამედიცინო დაზღვევის პრემიებზე შემოღებულ იქნა 30%-იანი საგადასახადო ფასდაკლება. 2000 წლის ივლისში შემოიღეს სიცოცხლის ბოლომდე სამედიცინო დაზღვევა. მისი ამოცანა მდგომარეობდა იმაში, რომ სტიმული მიეცას ახალგაზრდებისათვის დაზღვევის შექენახე, რაც უფრო მცირე ასაკში დაიზღვევდა თავს, მით მაღალ სარგებლებს მიიღებდა იგი შემდგომში.

1996 წელს დამყარებული პოლიტიკური კონსერვატიული შედეგად შენარჩუნებულ იქნა პროგრამა მედიქეა, თუმცა ამ პროგრამის შემოღების შემდეგ კერძო სამედიცინო დაზღვევის როლი ნაკლებად ერთმნიშვნელოვანი გახდა. დიდ სახელმწიფო სუბსიდიებს, რომელიც მომგებიანია მხოლოდ მდიდრებისათვის, ამართლებენ იმით, რომ სახელმწიფო სექტორის ფუნქციონირების უზრუნველყოფა შეუძლებელია კერძო დაფინანსების გარეშე.

აზიის ქვეყნები. აზიაში კერძო დაზღვევა შედარებით მცირეაა გავრცელებული, უმნიშვნელო გამონაკლისის გარდა. ყველაზე მნიშვნელოვანი კერძო სადაზღვევო ბაზარი არის სამხრეთ კორეაში, ფილიპინებში, ინდონეზიაში, ტაივანში, ჰონგ კონგში, სინგაპურსა და მალაიზიაში. აზიის ქვეყნებში სადაზღვევო ბაზრის დაახლოებით 39% უცხოურ მზღვეველ კომპანიებს უკავიათ. უცხოურ სადაზღვევო კომპანიებს ბაზრის დიდი წილი უკავია სინგაპურში, ინდონეზიაში, მალაიზიასა და ფილიპინებში.

აზიის ზოგ ქვეყნებში ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა უმნიშვნელო როლი უკავია სადაზღვევო ბაზარზე და მოსახლეობა ძირითადად სახელმწიფო დაზღვევითაა მოცული. **ფილიპინებშიც** კი, სადაც ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა კარგად არის განვითარებული, მოსახლეობის უმეტესი ნაწილი ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევითაა მოცული. წინასწარ გადახდის სქემებში მოსახლეობის მოცვის გაუმჯობესების მიზნით, ზოგიერთმა ქვეყანამ დაიწყო ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის როლის გაძლიერება.

ბოლო ათწლეულებში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების შემცირების გამო **ინდონეზიაში** მოსახლეობის დიდი ნაწილი დაზღვევისა და ჯანდაცვაზე ყოველგვარი ხელმისაწვდომობის გარეშე დარჩა. შედეგად, მთავრობამ განიზრახა სადაზღვევო სისტემის რეორგანიზაცია და სადაზღვევო ბაზარზე კერძო დაზღვევის როლის გაძლიერება. მიუხედავად ამისა, აღინიშნება მთელი რიგი პრობლემები, რაც რეგულირების დაბალ დონესთანაა დაკავშირებული, კერძოდ, განსხვავებული სადაზღვევო სქემები დასაქმებულთათვის, დიდი კომპანიები მონაწილეობას არ ღებულობენ სოციალური დაზღვევის სქემებში, ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის არამომგებიანი ორგანიზაციების ნაკლებობა. არსებული კანონმდებლობის მიხედვით, სადაზღვევო საქმიანობისათვის ლიცენზიის ასაღებად სადაზღვევო კომპანია უნდა იყოს კომერციული, მომგებიანი.

ცხრილი 6: ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა აზიის ქვეყნებში

ქვეყანა	ხარჯები კერძო დაზღვევაზე (კანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების %)	ქვეყანა	ხარჯები კერძო დაზღვევაზე (კანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების %)
ფილიპინები	10,9	ჰონგ კონგი	1,6
ინდონეზია	6,1	ინდოეთი	1
ტაილანდი	4,1	ჰაპუა ახ. გვინეა	1
მალაიზია	3,3	შირი ლანკა	0,6
ვიეტნამი	3	ჩინეთი	0,3

წყარო: WHO, 2005.

ჩინეთში ეკონომიკურ რეფორმამდე თითქმის მთელი მოსახლეობის უნივერსალურ დაზღვევას უზრუნველყოფდა კოოპერაციული სამედიცინო სისტემა (Cooperative Medical System - CMS) სოფლებში, სახელმწიფო სადაზღვევო სქემა (Government Insurance Scheme - GIS) და მომუშავეთა სადაზღვევო სქემა (Labor Insurance Scheme - LIS) ქალაქებში. კოოპერაციული სამედიცინო სისტემა (CMS) უმთავრესად ფინანსდებოდა კომუნების (კოლექტიური სოფლის მეურნეობა) სოციალური უზრუნველყოფის ფონდებიდან¹⁶. ამ ფონდების საშუალებით ზორციელდებოდა სამედიცინო პუნქტების ორგანიზება, პირველადი სამედიცინო მომსახურების გაწევისათვის სოფლის ექიმების ანაზღაურება და დანიშნული მედიკამენტებით უზრუნველყოფა. იგი აგრეთვე ნაწილობრივ ანაზღაურებდა ქალაქის ან ოლქის დაწესებულებებში მიღებული მომსახურების ღირებულებას. 1978 წელს კოოპერაციული სამედიცინო სისტემით (CMS) მოცული იყო ჩინეთის სოფლის მოსახლეობის 90 %. ქალაქად, სახელმწიფო სადაზღვევო სქემა (GIS) ემსახურებოდა სახელმწიფო მოხელეებს, პენსიონერებს, ინვალიდ ვეტერანებს, უნივერსიტეტის მასწავლებლებს და სტუდენტებს. სახელმწიფო სადაზღვევო სქემა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ფინანსდებოდა. მომუშავეთა სადაზღვევო სქემა (LIS) ფინანსდებოდა თითოეული დაწესებულების სოციალური უზრუნველყოფის ფონდიდან და ემსახურებოდა მის თანამშრომლებს, მათი ოჯახის წევრებს და პენსიონერებს.

1979 წელს, როდესაც ჩინეთმა სოფლის ეკონომიკის რეფორმები განახორციელა და წარმოადგინა ოჯახური პასუხისმგებლობის სისტემა (Household Responsibility System), კომუნები (კოლექტიური სოფლის მეურნეობები) გაქრა და შესაბამისად, დაფინანსების გარეშე დარჩენილმა კოოპერაციულმა სამედიცინო სისტემამ (CMS) კოლაფსი განიცადა, გლეხების 90 % დაუზღვეველი დარჩა¹⁶. ქალაქად, სახელმწიფო სადაზღვევო სქემა (GIS) და მომუშავეთა სადაზღვევო სქემა (LIS) საქალაქო სოციალური ჯანმრთელობის დაზღვევის სქემამ (social health insurance - SHI) ჩაანაცვლა, რომელშიც გაერთიანებულია ინდივიდუალური სამედიცინო დეპოზიტები და კატასტროფების სამედიცინო დაზღვევა (ამერიკის სამედიცინო დეპოზიტების მსგავსად) და რომელიც მოიცავს ქალაქის მოსახლეობის მხოლოდ ნახევარს¹⁶. პროგრამა ფინანსდება დამსაქმებლის (დასაქმებულის ხელფასის 6%) და დასაქმებულის (მათი ხელფასის 2%) გადასახადებიდან¹⁶. სოციალური ჯანმრთელობის დაზღვევის სქემა (SHI) ვრცელდება ქალაქის ყველა დასაქმებულ პიროვნებაზე, სახელმწიფო მოხელეების და სახელმწიფო ან არასამთავრობო სექტორებში დასაქმებული პირების ჩათვლით¹⁶. ოჯახის წევრები და ემიგრანტი მუშები სოციალური ჯანმრთელობის დაზღვევის სქემაში არ არიან ჩაბმული¹⁶.

ცხრილი 7: ჯანმრთელობის დაზღვევით მოცვა, ჩინეთი, 1993, 1998, 2003 წწ.

მოცვის წყარო	წლები	შემოსავლის დონე, ქალაქი			შემოსავლის დონე, ქალაქი		
		დაბალი	საშუალო	მაღალი	დაბალი	საშუალო	მაღალი
სოციალური დაზღვევა	1993	36,7 %	75,3 %	72,1 %	0,7 %	1,3 %	10,8 %
	1998	20,1	49,6	63,9	0,4	0,7	6,3
	2003	12,3	44,8	70,3	1,5	2,1	7,1
კოოპერაციული სამედიცინო სისტემა (CMS)	1993	-	-	-	2,7	6,7	23,2
	1998	-	-	-	4,0	5,7	11,4
	2003	-	-	-	12,5	6,2	13,2
მოცვის გარეშე	1993	49,9	21,5	18,8	87,2	91,8	65,4
	1998	71,9	41,1	24,6	85,8	91,0	79,4
	2003	76,0	41,1	19,5	79,9	82,5	68,1

წყარო: National Health Services Survey, 2003

2006 წლის ოქტომბერში ჩინეთის მთავრობამ ახალი პრინციპები ჩამოაყალიბა, რომლითაც ჯანდაცვას მიენიჭა უპირატესი პრიორიტეტი. გაიზარდა სახელმწიფოს როლი ჯანდაცვის დაფინანსებაში. მისი მიზანია საბაზისო პაკეტის ყველასთვის ხელმისაწვდომობა, რაც უზრუნველყოფს ხალხის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას.

სოფლის მოსახლეობისთვის შეიქმნა ახალი კოოპერაციული სამედიცინო სქემა (New Cooperative Medical Scheme - NCMS), რაც წარმოადგენს სახელმწიფო ნებაყოფლობითი დაზღვევის პროგრამას. ახალი კოოპერაციული სამედიცინო სქემის (NCMS) მთავარ მიზანს წარმოადგენს ჯანდაცვის კატასტროფული ხარჯებისაგან სოფლის მოსახლეობის დაზღვევა და ავადმყოფობის გამო მათი გაღარიბებისაგან დაცვა. თითოეული, როგორც ცენტრალური, ასევე ადგილობრივი ხელისუფლება ახორციელებენ 20 იენის (2.50 აშშ დოლარი) სუბსიდირებას ერთ ფერმერზე (ორივე ერთად 40 იენი, ანუ 5 აშშ დოლარი) დასავლეთ და ცენტრალურ პროვინციებში. NCMS-ის სქემაში ჩართვისათვის ფერმერი დამატებით იხდის 10 იენს (1.25 აშშ დოლარი) წლიური პრემიის სახით¹⁶. მთლიანი პრემია 50 იენის ოდენობით წარმოადგენს ფერმერის ჯანდაცვის ხარჯების მესამედს (საშუალოდ თითო სულზე ჯანდაცვის ხარჯები შეადგენს 150-180 იენს წელიწადში) დასავლეთ და ცენტრალურ პროვინციებში¹⁶. 2007 წელს ახალმა კოოპერაციულმა სამედიცინო სქემამ (NCMS) მოიცვა სოფლის მოსახლეობის 86 %, 2008 წლისთვის დაგეგმილია სოფლის მოსახლეობის 100 %-იანი მოცვა¹⁶.

რადგანაც NCMS-ის მთავარი პრინციპია ნებაყოფლობითი დაზღვევა და მაღალხარჯიანი დაავადებების დაზღვევა, ადგილობრივ ხელისუფლებას შეუძლია აირჩიოს სადაზღვევო პაკეტი და განახორციელოს მისი NCMS-ის ადმინისტრაციული წყობა, ლოკალური მდგომარეობის მიხედვით. ნებაყოფლობითობის პრინციპი ჩადებულ იქნა იმის გამო, მოსახლეობის მიერ სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამაში თანხის გადახდას არ გამოეწვია პროტესტი, რადგან ხალხს არ აქვს მთავრობის მიმართ ნდობა, რომელმაც მათ დიდი რაოდენობით გადასახადები დააკისრა და ამასთან, ხშირად არამიზნობრივად გამოიყენა შეგროვებული სახსრები¹⁶. მაღალხარჯიანი დაავადებების მოცვა გამიზნულია ხალხის გაღარიბებისაგან დასაცავად. დღეისათვის NCMS-ს სადაზღვევო მოცვის და ადმინისტრაციული წყობის მრავალი ფორმა არსებობს.

აფრიკის ქვეყნები. აფრიკაში კერძო დაზღვევის მცირე მასშტაბიანი სქემებია გავრცელებული (სათემო დაზღვევა, ურთიერთდახმარების ფონდები), მოსახლეობის მცირე ნაწილია მოცული, დაზღვევა ლოკალური ადგილის მიხედვით არის შეზღუდული.

ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა შედარებით კარგად არის განვითარებული სამხრეთ აფრიკის რესპუბლიკაში, სადაც ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების 42.3% მოდის. სამხრეთ აფრიკის რესპუბლიკას კერძო სადაზღვევო ინდუსტრიის გრძელი ტრადიცია გააჩნია. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა შედარებით მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ნამიბიასა და ზიმბაბვეში, თუმცა მაღალი ხარჯების მიუხედავად, მოსახლეობის მოცვა დაბალია.

კერძო დაზღვევის მიკროსქემები ბოლო ხანებში დაინერგა ბენინში, ბურკინა ფასოში, კამერუნში, კოტდოვოიერში, განაში, ლაიში, ნიგერიაში, სენეგალში, ტანზანიაში, ტოგოში, ტუნისიასა და უგანდაში.

ცხრილი 8: ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა აფრიკის ქვეყნებში

ქვეყანა	ხარჯები კერძო დაზღვევაზე (კანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების %)	ქვეყანა	ხარჯები კერძო დაზღვევაზე (კანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების %)
სამხრეთ აფრიკის რესპუბლიკა	42,3	სენეგალი	3,5
ნამიბია	23,2	ტანზანია	2,3
ზიმბაბვე	19	ნიგერია	1,8
მაროკო	13,8	ალჟირი	1,3
მალი	11,5	მალავი	1,0
კოტე დ ივორუ	8,7	ეკვატორული	0,3
კენია	7,5	მოზამბიკა	0,2
ბოცვანა	6,9	უგანდა	0,2
ტუნისია	5,4	რუანდა	0,1
მაგადასკარი	5,1	კვიპ ვერდე	0,1

წყარო: WHO, 2005.

აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნები. აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში კერძო დაზღვევა შედარებით მცირედაა გავრცელებული. ამ რეგიონში ჯანმრთელობის კერძო მზღვეველები მხოლოდ ახლახან გამოჩნდნენ სადაზღვევო ბაზარზე. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა შედარებით მეტადაა განვითარებული: რუსეთში, სლოვენიაში, პოლონეთში, ჩეხეთსა და ხორვატიაში.

1994 წლის შემდეგ ალბანეთში კარები ფართოდ გაუღო ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევას, მაგრამ 1999 წლისათვის ქვეყანაში მხოლოდ ერთი კერძო სადაზღვევო კომპანია არსებობდა, რომელიც სამოგზაურო დაზღვევას ახორციელებდა (Albania, 1999). აღნიშნული განპირობებულია იმ გარემოებით რომ ალბანეთში მოსახლეობა უპირატესად სოციალური დაზღვევის სისტემითაა მოცული. აზერბაიჯანში ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი კერძო დაზღვევა მოიცავს დაახლოებით 15 000 ადამიანს, რაც მთლიანი მოსახლეობის 0.1%-ს შეადგენს. რუმინეთში ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის მომხმარებლები ძირითადად არიან დასაქმებულები ან მოგზაური რეზიდენტები.

ცხრილი 9: ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში

ქვეყანა	ხარჯები კერძო დაზღვევაზე (კანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების %)
ალბანეთი	12,0
პოლონეთი	2,1
რუმინეთი	1,6
რუსეთი	1,4
მოლდავეთი	1,1
ესტონეთი	1,1
აზერბაიჯანი	0,8
უნგრეთი	0,3
საქართველო	0,2
ლატვია	0,1
ბელორუსია	0,1

წყარო: WHO, 2005.

შუა აღმოსავლეთის ქვეყნებში კერძო დაზღვევა ძირითადად მოიცავს უცხოელთა ან საზღვარგარეთ მოგზაურთა დაზღვევას¹⁷.

ცხრილი 10: ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში

ქვეყანა	ხარჯები კერძო დაზღვევაზე (კანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯების %)
ლიბანი	11,9
საუდის არაბეთი	9,3
თურქმენეთი	7
იორდანია	3,9
ირანი	1,5
თურქეთი	0,8

წყარო: WHO, 2005.

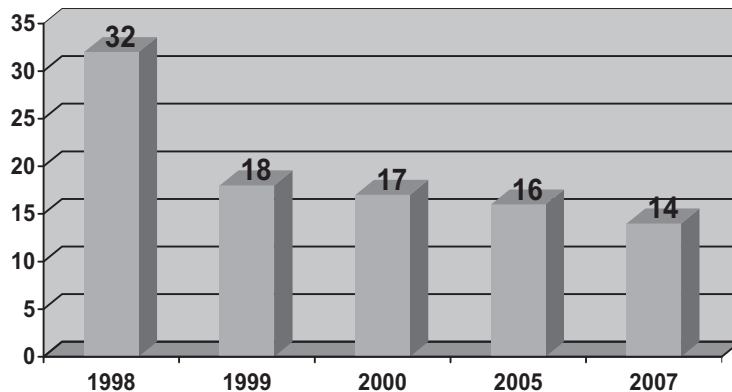
მსოფლიოში ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის განვითარების შემდეგი ტენდენციები შეინიშნება:

- < კერძო დაზღვევის წილი მნიშვნელოვნად გაიზარდა რიგ ქვეყნებში (ბრაზილია, ჩილე, კოლუმბია, იამაიკა, მექსიკა და პანამა);
- < კერძო დაზღვევის ზრდა ხშირ შემთხვევაში უსწრებს ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯების ზრდას;
- < არ არსებობს რაიმე კორელაცია ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებასა და კერძო დაზღვევის დანახარჯებს შორის;
- < კერძო დაზღვევის ზრდის მეტი შესაძლებლობა არსებობს არაფორმალურ სექტორში (უფრო მეტად სოფლის პირობებში) როგორც უმუშევრების ასევე თვითდასაქმებული პირებისათვის;

- < კერძო დაზღვევის განვითარება დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად ჩაერთვება სახელმწიფო დაფინანსებაში ან სერვისების მიწოდებაში;
- < კერძო დაზღვევის დანახარჯები გაიზარდა 50-70 %-ით, რაც მიუთითებს მისი მნიშვნელობის ზრდაზე;
- < ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევას განვითარებად სამყაროში დღესდღეობით გააჩნია მარგინალური როლი;
- < უმეტეს განვითარებად ქვეყანაში კერძო დაზღვევის მნიშვნელობა სწრაფად იზრდება, რომლის მიზეზებია:
 - < სახელმწიფო დაზღვევის მიმართ უკმაყოფილება;
 - < ბაზრის ლიბერალიზაცია;
 - < სადაზღვევო ინდუსტრიაში გაზრდილი საერთაშორისო ვაჭრობა;
 - < ეკონომიკის ზრდის გამო მომხმარებლის მოთხოვნის გაზრდა სერვისების მოცულობისა და მრავალფეროვნების მიმართ.
- < კერძო დაზღვევის განვითარებას გააჩნია როგორც შესაძლებლობები, ასევე წინააღმდეგობები ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემებისათვის:
 - < იგი შეიძლება გახდეს მნიშვნელოვანი საშუალება, რომელიც შეავსებს არსებულ ჯანდაცვის დაფინანსების არჩევანს;
 - < შეიძლება გამოიწვიოს: სერვისების მიმართ არათანასწორი მისაწვდომობა, გაზარდოს სერვისების ფასი, საზოგადოებრივი სერვისების მოშლა, პრევენციული სამედიცინო ღონისძიებების შემცირება

საქართველოში 2007 წელს 14 კერძო სადაზღვევო კომპანია ფუნქციონირებდა, რომელთაგან 7 აქტიურად მოქმედებს ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის მიმართულებით. კერძო სადაზღვევო კომპანიები ფუნქციონირებენ კანონების: “დაზღვევის შესახებ” (02. 05. 1997 წ.), “ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ” (18. 04. 1997 წ.) მიხედვით. საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური აქტივების/ვალდებულებებისა და სავალდებულო კაპიტალის დადგენის საშუალებით არეგულირებს კერძო სადაზღვევო კომპანიების ფინანსურ სტაბილურობას. კერძო სადაზღვევო კომპანიის რეალური მინიმალური სავალდებულო კაპიტალი შეადგენს 1,25 მლნ ლარს (0,5 მლნ ევრო). კერძო სადაზღვევო კომპანიები ძირითადად თბილისშია კონცენტრირებული, თუმცა უკვე დაიწყო რეგიონებში მათი გაფართოების პროცესი. მათი ძირითადი მიმართულება კორპორაციული დაზღვევაა.

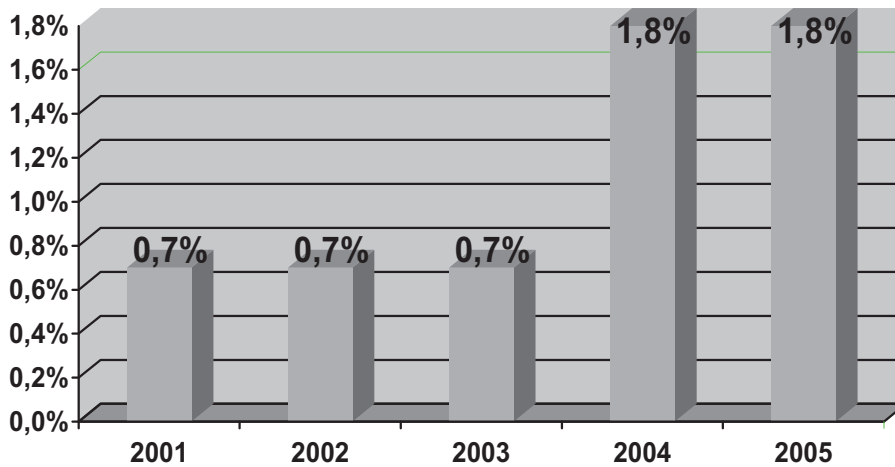
ნახაზი 9: კერძო სადაზღვევო კომპანიების განვითარების დინამიკა საქართველოში (1998-2007 წწ.)



კერძო სადაზღვევო კომპანიები სადაზღვევო პროდუქტს ფინანსური შესაძლებლობისა და კორპორატიული მომხმარებლის მოთხოვნის შესაბამისად ადგენენ, რის გამოც სხვადასხვა სადაზღვევო შენატანით განსხვავებული პაკეტები იქმნება. შესაბამისად კერძო სადაზღვევო ბაზარზე მომხმარებელს უჭირს შეადაროს სადაზღვევო პროდუქტები და ფასები. კერძო დაზღვევის კომპანიები კონკურენციას უწყევენ სადაზღვევო პროდუქტის, ფასის, პროვაიდერების არჩევანის, ასევე მომსახურების და გეოგრაფიული განაწილების მიხედვით.

უკანასკნელ წლებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის წილი. 2005 წლისათვის მან 1,8 % შეადგინა¹⁸.

ნახაზი 10: ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის წილი ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებთან მიმართებაში (%), საქართველო



წყარო: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ეროვნული ანგარიშები, 2005 წ.

საქართველოში ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარების სამთავრობო გეგმა

ძირითადი პრინციპები და მიმართულებები:

მიზანი

ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაზე დამყარებული დაფინანსების მოდელის განვითარება, რომელიც დაიცავს საქართველოს მოქალაქეებს ავადობასთან დაკავშირებული ფინანსური რისკებისგან და უზრუნველყოფს სამედიცინო სექტორის ეფექტურ ფუნქციონირებას.

ძირითადი პრინციპები:

ეტაპობრივად განხორციელება არსებული სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების (ამბულატორიული პროგრამის ჩათვლით) ჩანაცვლება სადაზღვევო პროდუქტებით – სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის ჩანაცვლება სადაზღვევო მომსახურებით;

საბიუჯეტო რესურსების გადანაწილება მოხდება დაუცველი ფენების სასარგებლოდ;

დაუცველი ფენების სადაზღვევო მომსახურებაზე ფინანსურ ხელმისაწვდომობას უზრუნველყოფს სადაზღვევო ვაუჩერი.

მთავრობა ხელს შეუწყობს მიზნობრივი სადაზღვევო პროგრამების განხორციელებას ჯარისკაცებისათვის, პოლიციელებისათვის, საჯარო მოხელეებისთვის

მოქალაქე თავად აირჩევს მისთვის სასურველ სადაზღვევო კომპანიას

საქართველოში ლიცენზირებულ ყველა სადაზღვევო კომპანიას, ვინც ეთანხმება “თამაშის დადგენილ წესებს”, ექნება თანაბარი უფლება გახდეს სადაზღვევო მომსახურების მიმწოდებელი

განხორციელდება მოკლევადიანი (ერთწლიანი) სადაზღვევო ხელშეკრულებების ჩანაცვლება უვადო სადაზღვევო ხელშეკრულებებით

დაწესდება გამათანაბრებელი პრემია დაზღვევაზე თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის მიზნით მთავრობა უზრუნველყოფს სადაზღვევო კომპანიებს შორის სამართლიანი კონკურენციის პირობების დაცვას

სადაზღვევო კომპანიებისათვის გადასაცემი პორტფელის მახასიათებლები

თბილისში და იმერეთში დაზღვეულების რაოდენობა 181 122 დაახლოებით 72400 ოჯახი, სადაზღვევო პრემიის საერთო მოცულობა 15 095 400 ლარი

უახლოესი პერიოდის მიზნობრივი პროგრამები სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა დამატებით 473 000 მოქალაქე , დაახლოებით 189200 ოჯახი სავარაუდო პრემია - 38 313 000 ლარი

პილოტური პროექტი – თბილისში და იმერეთში მაცხოვრებელი სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოქალაქეების დაზღვევა

სადაზღვევო მომსახურების შესყიდვას აწარმოებს სოციალური დაზღვევის ერთიანი ფონდი სადაზღვევო ვაუჩერის განაღდების გზით.

სფონდი აფორმებს სადაზღვევო მომსახურების შესყიდვის ხელშეკრულებას, რომლის მონაწილე შეიძლება გახდეს ნებისმიერი საქართველოში ლიცენზირებული სადაზღვევო ორგანიზაცია, ყველა, ვინც დაეთანხმება ხელშეკრულების პირობებს.

სადაზღვევო ვაუჩერი

სამინისტრო უზრუნველყოფს თითოეული ბენეფიციარი ოჯახისთვის სადაზღვევო ვაუჩერის გადაცემას (საოჯახო ვაუჩერი). თითოეული ბენეფიციარი ოჯახი თავად ირჩევს მისთვის სასურველ სადაზღვევო კომპანიას ხელშეკრულების გაფორმებიდან ორი თვის განმავლობაში.

ის ბენეფიციარი ოჯახები, რომლებიც ამ პერიოდის განმავლობაში არ გააკეთებენ დამოუკიდებელ არჩევანს, გადანაწილდებიან ხელშეკრულებაში მონაწილე კომპანიებს შორის იგივე პროპორციით, რა პროპორციითაც მოხდება დაზღვეულების გადანაწილება თავისუფალი არჩევანის საფუძველზე

სადაზღვევო პერიოდი

სადაზღვევო ხელშეკრულება თითოეული ოჯახისთვის ძალაში შედის ერთდროულად და განისაზღვრება სადაზღვევო პერიოდის დაწყებიდან ერთი წლით. სადაზღვევო ხელშეკრულების ძალაში შესვლამდე დაზღვეულის სამედიცინო მომსახურებას უზრუნველყოფს ფონდი. პრემიის გადახდა იწარმოება ყოველთვიურად

გამათანაბრებელი პრემია

სადაზღვევო პრემიის საერთო ოდენობა თითოეულ დაზღვეულზე განისაზღვრება საბაზისო და გამათანაბრებელი პრემიით. გამათანაბრებელი პრემია დამოკიდებულია ასაკზე.

მოთხოვნები ხელშეკრულებაში მონაწილე სადაზღვევო კომპანიების მიმართ

უზრუნველყონ ბენეფიციარების დაზღვევაზე ხელმისაწვდომობა დაუშვებელია რაიმე მიზეზით ბენეფიციარი ოჯახისთვისთვის დაზღვევაზე უარის თქმა. დაუშვებელია ბენეფიციარი ოჯახისთვის რაიმე მიზეზით დაზღვევის ხელშეკრულების გაგრძელებაზე უარის თქმა. დაუშვებელია სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში რომელიმე ბენეფიციარი ოჯახისთვის სადაზღვევო ხელშეკრულების გაუქმება, ან აღებულ ვალდებულებებზე უარის თქმა. სამედიცინო მომსახურების მიწოდების კონტრაქტირებისას სადაზღვევო კომპანიამ უნდა უზრუნველყოს სახელმწიფოს მიერ დადგენილი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის კრიტერიუმების დაცვა. არ უნდა არსებობდეს რაიმე ბარიერები და შეზღუდვები პროვაიდერებს შორის ბენეფიციარებისათვის გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების მიღებისას თითოეული კომპანია ვალდებულია მიაწოდოს ფონდს: ყველთვიური ანგარიში დაზღვეულ ბენეფიციარებზე და გადახდილ ზარალებზე (ზარალების ბორდერო) ხელშეკრულებით დადგენილი ფორმით და პროცედურების დაცვით ყოველწლიური ანგარიში, ამ ხელშეკრულებით მიღებული პორტფელის შესაბამისი ტექნიკური რეზულტატის შესახებ. უზრუნველყოს დაზღვეულების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის კონფიდენციალურობა შექმნას დაზღვეულების საჩივრებისა და პრეტენზიების განხილვის შიდა პროცედურა, რომელიც უზრუნველყოფს დაზღვეულის უფლებას ზედმეტი ბარიერების გარეშე დაუკავშირდეს, ან შეხვდეს კომპანიის წარმომადგენელს სადაზღვევო, ან სამედიცინო მომსახურებაში არსებული პრობლემების მოგვარების მიზნით. პრეტენზიებისა და სადაო საკითხების განხილვის მიზნით შეიქმნება საბჭო სახელმწიფო სააგენტოების და ყველა მონაწილე სადაზღვევო კომპანიის წარმომადგენლის მონაწილეობით

განხორციელების ეტაპები

I ეტაპი

შესწორება კანონში “დაზღვევის შესახებ”

სადაზღვევო გაუქმების დაკანონება კანონში “დაზღვევის შესახებ” შესწორებების მიღებით

ხელშეკრულების გაფორმება ფონდსა და სადაზღვევო კომპანიებს შორის

საინფორმაციო კლიპების და პუბლიკაციების მომზადება მომზადება,

ბენეფიციარების ბაზის გამოქვეყნება სამინისტროს ვებ-საიტზე

II ეტაპი

სამინისტრო უზრუნველყოფს საოჯახო გაუქმების დარიგებას ბენეფიციარი ოჯახებისათვის თბილისში და იმერეთში

III ეტაპი

თვისუფალი არჩევანის საფუძველზე ხდება სადაზღვევო ხელშეკრულებების გაფორმება გაბენეფიციარ ოჯახებთან

IV ეტაპი

დაზღვეულების ერთიანი რეესტრის შექმნა, დაუზღვეველი ბენეფიციარების გადანაწილება სადაზღვევო კომპანიებს შორის

V ეტაპი

სადაზღვევო პერიოდის დასაწყისი

15.4. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სახეები

ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა სხვადასხვა როლს თამაშობს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემაში. მისი კლასიფიკაცია სწორედ ამ როლებთანაა დაკავშირებული.

ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სამი სახე არსებობს:

- < ჩანაცვლებითი (Substitutive)
- < შევსებითი (Complementary)
- < დამატებითი (Supplementary)

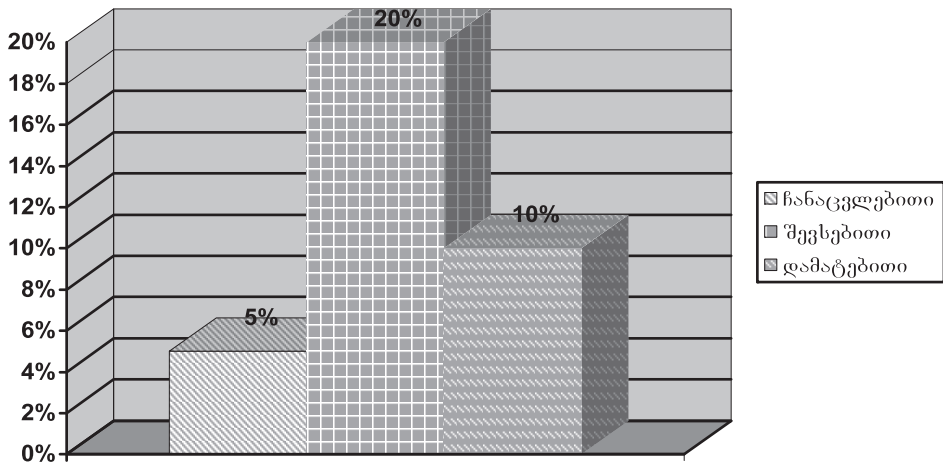
ზოგიერთი მკვლევარი კერძო დაზღვევის ოთხ კატეგორიას გამოყოფს (OECD Adhoc Group): პირველადი, დუბლიკატური, შევსებითი (Complementary) და დამატებითი (Supplementary)¹. ასეთ დაყოფაში “პირველადი” შეესაბამება ჩანაცვლებით (Substitutive) კერძო დაზღვევას.

ცხრილი 12: ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სახეები

ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის სახე	მოცუვა
ჩანაცვლებითი (Substitutive)	სავალდებულო დაზღვევის ზოგი ან ყველა ასპექტიდან გამორიცხული პირები (მაღალშემოსავლიანები ნიდერლანდებში), ან უფლება აქვთ აირჩიონ კერძოსა და სავალდებულო სქემას შორის (მაღალშემოსავლიანები გერმანიაში)
შევსებითი (Complementary)	სახელმწიფო პროგრამებში ჩაურთველი სერვისები (სტომატოლოგია) ან ნაწილობრივ ჩართული სერვისები (სავალდებულო პირდაპირი გადახდა)
დამატებითი (Supplementary)	მომწოდებლების თავისუფალი არჩევანის გაზრდა, სერვისების სწრაფი ხელმისაწვდომობა

წყარო: Sarah Thomson and Elias Mossialos, 2004

ნახაზი 11: ჩანაცვლებითი, შევსებითი და დამატებითი ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის პროცენტული წილი ევროკავშირის ქვეყნებში



წყარო: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003

15.4.1 ჩანაცვლებითი (Substitutive) ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა

ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის ჩანაცვლებითი ფორმა მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფისათვის წარმოადგენს ქვეყანაში არსებული სავალდებულო დაზღვევის სისტემის ალტერნატიულ (პირველად, ჩანაცვლებით) ფორმას, ანუ მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფისათვის სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა ჩანაცვლებულია ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევით.

აშშ-ში ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა უმთავრეს წარმოადგენს არაღარიბი მოსახლეობისათვის, რომელთა ასაკი 65 წელს აღემატება.

ევროპის ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემები ძირითადად საერთო გადასახადებით (general taxation) ან დაქირავებულებიდან და დამქირავებლებიდან სადაზღვევო შენატანებით ფინანსდება. ეს ნიშნავს, რომ სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემაში მონაწილეობა როგორც წესი სავალდებულო ხასიათს ატარებს. თუმცა, მოსახლეობის სპეციფიკური ჯგუფებისათვის ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა შესაძლებელია დაზღვევის ერთადერთ სახეს წარმოადგენდეს. ჩანაცვლებითი ჯანმრთელობის დაზღვევა ლიმიტირებულია მოსახლეობის სპეციფიკური ჯგუფებისათვის. მათ განეკუთვნებიან:

< პირები, რომლებიც გამოთიშული არიან ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო სისტემის ზოგი ან ყველა ასპექტიდან (მაღალშემოსავლიანი პირები ნიდერლანდებში);

< პირები, რომლებიც კანონით თავისუფლდებიან სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის გადასახადისაგან და აქვთ უფლება აირჩიონ კერძო ან სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა (მაღალშემოსავლიანი პირები გერმანიაში, სახელმწიფო მოხელეები ესპანეთში).

ჩანაცვლებითი ჯანმრთელობის დაზღვევის შემთხვევაში მოსახლეობის ამ ჯგუფებისათვის ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა მოიცავს სამედიცინო დახმარების იმავე სახეებს, რაც სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევითაა გათვალისწინებული, ანუ ხდება დაზღვევის არსებული სისტემის მეორეთი ჩანაცვლება.

ჩანაცვლებითი ჯანმრთელობის დაზღვევის უფლება შეიძლება დამოკიდებული იყოს შემოსავლებზე (გერმანია, ნიდერლანდები), დასაქმებულის სტატუსი (თვითდასაქმებულები ავსტრიაში, ბელგიაში და გერმანიაში), საქმიანობა (გარკვეული პროფესიები ავსტრიაში).

მოსახლეობის შემდეგი ჯგუფები გამორიცხული არიან სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემიდან:

ნიდერლანდები – პირები, რომელთა შემოსავალი აღემატება 30 700 ევროს (2002 წ.) გამორიცხული არიან სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სქემიდან, რომელიც მოიცავს ამბულატორიულ და სტაციონარულ (მკურნალობის პირველი წელი) მკურნალობას (მოსახლეობის 28,9 % - 1999 წ.) (Vektis, 2000). ნიდერლანდებში ერთდროულად სამი სადაზღვევო სისტემა არსებობს. პირველი – უნივერსალური სქემა საგანგებო სამედიცინო ხარჯებისათვის (AWBZ), რომელიც მოიცავს მთელ მოსახლეობას და ემსახურება საავადმყოფოში ხანგრძლივი (პირველი 365 დღის შემდეგ) და ძვირადღირებულ მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯების დასაფინანსებლად, ასევე მოხუცთა სახლებში და ფსიქიატრიულ კლინიკებში სამედიცინო მომსახურებისათვის (Ministry of Health, Welfare and Sport 2000). აღნიშნულ სქემაში მონაწილეობენ როგორც სავალდებულო, ასევე ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის კომპანიები. დაზღვევის მეორე სქემა (ZFW) უზრუნველყოფს 65 წლამდე დაქირავებულთა ავტომატურ სახელმწიფო დაზღვევას, რომელთა შემოსავალი 30 700 ევროზე ნაკლებია, აგრეთვე სახელმწიფო შეღავათებზე მცხოვრებთა და თვითდასაქმებულებს³. პირები, რომელთა შემოსავალი ზემოაღნიშნულ ზღვარს ზევითაა, კანონით გამორიცხული არიან სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სქემიდან და შეუძლიათ გამოიყენონ ჩანაცვლებითი ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემა. ჯანდაცვის

სისტემის დაფინანსების მესამე დონე მოიცავს დამატებით და შევსებით ნებაყოფლობით ჯანმრთელობის დაზღვევას.

ბელვია – თვითდასაქმებულები გამორიცხული არიან სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სქემიდან, რომელიც მოიცავს მცირე რისკებს.

გერმანია – თვითდასაქმებულები გამორიცხული არიან სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სქემიდან, მიუხედავად იმისა, ისინი წინათ იყვნენ თუ არა სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სქემაში, გამონაკლისს შეადგენენ პირები, რომლებზეც ვრცელდება ეხება სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა, მაგ., ფერმერები.

გერმანია – აქტიური ან გადამდგარი სახელმწიფო მოხელენი გამორიცხული არიან სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სქემიდან, რადგან მათზე თითქმის ყველა სახის სამედიცინო მომსახურებას პირდაპირ სახელმწიფო აფინანსებს. მხოლოდ მცირე სახეობზე მათ ესაჭიროებათ ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა. ამიტომ ისინი უფრო მეტად დამატებით დაზღვევას ყიდულობენ, ვიდრე ჩანაცვლებითს.

ესპანეთი – მოსახლეობის ერთი პროცენტი არაა მოცული სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სქემით (მაგ., დამოუკიდებელი მოსამართლეები). 1998 წელს ამ პირებიდან 60 % ჩანაცვლებითი ჯანმრთელობის დაზღვევა შეიძინეს. კვლევების მიხედვით, მათ შეადგენენ მალაშემოსავლიანი და მაღალი განათლების მქონე პირები (Rodríguez, 2001). ესპანეთში სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულებს შეუძლიათ დატოვონ ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო სისტემა (რომელსაც მართავს სოციალური დაცვის ეროვნული სააგენტო IN-SALUD) და გაწევრიანდნენ სახელმწიფოს მიერ სუბსიდირებულ ჯანმრთელობის დაზღვევის სქემაში (MUFACE), რომელიც ფარავს აგრეთვე მათზე მატერიალურად დამოკიდებულ ოჯახის წევრებსაც (დაახლოებით 85 % გაწევრიანდა MUFACE-ში)⁸. 1990 წელს პორტუგალიის კანონმდებლობის მიხედვით, მოქალაქეებს შეუძლიათ დატოვონ სახელმწიფო სისტემა, თუმცა აღნიშნული კანონი ჯერ კიდევ არ გამოყენებულა (Dixon and Mossialos 2000)⁸. 1990-იან წლებში დაზღვევის სახელმწიფო სისტემიდან გასვლის შესაძლებლობას იტალიის მთავრობაც განიხილავდა⁸.

საფრანგეთი – ჩანაცვლებით ჯანმრთელობის დაზღვევას ყიდულობენ რამდენიმე ასეული მესახლვრე პირები (Sandier, Ulmann, 2001).

მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფებს უფლება აქვთ აირჩიონ ნებაყოფლობითსა და სავალდებულო დაზღვევის სქემას შორის. მათ განეკუთვნებიან:

გერმანია - პირებს, რომელთა შემოსავალი აღემატება 40 000 ევროს (მოსახლეობის დაახლოებით 20 %) შეუძლიათ გამოვიდნენ სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სქემიდან (Busse, 2001). ამასთან კერძო დაზღვევის სისტემის არჩევის შემდეგ კანონით მათ ეკრძალებათ სახელმწიფო სისტემაში დაბრუნება. სახელმწიფო მოხელეებს და თვითდასაქმებულებს შეუძლიათ დარჩნენ სახელმწიფო სისტემაში, თუ ისინი გარკვეული დროის განმავლობაში შედიოდნენ სახელმწიფო დაზღვევის სქემაში. რადგანაც ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის გერმანული ბაზარი კონკურენციას უწევს სახელმწიფო სექტორს, ჩანაცვლებითი ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისი დაზღვევის ერთ სახეზე მეტს ფარავს და შესაძლებელია დამატებით უზრუნველყოს ისეთი პირობები, როგორიცაა: სამედიცინო მომსახურების სწრაფი ხელმისაწვდომობა და სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების ფართო არჩევანი.

ავსტრია – 1999 წლის შემდეგ როდესაც სოციალური უსაფრთხოების კანონით თვითდასაქმებულთა გარკვეულ ჯგუფებს (ვეტერინარი ექიმები, ნოტარიუსები, მღვდლები) უფლება აქვთ გამოვიდნენ სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სქემიდან, თუ შესაბამისი პროფესიული ორგანიზაციები მათთვის შეიძენენ ჩანაცვლებით ნებაყოფლობით ჯანმრთელობის დაზღვევას.

მოსახლეობის რაოდენობა რომელიც მოცულია ჩანაცვლებითი ჯანმრთელობის დაზღვევით შეადგენს დაახლოებით 0,2 %-ს (Hofmarcher, 2001).

ჯანმრთელობის ჩანაცვლებითი სადაზღვევო სქემა განვითარებად ქვეყნებშიც დაინერგა. მოსახლეობის შეძლებულ ნაწილს მიეცა უფლება აერჩიათ კერძო და სახელმწიფო სავალდებულო დაზღვევას შორის (სამხრეთ აფრიკის რესპუბლიკა). თუმცა ზოგიერთი მკვლევარი მიიჩნევს, რომ ჯანმრთელობის ჩანაცვლებითი სადაზღვევო სქემა, რისკის გადანაწილების სეგმენტირებული მექანიზმებისა და მზღვეველთა მიერ კარგი რისკების არჩევის გამო, უარყოფით გავლენას ახდენს სადაზღვევო ბაზრის განვითარებასა და ქვეყანაში ჯანდაცვის დაფინანსების სტაბილურობაში¹⁹.

15.4.2. შპსსებითი (Complementary) ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა

ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის საშუალებით შესაძლებელია სამედიცინო დახმარების იმ სახეების ნაწილობრივი, ან მთლიანი უზრუნველყოფა, რომლებსაც საერთოდ არ მოიცავს (მაგ., სტომატოლოგია), ან ნაწილობრივ მოიცავს სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემა (სავალდებულო თანაგადახდა). ასე მაგალითად, სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში თანაგადახდის არსებობისას, მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი ცდილობს დამატებით დაუზღვიოს ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის კომპანიაში, რითაც ავადმყოფობის შემთხვევის დადგომისას თანაგადახდისაგან თავისუფლდება.

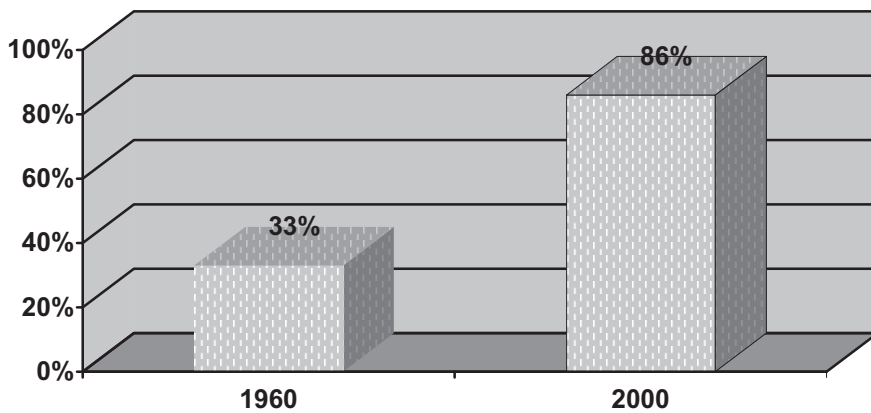
შევსებითი ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა დასავლეთ ევროპის ყველა ქვეყანაში გავრცელებულია, თუმცა სხვადასხვა ფორმებით. იგი განსაკუთრებით იმ ქვეყნებშია გავრცელებული სადაც ჯანდაცვის ნაციონალური სისტემები ფუნქციონირებენ, რომლის დროსაც სამედიცინო მომსახურება გარკვეულ პრობლემებთანაა დაკავშირებული (მაგალითად, დაცდის დროები, სასურველი პროვაიდერების არჩევა და ა. შ.). შევსებითი ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა ფარავს თანაგადახდას ბელგიაში, დანიაში, შვეიცია (ძირითადად მედიკამენტები, სტომატოლოგიური მომსახურება), საფრანგეთში (ამბულატორიული სამედიცინო დახმარება), ირლანდიაში (ამბულატორიული სამედიცინო დახმარება), ლუქსემბურგში (სტაციონარული სამედიცინო დახმარების თანაგადახდა), ნიდერლანდებში (ძირითადად სტომატოლოგიური მომსახურება).

ავადმყოფებს შევსებითი ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა შეუძლიათ გამოიყენონ ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების ხარჯების დასაფარავად ავსტრიაში, ბელგიაში, ირლანდიაში, ესპანეთში, იტალიაში, პორტუგალიაში, საფრანგეთში. შევსებითი ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევით სტომატოლოგიური სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ნაწილის დაფარვა შესაძლებელია ბელგიაში (მხოლოდ დაქირავებულთათვის), დიდ ბრიტანეთში, გერმანიაში, დანიაში, ლუქსემბურგში, ნიდერლანდებში, საფრანგეთში.

აქვე აღსანიშნავია, რომ შევსებითი ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა არცთუ ისე მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ევროპის ქვეყნებში (შედარებით მცირე რენტაბელობის გამო)⁸. ამ მხრივ გამონაკლისს წარმოადგენენ საფრანგეთი (86 %), სლოვენია (70 % - 1993), კანადა (60 %), ავსტრალია (40 %), ირლანდია (40 %), ფინეთი (40 %), ახალი ზელანდია (35 %) (OECD 2004a; 51).

საფრანგეთში სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზისურ პაკეტში შემავალ სამედიცინო დახმარების ბევრ სახეებზე თანაგადახდა დაწესებული, მოსახლეობა ცდილობს მის დას აფარავდ ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის კომპანიებში დაეზღვიოს. საფრანგეთში შევსებითი ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისის მქონე პირთა რაოდენობა 33 %-დან (1960) 86 %-მდე (2000) გაიზარდა და შეადგენს ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 13 %-ს (Sandier et al 2004). ასევე, სლოვენიაში შევსებითი ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისის მქონე მოსახლეობის რაოდენობამ 70 %-ს მიაღწია (1993), რაც ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 11 % შეადგენს (Albreht et al 2002).

ნახაზი 12: შევსებითი ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის ზრდა საფრანგეთში



წყარო: Sandier et al 2004).

15.4.3. დამატებითი (Supplementary) ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა

დამატებითი ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა გულისხმობს სამედიცინო დახმარების იმ სახეების დაფინანსებას, რომლებიც საერთოდ არ შედიან სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სქემაში, ან შედის მაგრამ დამატებითი დაზღვევით პაციენტს სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების თვისუფალი არჩევანის უფლება აქვს, რაც ზრდის სერვისების სწრაფ ხელმისაწვდომობას (გვემიური სამედიცინო დახმარების ან სპეციალისტთან კონსულტაციის ურიგოდ მიღება).

ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის კომპანიები დაზღვეულებს სთავაზობენ როგორც მაღალი ხარისხით მომსახურებას, აგრეთვე მომსახურების განსაკუთრებულ პირობებს (ცალკე, კეთილმოწყობილ პალატაში მკურნალობა, რომელსაც აქვს საკუთარი აბაზანა, ტელევიზორი, მაცივარი და სხვ.).

საქმე იმაშია, რომ სპეციალისტებთან კონსულტაციების ჩატარების პირობები შეზღუდულია. ამისათვის საჭიროა ზოგადი პრაქტიკის ექიმების მიმართუა და ხანგრძლივი რიგის გავლა. ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის კომპანიებში დაზღვეულთათვის ასეთი შეზღუდვები არ ვრცელდება. პაციენტს უფლება აქვს საჭირო სამედიცინო დახმარება მისთვის სასურველ დროს ჩაიტაროს.

დამატებით ნებაყოფლობით ჯანმრთელობის დაზღვევას ზოგჯერ “ორმაგ დაფარვას” (Duplicate) უწოდებენ. იგი განსაკუთრებით იმ ქვეყნებშია გავრცელებული, სადაც ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემები ფუნქციონირებენ (დიდი ბრიტანეთი, საბერძნეთი, ესპანეთი, იტალია, პორტუგალია). დიდ ბრიტანეთში ჯანმრთელობის დამატებითი დაზღვევა უზრუნველყოფს ხანგრძლივი რიგების თავიდან არიდებას, კერძო მიმწოდებლების სწრაფ ხელმისაწვდომობას, სტაციონარებში მაღალი ხარისხით მომსახურებას.

აქვე აღსანიშნავია, რომ განვითარებულ ქვეყნებში დამატებითი ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზარი მცირეა. გამონაკლისს წარმოადგენს კანადა, რადგან მისი მოსახლეობის 65 % ასეთი სახის ნებაყოფლობითი დაზღვევითაა მოცული. კანადაში კანონის საფუძველზე ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევით შესაძლებელია მხოლოდ იმ მომსახურების მოცვა, რომელიც არ შედის სახელმწიფო სისტემაში. ასეთ სარგებელს ძირითადად წარმოადგენს მედიკამენტები, სტომატოლოგიური მომსახურება, გახანგრძლივებული სამედიცინო დახმარება, რეაბილიტაცია, ბინაზე მოვლა²⁰. დამატებითი ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევას მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია აგრეთვე შვეიცარიაში²⁰.

ნიდერლანდებში მოსახლეობა დამატებით დაზღვევას ყიდულობს ისეთი სერვისებისათვის, როგორიცაა: სტომატოლოგიური მომსახურება, ფიზიოთერაპია, კოსმეტიკური ქირურგია. ამასთან, ასეთ შემთხვევაში, სადაზღვევო ფონდი თვითონ აწესებს სადაზღვევო შენატანის დონეს და უფლება აქვთ თავიანთი სურვილით შეარჩიონ სადაზღვევო კონტიგენტი. დამატებითი დაზღვევით ნიდერლანდების მოსახლეობის 93% სარგებლობს²².

15.5. სარბმზლის პაკეტი

კონკურენციის თვალსაზრისით ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ბაზარზე მნიშვნელოვანია, რომ მოსახლეობას შეეძლოს სარგებლის სხვადასხვა პაკეტების შედარება. სტანდარტული მინიმალური პაკეტის რეგულირების არარსებობის პირობებში კონკურენციის შესაძლო დადებითი ეფექტი, რომელიც დაფუძნებულია სამომხმარებლო არჩევანზე, მნიშვნელოვნად მცირდება⁸.

კერძო სადაზღვევო მომსახურების ყიდვისას ბევრ ქვეყნებში მომხმარებელთა უმეტესობამ ხშირად ზუსტად არც იციან, რა სარგებლებს სთავაზობენ მათ სადაზღვევო კომპანიები. მარგულირებელი ორგანოები ზეწოლას ახდენენ კომპანიებზე, რომ სარგებლის პაკეტში ზუსტად მიუთითონ მომსახურების სახეები (Ellwood et al. 1992). მაგ. თავისუფალი კონკურენციის ბრიტანული სამსახური (Office of Fair Trading, 1998) რეკომენდაციას იძლევა, რომ სადაზღვევო კომპანიებმა შეიმუშაონ ტესტური ან ბაზისური პროდუქტი, რომელიც მომხმარებელს შეუმსუბუქებს სხვადასხვა პროდუქტებს შორის შედარებას⁸. თუმცა მზღვეველებს, როგორც წესი, არ სურთ დაემორჩილონ აღნიშნულ წესს. საბაზისო პაკეტის დადგენამდე მომხმარებელი არ ფლობს სრულ ინფორმაციას იმის შესახებ, თუ რითი განსხვავდება მოცემული კომპანიის მიერ შემოთავაზებული სარგებლის პაკეტი სხვა კონკურენტი კომპანიების მიერ შემოთავაზებული სარგებლის პაკეტისგან.

15.6. პრემიების დადგენა

პრემიები დგინდება ინდივიდუალური რისკის (ანუ ავადობის საფრთხის ინდივიდუალური შეფასების საფუძველზე), საზოგადოებრივი რისკის (მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფის გასაშუალოებული რისკის შეფასების საფუძველზე), ჯგუფობრივი რისკის (დაწესებულების პერსონალის

გასაშუალოებული რისკის შეფასების საფუძველზე) მიხედვით. მაღალრისკიან პირებზე, რომლებიც ხშირად საჭიროებენ სამედიცინო დახმარებას, სადაზღვევო ორგანიზაციებს დაწესებული აქვთ მაღალი სადაზღვევო პრემია⁸. შეინიშნება შედარებით ჯანმრთელი პირების დისკრიმინაცია, რადგან ისინი იშვიათად იყენებენ სამედიცინო მომსახურებას⁸. რადგანაც არსებობს ბევრ ადამიანებს შორის ფინანსური რისკის გაყოფის შესაძლებლობა, კერძო სადაზღვევო ორგანიზაციები უფრო მეტად ჯგუფობრივ (ჩვეულებრივ დაქირავებული მუსაკები) დაზღვევას აკუთვნებენ უპირატესობას⁸. ამის გამო, ინდივიდუალური დაზღვევის ღირებულება იზრდება, რაც ნაკლებად ხელმისაწვდომია ღარიბი მოსახლეობისათვის, რომელთა ავადობის რისკი საშუალოზე მაღალია (Chollet and Lewis 1997). ფართოდ განიხილებოდა დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობის დაზღვევისათვის სამთავრობო სუბსიდების გამოყოფის შესაძლებლობა (Ellwood *et al.* 1992), თუმცა ასეთი სქემების დანერგვა გარკვეულ სირთულეებთანაა დაკავშირებული⁸.

რაც მეტია ასაკი, მით მეტია მკურნალობის საჭიროება, რის გამოც კერძო დაზღვევის კომპანიები ახდენენ პენსიაზე გასვლის შემდეგ ასაკოვან ადამიანთა პრემიების გაძვირებას, ანუ პენსიონერებს მხოლოდ მაღალი პრემიის გადახდით შეუძლიათ მიიღონ ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა. ასე მაგალითად, სამხრეთ აფრიკაში და ჩილეში პენსიონერები კერძო სადაზღვევო სქემიდან გამოირიცხებიან და სახელმწიფო დაზღვევის სისტემაში გადადიან (van den Heever 1998).

კერძო დაზღვევის კომპანიებმა შესაძლოა რისკების საერთო ჯამიდან გამოირიცხონ გარკვეული პირობები, რის შემდეგაც მომსახურების შესაძლო ხარჯების ნაწილი ეკისრება სახელმწიფოს. როგორც კი სახელმწიფო აიძულებს კერძო სადაზღვევო კომპანიებს, რომ მომსახურება გაუწიოს შედარებით ნაკლები ჯანმრთელობის ხალხს, ჩნდება საშიშროება, რომ მათ დატოვონ ბაზარი.

საზოგადოებრივი რისკების სქემა დაფუძნებულია სოციალური სამართლიანობის პრინციპებზე. მაგრამ კერძო დაზღვევის პირობებში დაბალი რისკის (შედარებით ჯანმრთელი) პირები საზოგადოებრივი რისკის საფუძველზე გათვლილ პრემიებს ძვირადღირებულად მიიჩნევენ და შეიძლება დატოვონ იგი და ინდივიდუალური სქემით დაეზღვიონ. ამის შედეგად, შედარებით მაღალი რისკების ერთად კონცენტრაციის გამო, საზოგადოებრივი რისკების საფუძველზე გათვლილი პრემიები უფრო ძვირადღირებული ხდება, ხოლო თვით დაზღვევა – ნაკლებად ხელმისაწვდომი.

ქვეყნის მთელი მოსახლეობის ერთიანი გაერთიანებული ფონდის (Pოოლინგ, ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემის მსგავსად) არარსებობისას, მარეგულირებელმა ორგანოებმა უნდა დაადგინონ გაერთიანების (Pooling) წესები, რადგან არარეგულირებადი ბაზარი მის ფრაგმენტაციას გამოიწვევს, მოსახლეობის შედარებით მაღალრისკიანი პირები დაზღვევის გარეშე დარჩებიან (ე. წ. “ნაღების მოხდა”), რაც შეუთავსებელია ქვეყნის სოციალურ ამოცანებთან. ამის მაგალითია ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ექპორტი ლათინურ ამერიკაში. მექსიკაში სახელმწიფო სექტორის ეფექტურობის გასაზრდელად შემოღებულ იქნა სქემა, რომლის მიხედვით, შედარებით მაღალშემოსავლიან პირებს შეეძლოთ გამოსულიყვნენ სოციალური დაზღვევის სისტემიდან და სადაზღვევო შენატანები კერძო დაზღვევის კომპანიებში შეეტანათ (იგივე განხორციელდა ჩილეში). აღნიშნული სქემა შემდგომ უარყოფილ იქნა, რადგან ნათელი გახდა, რომ “კარგი რისკების” კერძო სექტორში მიგრაციით სახელმწიფო მხოლოდ “ცუდი რისკების” პირისპირ რჩებოდა და შესაბამისად სამედიცინო დახმარების ღირებულების ზრდას განაპირობებდა.

ა.შ.შ.-ში დაზღვევა ძირითადად ჯგუფობრივ რისკებზეა დაფუძნებული. დამქირავებელთა სადაზღვევო სქემები მოსახლეობის 90 %-ს მოიცავენ, რომლებიც კერძო დაზღვევაში არიან გაერთიანებული (Gruber 1998). მსხვილი დამქირავებლებისათვის ჯგუფობრივი დაზღვევა უფრო ხელსაყრელია, ვიდრე ინდივიდუალური დაზღვევა ან ჯგუფობრივი რისკის შეფასების საფუძველზე

დაზღვევა მცირე დაქირავებლებისათვის. მთ შორის, ვისაც არ აქვთ არაერთი დაზღვევა, წარმოადგენენ მცირე საწარმოების დაბალშემოსავლიანი პირები. მცირე საწარმოებისათვის დაწესებული პრემიების საშუალო ზომა დაახლოებით 10 %-ით აღემატებოდა დიდ საწარმოებთან შედარებით. მცირე საწარმოებისათვის გამიზნული სადაზღვევო შეღავათებიც ხშირად დაბალი იყო, ხოლო ფრანშიზები – მაღალი (Gabel *et al.* 1999). ჯგუფობრივი პრემია უფრო მსხვილ ფონდებში (Pool) შემავალი დაქირავებულთათვისაა ხელსაყრელი, მცირე საწარმოების დაქირავებულები და დაქირავების გარეშე მუშაკები იძულებული არიან შედარებით მაღალი პრემია გადაიხადონ.

15.7. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის რეგულირების სირთულეები

ჯანდაცვის სექტორში უმნიშვნელოვანესი როლი ეკისრება სამედიცინო ბაზრის რეგულირებას. საშუალებების ეფექტური გამოყენებისა და დანახარჯების კონტროლის გზით რეგულირებადი ბაზარი უზრუნველყოფს ნორმალურ კონკურენციას. აქვე აღსანიშნავია, რომ ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ბაზარი არასაკმარისად რეგულირდება. ა.შ.შ.-ში რეგულირების შესაფერისი სქემის შექმნის მიზნით, მეცნიერთა, მზღვეველთა და მიმწოდებელთა ჯგუფმა 1992 წელს ჯექსონპოლში (ვაიმიზგოს შტატი) ჩაატარა კონფერენცია (Ellwood *et al.* 1992). ჯგუფის ძალისხმევით გამოვლინდა რიგი სირთულეები, რომელთა დაძლევა აუცილებელია ჯანდაცვის კონკურენტუნარიანი ბაზრის ჩამოსაყალიბებლად. ჯგუფის მიერ გამოვლენილ იქნა ა.შ.შ.-ში ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზარზე არსებული სირთულეების 6 მიზეზი:

< მოთხოვნა, რომელიც არ ითვალისწინებს დანახარჯებს: მესამე მხარის (მზღვეველის) არსებობის გამო, რომელიც პასიურად ახდენს ანაზღაურებას, არც მიმწოდებლებს და არც მომხმარებლებს არ აქვთ საშუალებების ეკონომიის სტიმული.

< რისკების წინასწარგანზრახული არჩევა როგორც მოგების წყარო: დამზღვევეებს შეუძლიათ დააგროონ მოგება თავიანთი პროდუქტის მოდიფიკაციის რაოდენობის გაზრდით და “ნაღების მოხდით”.

< ბაზრის დანაწევრება, რომელიც იწვევს ფასისმიერი კონკურენციის მინიმიზაციას: შეღავათების მრავალგვარი პაკეტების დიდი რაოდენობა იწვევს ბაზრის ფრაგმენტაციას, ართულეებს ურთიერთშედარების პროცესს და პრაქტიკულად შეუძლებელს ხდის ფასის მიხედვით არჩევანის გაკეთების შესაძლებლობას.

< ერთი მხრივ ინფორმაციის, მეორე მხრივ შედეგიანობისა და ღირებულების ურთიერთმიმართების არარსებობა: შედეგიანობის შეფასების მიმართ არასაკმარისი ყურადღება, კომპლექსურ (“პაკეტური”) შეთანხმებებთან შედარებით, ცალკეულ შემთხვევების მკურნალობაზე უფრო მეტი აქცენტის გაკეთება.

< მცირე ჯგუფების წევრებისათვის შედარებით მცირე არჩევანი: ა.შ.შ. დასაქმებული მოსახლეობის ნახევარი შედის იმ ჯგუფებში რომლებშიც დასაქმებულთა რაოდენობა 100 ადამიანზე ნაკლებია და დაზღვევის სქემების მხოლოდ მცირე რაოდენობის არჩევანის შესაძლებლობა გააჩნიათ.

< ანომალური სახელმწიფო სუბსიდიები: საგადასახადო “ხვრელები” ხელსაყრელია მხოლოდ მდიდარ დაქირავებულთათვის – რაც უფრო მდიდარია დაზღვეული, მით მეტია სუბსიდია. დაზღვევის სქემებში მუდმივი წევრობის მიზნით სუბსიდიები უმჯობესია ღარიბთათვის იყოს განკუთვნილი.

ბაზრის ზემოაღნიშნული თავისებურებები უნივერსალურია და საჭიროებენ სწორ რეგულირებას. ა.შ.შ.-ში ასეთი სირთულეების თავიდან ასაცილებლად, “ჯექსონპოლმის ჯგუფმა” წარმოად-

გინა რეგულირების რთული სქემა, რომლის უმნიშვნელოვანეს ელემენტებს განეკუთვნებიან:

< საყოველთაო ხელმისაწვდომობა: ფედერალური კანონმდებლობა ნებისმიერ მოქალაქეს მინიმალური პაკეტის გარანტიას აძლევს, რომელიც ფინანდება დამქირავებლის სავალდებულო შენატანების, სამთავრობო სუბსიდიების და პირადი სახსრების ხარჯზე.

< პაკეტის არჩევა: ყოველ შტატში არსებობს ყველაზე მცირე ერთი კოლექტიური მყიდველი (ორგანიზაცია, რომელიც ჯანმრთელობის დაზღვევის მეშვეობით ყიდულობს მომსახურებას), რომელიც შედარებით მცირე დამქირავებლების ინტერესებს გამოხატავენ; ასეთ ორგანიზაციას შეუძლია დამქირავებლების ჯგუფების მიხედვით განახორციელოს რისკების გაერთიანება (Risk Pooling) და დაფინანსების დროს გამოიყენოს მასშტაბის დადებითი ეფექტი.

< სახელმწიფო რეგულირება: იქმნება სტანდარტების დადგენის 3 კომისია, რომლებმაც უნდა უზრუნველყონ ნორმების ერთიანი წესი, კლინიკურ ეფექტურობაზე ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა და ბაზრის ეფექტური მოქმედება.

აღნიშნული გეგმა თეორიულად სწორ, მაგრამ არარეალურ გეგმად იქნა მიჩნეული (Reinhardt 1993). “ჯექსონჰოლის ჯგუფის” მიერ შემოთავაზებული გეგმა წარმოადგენდა მასშტაბურს, რთულს და მოითხოვდა დიდ შენატანებს. თუმცა ცხადი იყო, რომ წესებისა და სტიმულების რთული და შეთანხმებული სისტემის არარსებობის ჯანდაცვის კერძო სადაზღვევო ბაზარი ვერ იფუნქციონირებდა სახელმწიფო პოლიტიკის შესაბამისად.

უკანასკნელ წლებში ევროპის ქვეყნების პოლიტიკის უმნიშვნელოვანეს ამოცანას წარმოადგენს ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის რეგულირება. ევროპის კომისიის დირექტივის მიხედვით, რომლებიც მიმართულია ევროპის ერთიანი სადაზღვევო ბაზრის შექმნისაკენ, ერთიანი ბაზრის საბოლოო მიზანია სადაზღვევო პროდუქტებს შორის არჩევანის გაფართოება და სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენციის გაზრდა (European Commission 1997). 1992 წელს ევროპის საბჭომ წარმოადგინა დაზღვევის შესახებ დირექტივა 92/49/EEC (third non-life insurance directive)²¹. 1994 წლის 1 ივლისს დირექტივა მიღებულ იქნა ევროკავშირის წევრი ქვეყნების ეროვნული კანონმდებლობის მიერ, რითაც ევროკავშირში შეიქმნა ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის ერთიანი ბაზარი.

დირექტივის მეხუთე მუხლის მიხედვით ევროკომისია სადაზღვევო კომპანიებს უფლებას აძლევს:

< დააფუძნონ თავიანთი ფილიალები ან სააგენტოები ევროკავშირის ნებისმიერ ქვეყანაში;

< გაყიდონ თავიანთი სადაზღვევო პროდუქტები ევროკავშირის ქვეყნებში ფილიალის არარსებობის შემთხვევაშიც.

სადაზღვევო კომპანიებს შეუძლიათ მონაწილეობა მიიღონ სადაზღვევო პროდუქტების, მომსახურების და ფასების კონკურენციაში მთელი კავშირის მასშტაბით. დირექტივა დირექტივა მოიცავს შემდეგ მთავარ ცვლილებებს²¹:

< მართვისა და ფინანსური ზედამხედველობის ერთი სისტემა, რომელშიც კომპანიას აქვს თავისი სათაო, ცენტრალური ოფისი (მუხლი 9.1);

< ფინანსური ზედამხედველობა, რომელიც მოიცავს დამზღვევის გადახდისუნარიანობის, ტექნიკური უზრუნველყოფის სისტემის, მის მიერ მოცული აქტივების და მათი არსებულ წესებთან შესაბამისობის კონტროლს (მუხლი 29 და 39);

< სადაზღვევო პრემიების ღირებულებაზე ეროვნული კონტროლის გაუქმება (მუხლი 29 და 39).

ევროკომისიის დირექტივის მიხედვით, თუ კერძო დაზღვევა არის სავალდებულო დაზღვევის მთლიანი (ჩანაცვლებითი დაზღვევის) ან ნაწილობრივი (დამატებითი დაზღვევის) ალტერნატივა⁸.

ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის რეგულირების ორი ასპექტი არსებობს:

< მინიმალური ფინანსური რეგულირება;

< მაღალი მატერიალური რეგულირება.

მინიმალური ფინანსური ან ფრთხილი (prudential) რეგულირება გამოიყენება შევსებითი (Supplementary) დაზღვევის დროს, რომელიც ფოკუსირებულია გადახდისუნარიანობის დონეზე, კერძოდ არის თუ არა დამზღვევი გადახდისუნარიანი;

მაღალი მატერიალური რეგულირება გამოიყენება ჩანაცვლებითი (Substitutive) დაზღვევის დროს, რომელიც ითვალისწინებს ფასისა და სადაზღვევო პროდუქტის კონტროლს (პრემია, სუბსიდირების პრინციპი და. ა. შ), კერძოდ არის თუ არა დამზღვევი გადახდისუნარიანი და ხელმისაწვდომი არის თუ არა ჯანმრთელობის დაზღვევა.

ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის რეგულირება გულისხმობს შემდეგი საკითხებს:

1. ღია გაწვევრიანება (ყველას შეუძლია გაწვევრიანება ნებისმიერ კერძო დაზღვევის კომპანიაში, მიუხედავად ჯანმრთელობის რისკისა);
2. საზოგადოების ერთობაზე შეფასებული (community rated) პრემიები (პრემიები ყველასათვის ერთნაირია მიუხედავად ჯანმრთელობის რისკისა);
3. რისკის კორექციის (risk adjustment) სქემა (პროპორციონალიზმის საჭიროება)
4. მინიმალური საბაზისო პაკეტი
5. მთელი სიცოცხლე (lifetime) დაზღვევა - ყველას აქვს უფლება განაახლოს დაზღვევა სიცოცხლის ნებისმიერ დროს, მიუხედავად ასაკისა, ჯანმრთელობის რისკის და პაციენტის ავადმყოფობის ისტორიისა (ირლანდიაში თუ გაწვევრიანება 13 კვირას აღემატება);

საზოგადოების ერთობაზე შეფასებული (community rated) პრემიები ყველასათვის ერთნაირია მიუხედავად ჯანმრთელობის რისკისა. მაგრამ შეიძლება იყოს გამონაკლისი, მაგ. ირლანდიაში:

1. 18 წლამდე ბავშვებისთვის პრემია არ უნდა აღემატებოდეს სტანდარტული პრემიის 50 %-ს;
2. სრული სწავლების (Full time) სტუდენტებზე (18-23 წლ) – სტანდარტულ პრემიაზე 50%-მეტის შემცირება არ შეიძლება, კერძო დაზღვევის კომპანიებისათვის პრემიის შემცირება სტუდენტებზე ნებაყოფლობითია და არა საავალდებულო;
3. ჯგუფობრივი დაზღვევა – შემცირებული პრემია არ უნდა იყოს სტანდარტული პრემიის 90 %-ზე ნაკლები;
4. პენსიონერები - შემცირებული პრემია არ უნდა იყოს სტანდარტული პრემიის 90 %-ზე ნაკლები

ამასთან თითოეული კატეგორიის შიგნით პრემია ერთნაირია. აგრეთვე, აუცილებელ პირობას წარმოადგენს სადაზღვევო ორგანიზაციაში არანაკლებ 13 კვირიანი წევრობა (The Health Insurance Authority of Ireland).

რისკის კორექციის სქემის მიზანია მოახდინოს სადაზღვევო ორგანიზაციების განსხვავებული ხარჯების თანაბარი ნეიტრალიზება, მათი წევრების სხვადასხვა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო. დაბალრისკიანი სადაზღვევო ორგანიზაცია ტრანსფერს იხდის მაღალრისკიანი ორგანიზაციის სასარგებლოდ. მაგ. ირლანდიაში მოქმედებს რისკის სხვაობის სამი დონე:

1. რისკის სხვაობა 2 %-ზე ნაკლებია – არ ხორციელდება რისკის კორექციის (risk adjustment) სქემა;
2. რისკის სხვაობა 2-10 %-ის ფარგლებშია – ჯანმრთელობის დაზღვევის სამსახური (HIA) რეკომენდაციას აძლევს ჯანდაცვის მინისტრს რომ განხორციელდეს რისკის კორექციის (risk adjustment) სქემა, თუმცა ითვალისწინებს დაზღვეულთა ინტერესებს;
3. რისკის სხვაობა 10 %-ს აღემატება – ჯანმრთელობის დაზღვევის სამსახური (HIA) რეკომენდაციას აძლევს ჯანდაცვის მინისტრს რომ განხორციელდეს რისკის კორექციის სქემა, დაზღვეულთა ინტერესებს გათვალისწინების გარეშე.

მკვლევარების აზრით (Van de Ven and van Vliet 1992; Puig-Junoy 1999), რისკის კორექციის სქემა საჭიროა:

- < სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის რისკთან დაკავშირებული პროპორციონალიზმის საჭიროებისათვის.
- < კომპანიებს ჰქონდეთ რისკთა შერჩევის ნაკლები სტიმული;
- < კონკურენცია არა რისკების შერჩევაზე არამედ ფასზე და ხარისხზე
- < იზრდება სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა.

ვეროკომისიის მიდგომა ერთიანი ბაზრის შესაქმნელად, რომელიც დაფუძნებულია ლიბერალიზაციაზე და რეგულირების შესუსტებაზე, წარმოადგენს არა იმდენად პაციენტის დაცვას, რამდენად დამზღვევთა ფინანსურ სიცოცხლისუნარიანობას⁸. მკვლევართა აზრით, ნებაცხოვრებითი ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზრის ეფექტური მუშაობისათვის და საშუალებების უფრო სამართლიანი განაწილებისათვის აუცილებელია მარეგულირებელი მექანიზმების შემდგომი სრულყოფა.

15.8. სამართლიანი დაზინანსება და ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა

ა.შ.შ.-ში და შვეიცარიაში ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა ჯანდაცვის დაფინანსების რეგრესიულობას განაპირობებს (Wagstaff *et al.* 1999; van Doorslaer *e al.* 1999). მეორე მხრივ, გერმანიაში და ნიდერლანდებში ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის მომხმარებლებად ძირითადად მდიდარი ადამიანები გვევლინებიან; შესაბამისად, აღნიშნული მდგომარეობა ხელს უწყობს დაფინანსების სისტემის პროგრესულობას. იგივე შეინიშნება დიდ ბრიტანეთში და პორტუგალიაში, სადაც ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევას უმეტესად მდიდრები ყიდულობენ (Wagstaff *et al.* 1999). ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სამართლიანობაზე გაუგუნის დასადგენად საჭიროა კომპლექსური ანალიზის ჩატარება. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა დაფუძნებულია ხელმისაწვდომობის ისეთ სისტემაზე, რომელიც გადახდისუნარიანობასთანაა დაკავშირებული და როგორც წესი, ღარიბების, ავადმყოფების და მოხუცი ასაკის პირების მიმართ დისკრიმინაციულ ხასიათს ატარებს. ასეთი დისკრიმინაცია სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით უთანასწორობას ქმნის და საბოლოო ჯამში ღარიბთათვის და მდიდრებისთვის მკურნალობის ხარისხობრივად სხვადასხვა დონეებად დაყოფას განაპირობებს.

სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის პრინციპი შეიძლება დაირღვეს აგრეთვე რისკების ზედმიწევნითი კალკულაციის შედეგად, რომელიც სადაზღვევო ორგანიზაციების მხრიდან შედარებით სასურველი რისკების არჩევის საშუალებას იძლევა. აღნიშნულის შედეგად ა.შ.შ.-ში განუხრელად იზრდება ადამიანთა რიცხვი, რომლებიც ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევით არ არიან მოცული. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ლათინურ ამერიკაში ექპორტმა ცალკეული ქვეყნების სოციალურ ერთობას სერიოზული ზიანი მიაყენა, რადგან ბაზრიდან “ნაღების მოხდის” სტიმულირება გამოიწვია, რის გამოც, “ცუდი რისკები” და მოხუცი ადამიანები იძულებული გახდნენ მხოლოდ სახელმწიფო დაზღვევის სქემაში გაერთიანებულიყვნენ. აღნიშნული ეფექტი გამოვლინდა ჩილეში და ზოგ სხვა ქვეყნებში (მექსიკის გამოკლებით) (Perez_Stable 1999; Stocker *et al.* 1999).

15.9. მაკროეკონომიკური ეფექტურობა

მაკროეკონომიკური ეფექტურობა ძირითადად 2 საკითხს ეხება: ჯანდაცვის დანახარჯებში სახელმწიფო და კერძო დანახარჯების წილი და ჯანდაცვითი დანახარჯების გავლენა შრომის ფასსა და საერთაშორისო კონკურენტუნარიანობაზე.

ემპირიული მონაცემებით, ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯები გავლენას ახდენენ სახელმწიფო ხარჯებზე. ა.შ.შ.-ში ყოველწლიურად იზრდება ასაკოვან პირთა დაზღვევაზე (Medicare) გაწეული ხარჯები (Shore Sheppard *et al.* 2000). ამერიკელი ეკონომისტები ამტკიცებენ, რომ კერძო დაზღვევის დანახარჯების დონე კონკურენტუნარიანობაზე გავლენას არ ახდენს⁸. მკვლევართა აზრით, კერძო დაზღვევაზე დანახარჯები განაპირობებენ არა შრომის ანაზღაურებაზე საერთო ხარჯების ზრდას, არამედ ცვლიან ამ ხარჯების შემადგენლობას (შეღავათები). ფასები არ იზრდება, შესაბამისად პროდუქტის მეიდველუნარიანობა არ მცირდება. სხვა კვლევების მიხედვით, შრომის ანაზღაურებაზე ხარჯების ზრდამ შეიძლება დოლარის კურსი შეცვალოს, ხოლო კონკურენტუნარიანობა არ შემცირდება (Glied 1997). ამასთან, რადგან დაზღვევას უფრო ხშირად დამკვირვებლები უზრუნველყოფენ, მცირდება შრომის ბაზრის მოქნილობა (Gruber 1998).

ქვეყნები ცდილობენ კონტროლი დააწესონ და შეამცირონ ჯანდაცვის დანახარჯები მაკროეკონომიკურ დონეზე. დანახარჯებზე კონტროლის უზრუნველსაყოფად გამოიყენება ორი მიდგომა: საბაზრო კონკურენციაზე კონტროლის დაწესება და ბიუჯეტის იმ ნაწილზე კონტროლის დაწესება, რომელიც განსაზღვრავს ხარჯების ზღვრულ დონეს. საბაზრო კონკურენციის ზოგიერთი მომხრეები ხარჯებზე კონტროლის უმთავრეს საშუალებად რეგულირებად ბაზარს მიიჩნევენ (Ellwood *et al.* 1992), მეორენი მხარს უჭერენ ბაზარს სახელმწიფოს მხრიდან ყოველგვარი ჩარევის გარეშე, სუბსიდიებისა და საგადასახადო შეღავათების ჩათვლით (Friedman, 1962).

ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა ჩვეულებრივ ჯანდაცვის დაფინანსების ერთ-ერთ წყაროს წარმოადგენს. ა.შ.შ.-ში, სადაც ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს, განუწყვეტლივ იზრდება ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯები. ჯანდაცვის რამდენიმე წყაროს არსებობისას, დაფინანსების ერთი წყაროს შემცირება (მაგ. საგადასახადო შემოსავლები) განაპირობებს მეორე წყაროს კომპენსატორულ ზრდას (მაგ. კერძო დაზღვევის ხაზით). მკვლევარები თვლიან, რომ ხარჯებზე მაკროეკონომიკური კონტროლის თვალსაზრისით, საერთო გადასახადებიდან (ერთი წყაროდან) დაფინანსების სისტემა უფრო ხელსაყრელს წარმოადგენს, ვიდრე სადაზღვევო ფონდებიდან (მრავალი “რგოლებიდან”) დაფინანსების სისტემა⁸.

15.10. ხარჯების განაწილების ეფექტურობა

იდეალურ სამყაროში ბაზარი თვითონ ანაწილებს საშუალებებს ოპტიმალური სახით. პრაქტიკაში, კერძო სადაზღვევო სექტორში (ისევე როგორც სახელმწიფო სექტორში) საშუალებების განაწილების პროცესი „ბურუსითაა მოცული“⁸. არც სახელმწიფო და არც კერძო სექტორს არ შეუძლია ქვეყნის მთელი ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება. ამიტომ მთავარ პოლიტიკურ საკითხს წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის ნორმირება ან არსებული სახსრების ეფექტურად განაწილებისათვის პრიორიტეტების დადგენა. სახელმწიფო და კერძო სექტორებმა უნდა გადაწყვიტონ საკითხი, თუ რა კრიტერიუმებით უნდა იხელმძღვანელონ სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე. რაც შეეხება კერძო სექტორს, ერთადერთ კრიტერიუმს წარმოადგენს დაფინანსებაზე მისი მზაობა და უნარი. თუმცა კითხვა იმაზე, თუ რა დააფინანსოს, ღიად რჩება⁸.

თუ კერძო სექტორის არჩევანი მხოლოდ კლინიკურ ეფექტურობაზე დაფუძნებული, ბევრი დაზღვეული მიიღებდა ეკონომიკურად არახელსაყრელ, მაგრამ კლინიკურად ეფექტურ მომსახურებებს⁸. თუ მომხმარებლების უპირატესობანი განსაზღვრავენ სარგებლის პეკეტის შემადგენლობას, სისტემა ისევ კლინიკურად ეფექტური, მაგრამ არახელსაყრელი იქნება (Maynard 1997a).

ქვეყნების უმრავლესობაში დაზღვევის კერძო კომპანიები კონკურენციას უწევენ სახელმწიფო სექტორს ან ავსებენ მათ. თუ სახელმწიფო სახსრების განაწილებისას ცდილობს მოგების მიღებას, მაშინ კერძო სექტორს რჩება ის, რაც ეკონომიკურად არახელსაყრელი და ძვირია⁸. კერძო სამედიცინო დაზღვევისას შეუძლია დაფაროს ეკონომიკურად მომგებიანი სერვისები, თუ ისინი არ შედიან სახელმწიფო სექტორში გადაუჭრელი პრობლემების სახით (როგორცაა კატარაქტა და მუხლის ან მენჯ-ბარძაყის სახსრის პროტეზირება ბრიტანეთის სახელმწიფო ჯანდაცვის სამსახურში)⁸. დაზღვევის კერძო კომპანიებმა შეიძლება დაფარონ ხარჯები მომსახურების სწრაფ ხელმისაწვდომობაზე ან ხარჯები დამატებით სერვისებზე (მაგ., კერძო საავადმყოფოს პალატები), რომლებიც ან შედიან სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამაში⁸.

15.11. ტექნიკური ეფექტურობა

ტექნიკური ეფექტურობა დამოკიდებულია რამოდენიმე ფაქტორზე, რომელთაგან ყველა არ არის დამოკიდებული დაფინანსების წყაროზე⁸. თუმცა ორგანიზაციის მსყიდველუნარიანობა მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სისტემის ფუნქციონირების ტექნიკურ ეფექტურობაზე. ნებაყოფლობითი დაზღვევის სისტემა ხასიათდება ფინანსური პულის და შესყიდვის ფუნქციის დანაწევრებით. შესყიდვის მონოფსონური სისტემა, რომელიც სახელმწიფო დაფინანსების ბევრი სისტემისთვისაა დამახასიათებელი, კერძო მზღვეველების დიდი რაოდენობით არსებობისას წყვეტს თავის ფუნქციონირებას⁸. დამზღვევეები არა იმდენად ადგენენ თავიანთ ფასებს, რამდენად ეთანხმებიან უკვე არსებულ ფასებს. 90-იანი წლების დასაწყისში კერძო დამზღვევეებმა გააძლიერეს თავიანთი გავლენა მომწოდებლებზე და დაიწყეს უფრო აქტიური სახელშეკრულებო ურთიერთობები⁸. თუმცა, იმ შემთხვევებშიც კი, როცა კერძო მზღვეველები მოქმედებენ როგორც აქტიური მყიდველები, კერძო დაზღვევის ბაზრის ბუნება ახდენს მათ მყიდველუნარიანობის დანაწევრებას ჯანდაცვის სისტემის დონეზე⁸. პრინციპში მზღვეველები ფასზე გავლენის მოხდენის მიზნით თავიანთ შესაძლებლობებს იყენებენ ცალ-ცალკე ან ერთად, ამასთან სერვისების ხარისხს და რაოდენობას შეიძლება მიეცეს აგენტების კვალიფიკაცია, რომლებიც იყენებენ მონოპოლურ საბაზრო ძალას⁸. აქვე აღსანიშნავია, რომ ასეთი ანტიმონოპოლური კანონმდებლობა არ გამოიყენება ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ფონდებისათვის, როდესაც სამედიცინო ფონდების ასოციაციები და შემსყიდველთა ასოციაციები კოლექტიურ კონტრაქტებს ამყარებენ.

15.12. სამედიცინო დეპოზიტური ანგარიშები

სამედიცინო დეპოზიტური ანგარიშები შემოდებული იყო, როგორც წინასწარი გადახდის ალტერნატიული ფორმა, რომლის მიზანს წარმოადგენდა ხარჯების შეკავება. სამედიცინო დეპოზიტური ანგარიშები პირველად სინგაპურში იქნა შემოდებული. იგი დაფუძნებულია საკუთარ ძალებში დარწმუნების და ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის პრინციპზე. მოსახლეობას ყოველთვის ურად შეაქვს საკუთარი შემოსავლის გარკვეული ნაწილი მიზნობრივ ანგარიშზე, რომელიც მიმართულია ჯანდაცვის ხარჯების დასაფარავად.

იდეით დეპოზიტურ ანგარიშს უნდა გადაეჭრა სამედიცინო დაზღვევის ბაზრისათვის დამახასიათებელი რიგი პრობლემები, როგორცაა: ნეკატიური შერჩევა, მორალური რისკი, გადამხდელისაგან წარმოქმნილი პრობლემები, ადმინისტრაციული ხარჯების ზრდა და სხვ. (Ham 1996). სამედიცინო დეპოზიტური ანგარიშების სინგაპურის სისტემა (სინგაპურში მას უწოდებენ Medisave) წარმოადგენს ჯანდაცვაზე საჯალდებულო შენატანებს. სამედიცინო დეპოზიტური ანგარიშები შემოღების დღიდანვე ივსება დაზღვევის ელემენტებით და დაბალშემოსავლიანი პირების დაცვის ზომებით⁸.

ჯანდაცვის სისტემა სინგაპურში შედგება სამი ნაწილისაგან – Medisave, Medishield და Medifund. სისტემა მედისავე მოითხოვს, რომ ყველა დასაქმებულმა თავისი შემოსავლის 6-8% შეიტანოს ანგარიშზე სტაციონარული მომსახურებისა და ძვირადღირებული ამბულატორიული პროცედურებისათვის. სიკვდილის შემდეგ ეს ანგარიში ანდერძით შეიძლება გადავიდეს მემკვიდრეზე. ანგარიშის მფლობელი თავისუფლად ირჩევს მიმწოდებელს.

სისტემა Medishield შემოღებული იყო 1990 წელს კატასტროფული დაავადებებისაგან დასაზღვევად. პრემიები გამოიყოფა სამედიცინო დეპოზიტური ანგარიშებიდან. იგი ითვალისწინებს მაღალ ფრანშიზებს, თანადაზღვევას და მთელი სიცოცხლის ზღვრულ განაკვეთებს, რომლებიც ამცირებენ მორალური რისკის ხარისხს.

Medifund - არის შემოწირულობების ფონდი, რომელიც შეიქმნა 1993 წელს. ამ ფონდის თანხები გამოიყენება ღარიბების სამედიცინო მომსახურების დასაფინანსებლად. მკურნალობა დასაშვებია მხოლოდ ღია პალატებში. 1993 წელს ამ ფონდის თანხებით ისარგებლა ავადმყოფების 3 %⁹. სახელმწიფო საავადმყოფოების და ამბულატორიული სამსახურების სახელმწიფო სუბსიდირება მცირდება.

1992 წელს სამედიცინო დეპოზიტური ანგარიშების სისტემამ მოიცვა დასაქმებულების 95%, ხოლო დეპოზიტურ ანგარიშებზე შეგროვილმა თანხამ შეადგინა 9 მლრ აშშ დოლარი⁸.

მკვლევართა აზრით, სამედიცინო დეპოზიტური ანგარიშების სისტემა პირველადი ჯანდაცვის და სტაციონარული მომსახურების მაღალგანვითარებული სახელმწიფო სისტემის შემთხვევაში, თითოეულ მოქალაქეს აძლევს ბაზისური სამედიცინო მომსახურების მიღების გარანტიას (Hsiao 1995b). ამგვარად, სისტემა უზრუნველყოფს სოციალურ სამართლიანობას. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ფასისმიერი კონკურენცია სინგაპურის ჯანდაცვის სისტემაში არ არსებობს. მკურნალობა მაღალტექნოლოგიურია და ეს „ხარისხის“ კონკურენცია ხელს უწყობს დანახარჯების ზრდას. სამედიცინო დეპოზიტური ანგარიშების სისტემა და მასთან დაკავშირებული დაფინანსების მეთოდები არ განაპირობებენ მიმწოდებლების მიერ სტიმულირებული მოთხოვნის შემცირებას. არსებითად, აღნიშნული მეთოდები ფასების ზრდას უწყობენ ხელს. მკვლევართა აზრით, სამედიცინო დეპოზიტური ანგარიშების სისტემა მოითხოვს სახელმწიფოს მხრიდან ჩარევას ჯანდაცვის სისტემის რეგულირების მიზნით (Hsiao 1995a: 265).

ლიბერალური ეკონომისტები, მათ შორის მასსარო და ვონგი, აგრეთვე პოლიტიკური ანალიტიკოსები, მიუხედავად სინგაპურის სპეციფიკისა, მხარს უჭერენ სამედიცინო დეპოზიტური ანგარიშების სისტემას, როგორც აშშ-ის მაღალხარჯიანი და ეკონომიკურად არაეფექტური ჯანდაცვის სისტემის ალტერნატივას⁹.

აშშ-ში სამედიცინო დეპოზიტური ანგარიშები შემოღებული იყო 1996 წელს, სამედიცინო დაზღვევის ხელმისაწვდომობის კანონის შესაბამისად, რომელიც ცნობილია როგორც კენედის-კასენბაუმის კანონი. მოსახლეობის სტიმულირებისათვის დეპოზიტური ანგარიშები განთავსებული იყვნენ გადასახადებისგან. ეს კი ნიშნავს, რომ ეს ფორმა მომგებიანია მდიდრებისათვის (მათთვის, რომელთა საგადასახადო განაკვეთი მაღალია) და ჯანმრთელებისათვის³. აქედან გამომდინარე, აშშ-ში სამედიცინო დეპოზიტური ანგარიშები არსებობს კერძო დაზღვევასთან ერთად, ისინი ხელს უწყობენ რისკების გაერთიანებას სადაზღვევო ბაზარზე, პრემიების ზომის

ზრდას და დაუზღვეველი მოსახლეობის რაოდენობის ზრდას (Jefferson 1999). აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემის მოდელირების სხვადასხვა ექსპერიმენტებმა აჩვენა, რომ სამედიცინო დეპოზიტური ანგარიშების გავლენა დანახარჯების ღონეზე შედარებით mcirea (Chollet 1995; Keeler *et al.* 1996; Zabinski *et al.* 1999).

სხვა კვლევებმა აჩვენა, რომ სადაზღვევო გეგმები მაღალი ფრანშიზებით ახალგაზრდა და ჯანმრთელი დასაქმებული პირებისათვის სადაზღვევო ბაზრის დანაწევრებას განაპირობებს. შესაძლოა გაიზარდოს ტრადიციული გეგმების პრემიები, რაც დაუზღვეველთა რაოდენობის ზრდას განაპირობებს. სამედიცინო დეპოზიტური ანგარიშები მხოლოდ მცირე ხარისხით განაპირობებენ იმ დამსაქმებელთა სტიმულირებას, რომლებიც საკუთარ დაქირავებულებს არ აძლევენ დაზღვევას (Goldman *et al.* 2000).

მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, სამედიცინო დეპოზიტური ანგარიშების სინგაპურის გამოცდილებას მაინც ჰყავს თავისი მომხრეები, მათ შორის აშშ-შიც⁸. აშშ-ის პოლიტიკური ანალიტიკოსებიც იხილავენ სამედიცინო დეპოზიტური ანგარიშების სარგებლიანობის საკითხს (Ham 1996).

სამედიცინო დეპოზიტური ანგარიშები, რომლებიც ასე მომხიბლავია პოლიტიკოსებისათვის, ხელს უწყობენ პირად პასუხისმგებლობასა და თავისუფალ ბაზარს. ამასთან, დეპოზიტური ანგარიშები ხელს არ უწყობს რისკების პულინგებს, მყიდველის ზეწოლას მიმწოდებლებზე, რაც განაპირობებს არასაკმარის კონტროლს დანახარჯებზე, სახსრების არასაკმარისად ეფექტურ განაწილებას და არასაკმარის ტექნიკურ ეფექტურობას.

მკვლევართა აზრით, საჭიროა სამედიცინო დეპოზიტური ანგარიშების გამოცდილების მრავალმხრივი შესწავლა. ამასთან გასათვალისწინებელია მისი შესაძლო გავლენა დანახარჯების ზრდაზე, ეფექტურობის დაქვეითებაზე და სოციალურ სამართლიანობაზე უარყოფით გავლენაზე⁸.

საკონტროლო კითხვები

1. ჩამოთვალეთ ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის მთავარი თავისებურებები;
2. კერძო დაზღვევის სისტემაში სადაზვევო შენატანები რაზეა დამოკიდებული?
3. ახსენით ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სისტემის გავრცელების თავისებურებები მსოფლიოში;
4. როგორია ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სისტემით მოსახლეობის მოცვა ცალკეულ ქვეყნებში;
5. როგორია ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის როლი საქართველოში;
6. ჩამოთვალეთ ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის სახეები;
7. ახსენით რას გულისხმობს ჩანაცვლებითი ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა;
8. ახსენით რას გულისხმობს შევსებითი ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა;
9. ახსენით რას გულისხმობს დამატებითი ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა;
10. რაში მდგომარეობს ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის რეგულირების სირთულეები?
11. ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის რეგულირების რა ასპექტები არსებობს?
12. რას გულისხმობს ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის რეგულირება?
13. რისთვის არის საჭირო რისკის კორექციის სქემა?
14. რაში მდგომარეობს ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევის მაკროეკონომიკური ეფექტურობა?
15. ჩამოთვალეთ სოციალური დაზღვევის სისტემის დადებითი მხარეები.
16. ჩამოთვალეთ სოციალური დაზღვევის სისტემის უარყოფითი მხარეები.

ლიტერატურა

1. Cölömbö F, Tápay N. Dráft öütline för the finál repöört öf the Priváte Heálth Insüránce Cömpönent öf the Heálth Pröject. 2003.
2. Böwie, R., ánd G. Adáms. 2005. "Finánciál ánd Mánágement Práctice in á Völüntáry Medicál Insüránce Cömpány in the Develöped Wörlö." Bäckgröünd páper för the Cönférence öñ Priváte Heálth Insüránce in Develöping Cöüntries, Whártön Büsiness Schööl, University öf Pennsylvániá, Márch 15-16, Philádelphiá.
3. Segürö Pöpülár necesitá m s din erö", *El Independiente*, Oct. 24, 2003, Nö. 143".
4. Cárin, G., ánd C. Jámes. "Söciál Heálth Insüránce ás á Páthwáy tö Universál Cöveráge: Key Design Feátüres in the Tránsitiön Periöd." Heálth Fináncing Technicál Páper, Wörlö Heálth Örgánizátiön, Genevá. 2004;
5. Jöst TS. Priváte ör públic áppróáches tö insüring the üninsüred: lessöns fröm internátiönál experience with priváte insüránce. *New York University Law Review*; 76:419-492. 2003
6. Sekhri, N., W. Sávedöff, ánd S. Tripáthi. 2005. "Regüláting Priváte Insüránce tö Serve the Públic Interest: Pölicy Issües för Develöping Cöüntries." Wörlö Heálth Örgánizátiön, Genevá.
7. Neelám Sekhri ánd Williám Sávedöff, Priváte Heálth Insüránce: Implicátiöns för Develöping Cöüntries, Wörlö Heálth Örgánizátiön, Genevá, 2005;
8. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы/Ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. /Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2002
9. Neelám Sekhri, Heálth Fináncing Pölicy, Wörlö Heálth Örgánizátiön, Genevá, 2005;
10. Kützin, J. 2001. "A Descriptive Frámewörk för Cöünyry-Level Análisis öf Heálth Cäre Fináncing Arráncements". *Heálth Pölicy* 56 (3): 171–204.

11. Eváns, R. G. 2002. "Fünding Heálth Cáre: Tákatiön ánd the Alternátives." In E.Mössialös, A. Dixön, J. Figüerás, ánd J. Kützin, eds., Fünding Heálth Cáre: Optiöns för Eüröpe. Búckinghám: Open University Press.
12. Páblö Göttret, Geörge Schieber, Heálth Fináncing Revisited, Wörld Bánk, 2006.
13. Edebálk, Per Günnár ánd Jónás Olöfssön, , "Sickness Benefits Priör tö the Welfáre Státe", *Scandinavian Journal of History*, 24(3/4), pp. 281-297. 1999.
14. ლ. ხარაბაძე, ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა იტალიაში, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, 2008 წ.
15. Jóhannes J ttin g ánd Denis Drechsler, Is there á Röle för Priváte Heálth Insüráncé in Develöping Cöüntries? Develöpfung Centre, OECD, Páris, 2005
16. Winnie Yip, Williám C. Hsiáö, The Chinese Heálth System At A Crössröáds, Heálth Affáirs - *Volume 27, Number 2*, Márch/April 2008.
17. Jóhannes J ttin g ánd Denis Drechsler, Develöpfung Centre, OECD, Páris
18. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ეროვნული ანგარიშები, 2005 წ.
19. საქართველოში ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარების პოლიტიკის ვარიანტები, საერთაშორისო ფონდი კურაციო, აბთ ესოშიეითს ინკორპორეითიდის წარმომადგენლობა საქართველოში, თბილისი,
20. Reinhárd Büs se, Jónás Schrey g g, ánd Christián Gericke, Anályzing Chániges in Heálth Fináncing Arrángements in High -Incöme Cöüntries, 2007, The Internátiönál Bánk för Recönstrüctiön ánd Develöpfung / The Wörld Bánk
21. THE COUNCIL OF THE EUROPEAN COMMUNITIES, *Official Journal L 228* , 11/08/1992 P. 0001 - 0023
22. Aláin C. Enthöven, ánd Wynánd P.M.M. ván de Ven. Göing Dütsch — Mánáged-Cömpetitiön Heálth Insüráncé in the Netherlánds
23. ნ. ფრუიძე, ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა დაბალ და საშუალოშემოსავლიან ქვეყნებში, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, 2007 წ.
24. ნ. გიუაშვილი. ა.შ.შ. ჯანდაცვის ეკონომიკური მოდელის ზოგიერთი ასპექტი, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, 2007 წ.
25. Wörld Heálth Orgánizátiön. *Mobilization of domestic r esources for health* . Geneva: Wörld Heálth Orgánizátiön, 2002.

თავი XVI

ჯანდაცვის დაფინანსების ლიბერალური მოდელი

ჯანდაცვის დაფინანსების ლიბერალური მოდელი დამახასიათებელია ა.შ.შ.-ის ჯანდაცვის სისტემისთვის, სადაც მონაწილეებს შორის ურთიერთობა წმინდად კომერციულ ხასიათს ატარებს, სახელმწიფო რეგულირება მინიმალურია, ახასიათებს მაღალი რისკები, მოქმედებს მოხუცთა და უმწეოთა სოციალური დაზღვევის პროგრამა, მაგრამ ასევე დაზღვევის გარეშე დარჩენილი 45 მილიონზე მეტი ადამიანი.

16.1. ა.შ.შ.-ის ჯანდაცვის სისტემის მოკლე ისტორია

1797 წელს ფედერალურმა მთავრობამ თავის თავზე აიღო მეზღვაურთა სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა. დაარსებულ იქნა საზღაო ჰოსპიტალები (მოგვიანებით ა.შ.შ.-ის ჯანმრთელობის საზოგადოებრივი სამსახური). XIX საუკუნის ბოლოს ა.შ.შ.-ში როგორც სოფლად ასევე ქალაქად სულ უფრო მკვიდრდებოდა სამედიცინო მომსახურების წინასწარი გადახდის სქემები. სოფლად მცხოვრებნი, ქარხნებისა და საწარმოების მუშები ექიმებს წინასწარ უხდიდნენ ფიქსირებულ თანხას, თავის მხრივ, ექიმები ვალდებული იყვნენ გაეწიათ სამედიცინო მომსახურება ურთიერთშეთანხმების შესაბამისად.

1882 წელს ჩრდილოეთ წყნარი ოკეანის სარკინიგზო გზის (North Pacific Railroad) კომპანიამ საკუთარი პერსონალის სამედიცინო მომსახურებისათვის ხელშეკრულებები გააფორმა დამოუკიდებელ პრაქტიკოს ექიმებთან და საავადმყოფოებთან.

1906 წელს მიღებული საკვებისა და მედიკამენტების შესახებ კანონის მიღების შემდეგ მთავრობის მარეგულირებელი როლი განისაზღვრებოდა ვაჭრობაზე კონტროლის დაწესებით. XIX-XX საუკუნის დასაწყისში სოფლის მეურნეობის ფედერალურმა დეპარტამენტმა შეიმუშავა ქვეყნის სასოფლო ცენტრებში კვებისა და სანიტარულ-ჰიგიენური განათლების საკითხები. შემდგომ მიღებულ იქნა საკანონმდებლო ზომები: შტატების, ქალაქების და ოლქების დონეზე ჯანდაცვის დეპარტამენტების შექმნისათვის საჭირო ფინანსური ბაზა.

1910 წელს, ტაკომის (ვაშინგტონი) დასავლეთ კლინიკა უზრუნველყოფდა ხის გადამმუშავებელი ქარხნის მესაკუთრეებს და მათ დაქირავებულ მუშებს სამედიცინო მომსახურებით, თითოეულ წევრზე თვეში 0,50 \$ შენატანით.

1920-იან წლებში სამედიცინო მომსახურების ღირებულების საპრეზიდენტო კომისიამ წარმოადგინა ჯანდაცვის ნაციონალური პროგრამის ამოქმედების რეკომენდაცია, რომელიც ითვალისწინებდა სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებას წინასწარი გადახდის პრინციპით. 1929-1936 წლების დიდი დეპრესიის დამანგრეველი გავლენის შედეგად აღნიშნული ღონისძიებები შეჩერდა.

1929 წელს ჯასტინ ფორდ კიმბალმა ტეხასში ბეილორის საუნივერსიტეტო საავადმყოფოში (Baylor University Hospital) შექმნა ბეილორის გეგმა, რომელიც გულისხმობდა დაახლოებით 1250 პედაგოგისათვის ჰოსპიტალიზაციის ხარჯების ანაზღაურებას წინასწარი გადახდის (50 ცენტრი თვეში) საშუალებით. აღნიშნული გეგმის ლოგოდ პირველად მის მიერ იქნა გამოყენებული ლურჯი ჯვარი, საიდანაც იღებს სათავეს ლურჯი ჯვრის (Blue Cross) ორგანიზაცია (მოიცავდა ჰოსპიტალურ მომსახურებას) და 1939 წელს სახელმწიფო სამედიცინო საზოგადოების მიერ ჩამოყალიბებული ლურჯი ფარი (Blue Shield), რომელიც მოიცავდა ექიმთა (ზოგადი პრაქტიკის) სერვისს. ჯანდაცვის აღნიშნული გეგმა განსაკუთრებით განვითარდა დიდი დეპრესიის პერიოდში,

როგორც სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელთათვის მყარი შემოსავლის გარანტია. 1959 წლისათვის ლურჯი ჯვარი 52 მილიონ წევრს, ხოლო ლურჯი ფარი 40 მილიონამდე წევრს მოიცავდა.

1929 წელს ლოს ანჟელესში დონალდ როსმა (Donald Ross) და კლიფორდ ლოსმა (Clifford Loos) როს-ლოსის სამედიცინო ჯგუფი (Ross-Loos Medical Group) ჩამოაყალიბა. აღნიშნული ჯგუფი სამედიცინო მომსახურებას უწევდა ლოს ანჟელესის Water and Power-ის departamentის (DWP) 2000-მდე დაქირავებულებს და მათ ოჯახებს (თვიური გადასახადი შეადგენდა 1,50 \$-ს). მცირე ხანში როს-ლოსის სამედიცინო ჯგუფში გაწევრიანდნენ ლოს ანჟელესის სახანძრო დეპარტამენტი, ლოს ანჟელესის პოლიციის დეპარტამენტი, სატელეფონო კომპანია (amJamad AT&T) და სხვები. 5 წლის განმავლობაში აღნიშნული წინასწარ გადახდის ჯგუფში გაწევრიანებულ პირთა რაოდენობამ 12000-ს (პლუს 25000 მათზე დამოკიდებული ოჯახის წევრები) მიაღწია. ამ პერიოდში თითოეული წევრის გადასახადი თვეში 2,69 \$-მდე გაიზარდა. 1982 წელს ჩრდილოეთ ამერიკის სადაზღვეო კომპანიის (Insurance Company of North America – INA) და კონექტიკუტი გენერალის (Connecticut General - CG) შერწყმის შედეგად ჩამოყალიბდა CIGNA. აღნიშნულის შედეგად, როს-ლოსის სამედიცინო ჯგუფი (Ross-Loos Medical Group) გარდაიქმნა და ცნობილი გახდა როგორც CIGNA სამედიცინო მომსახურება (CIGNA HealthCare).

1929 წელს წინასწარი გადახდის კიდევ ერთი ჯანდაცვის სქემა შეიქმნა. ექიმმა მიშელ შადიდმა (Michael Shadid) ქ. ელკში (ოკლაჰომა) სოფლის ფერმერთა ორგანიზაციის ჯანდაცვის გეგმა შექმნა, რომელიც ითვალისწინებდა მოქალაქეთა მიერ წელიწადში \$50-ის გადახდას. ექიმთა სამედიცინო საზოგადოება მტრულად შეხვდა შადიდის წინასწარი გადახდის გეგმას და ლიცენზიის შეჩერებით იმუქრებოდა. მიშელ შადიდი გარიცხულ იქნა სამედიცინო საზოგადოებიდან. თუმცა ფერმერების კავშირმა მხარი დაუჭირა შადიდს და უკვე მცირე ხანში აღნიშნულ გეგმაში რამდენიმე ასეული ოჯახი გაერთიანდა.

ამერიკაში სოციალური უსაფრთხოების სისტემის ჩამოყალიბება დიდი დეპრესიის პერიოდში განხორციელდა, რაც ქვეყნის ეკონომიკურ კრიზისზე პოლიტიკურ პასუხს წარმოადგენდა. ეკონომიკური კრიზისის შედეგად უმუშევრობა 22 %-ით გაიზარდა¹. 1929-1934 წლების პერიოდში სააქციო ბაზარი 70 %-ით შემცირდა². ამერიკელთა ცხოვრება დაუცველი და უიმედო გახდა. 1934 წელს არჩეულმა პრეზიდენტმა ფრანკლინ დ. რუზველტმა კონგრესში გამოსვლისას აღნიშნა: “ჩემი მთავარი ამოცანაა ერის უსაფრთხოება, მოქალაქეთა და მათი ოჯახების დაცვა სოციალური დაზღვევის მეშვეობით”³. ერთი წლის შემდეგ, 1935 წლის 14 აგვისტოს მიღებულ იქნა სოციალური უსაფრთხოების კანონი (Social Security Act), რომელმაც მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა ინვალიდთა, საწარმოო უბედური შემთხვევების შედეგად დაზარალებულ მუშაკთა, ქვრივთა, უპატრონო ბავშვთა და მოხუცთა სოციალური დახმარება.

1933 წელს ლოს ანჟელესში სიდნეი გარფილდმა (Sidney Garfield) წყალგაყვანილობის 5000-მდე მუშების სამედიცინო მომსახურებისათვის ჩამოაყალიბა წინასწარი გადახდის გეგმა. მუშათა საკომპენსაციო სადაზღვეო კომპანიები ურგენტული შემთხვევების დროს სამედიცინო მომსახურებისათვის გარფილდის ორგანიზაციას საკუთარი პრემიების შემოსავლებს გარკვეულ პროცენტს უხდიდნენ. სხვა სახის მომსახურებისათვის თითო პირზე დაწესებული იყო თვეში 5 ცენტის გადახდა.

5 წლის შემდეგ, 1938 წელს სიდნეი გარფილდს თხოვნით მიმართა ჰენრი კაიზერმა, გრანდ კოულე დამის (Grand Coulee Dam) მფლობელმა, საკუთარი კონპანიის დაქირავებულთა სამედიცინო მომსახურებისათვისაც განეხორციელებინა წინასწარი გადახდის სქემა. ჰენრი კაიზერი, რომლის სახელი შემდგომ წინასწარი გადახდის ჯანდაცვის სქემის სინონიმი გახდა, ძლიერ მოიხიბლა გარფილდის პროგრამით. II მსოფლიო ომის პერიოდში მან ორი სამედიცინო

პროგრამა განხორციელდა ამერიკის დასავლეთ სანაპიროზე. ომის დამთავრების შემდეგ კაიზერმა თავისი სადაზღვევო საქმიანობა ქვეყნის სხვა ნაწილებშიც გააგრძელა.

1952 წელს გარფილდის პერმანენტული ჯანდაცვის პროგრამებს (Permanente Health Plans) კაიზერ პერმანენტეს სახელი ეწოდა. ამ პერიოდში კაიზერ პერმანენტეს ჯანდაცვის სქემას ჰქონდა საავადმყოფოებისა და კლინიკების მზარდი ქსელი ქვეყნის სხვადასხვა ნაწილში, ხოლო მასში გაწვერიანებულთა რაოდენობა 1950-იანი წლების შუა პერიოდისათვის უკვე ნახევარ მილიონს აღწევდა. დღეისათვის კაიზერ პერმანენტე უდიდესი არამომგებიანი ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ორგანიზაციაა (HMO) ამერიკაში. მას განსაკუთრებით დიდი გავლენა აქვს კალიფორნიასა და ჰავაიში.

აღმოსავლეთ სანაპიროზე, კოლუმბიაში, 1930-1940-იან წლებში ქვეყანაში წინასწარი გადახდის რამდენიმე ორგანიზაცია დაფუძნდა. 1937 წელს ვაშინგტონში, ფედერალური ლოან ბანკის (Federal Home Loan Bank) თანამშრომლებისათვის ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის ასოციაციის ჯგუფი (Group Health Association), რომელიც არამომგებიან ორგანიზაციას წარმოადგენდა.

მეორე მსოფლიო ომის პერიოდში სამხედრო სამსახურში გაწვეულ ამერიკელთა, აგრეთვე მათ მზრუნველობის ქვეშ მყოფი მილიონობით ამერიკელი მოცულ იქნა უფასო სამედიცინო მომსახურების ნაციონალური პროგრამით. ომის შემდგომ ომის ვეტერანები ვეტერანთა კავშირის საშუალებით სამედიცინო მომსახურებით იქნენ მოცულნი. ამ მიზნით ჩამოყალიბდა ფედერალური საავადმყოფოების საერთო ნაციონალური ქსელი. ფედერალური მთავრობის მიერ სამხედროებისათვის და მათი ოჯახებისათვის, აგრეთვე ვეტერანთათვის და მკვიდრი ამერიკელებისათვის (ინდიელები) სამედიცინო მომსახურების გაწევა წარმოადგენს ამერიკის ჯანდაცვის სისტემის ნაწილს.

1946 წელს პრეზიდენტმა ჰარი ტრუმენმა განიზრახა ჯანმრთელობის დაზღვევის ნაციონალური სისტემის ჩამოყალიბება, მაგრამ აღნიშნული გეგმა კონგრესმა უარყო. ამის სანაცვლოდ მთავრობამ, ჰილ-ბარტონის კანონის შესაბამისად, დაიწყო საავადმყოფოების მოდერნიზაციის მიზნით მათთვის ფულადი დახმარების პროგრამის რეალიზაცია. ფედერალურმა მთავრობამ აგრეთვე დააფუძნა დაავადებათა კონტროლის ცენტრები და ჯანდაცვის სექტორში პროექტების მხარდასაჭერად სპეციალური გრანტები გამოყო.

1947 წელს ნიუ იორკის სამედიცინო ჯგუფის დასაფინანსებლად შემოღებულ იქნა კაპიტაციური ანაზღაურების პროსპექტული მეთოდი. 1950-იან წლებში პოპულარული გახდა ჯგუფობრივი პრაქტიკის მოდელი.

1965 წლის 30 ივლისს პრეზიდენტმა ლინდონ ჯონსონმა (Lyndon B. Johnson) სოციალური უსაფრთხოების კანონის (1935 წ.) შესაბამისად 65 წელს ზევით მოსახლეობისათვის მედიქეას (Medicare) პროგრამა შემოიღო (მისი განხორციელება 1966 წლის 1 ივლისს დაიწყო). 1972 წლიდან პროგრამა ემსახურება ზოგიერთ შრომისუუნარო პირებსაც (ინვალიდები). 1985 წელს კონგრესმა მიიღო კანონი (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act - COBRA), რომელიც ძალაში შევიდა 1986 წლის 7 აპრილს. კანონის მიხედვით, ზოგ დაქირავებულს სამუშაოს დატოვების შემდეგ უფლება აქვს გააგრძელოს ჯანმრთელობის დაზღვევაში მონაწილეობა.

1965 წელს შემოღებულ იქნა უმწველთა მოსახლეობისათვის (რომელთა შემოსავალი სიღარიბის ზღვარს ქვევითაა) მედიქაიდის (Medicaid) პროგრამა. პროგრამას ახორციელებს ფედერალური მთავრობა და შტატების მთავრობები.

1960-იან წლების ბოლოს და 1970-იანი წლების დასაწყისში პოლიტიკოსები, დაინტერესებული პირები და მკვლევარები ხშირად გამოხატავდნენ ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემით უკმაყოფილებას. მიუხედავად ჯანდაცვის ხარჯების პერმანენტული ზრდისა, მოსახლეობა არ იყო კმაყოფილი სამედიცინო მომსახურების ხარისხით. ჯანდაცვის სისტემის ფრამენტულობა, არაეფექტური ხაჯვა და არათანაბარი დაფინანსება კიდევ უფრო ამძიმებდა დარგში შექმნილ

მდგომარეობას. უმწვავესად დაისვა ჯანდაცვის რეფორმირების საკითხი. უმოკლეს ვადაში გადაჭრას მოითხოვდა ისეთი პრობლემების არსებობა, როგორცაა: ხარჯების შეკავება, დაუზღვეველთა მოცვა, ღარიბი მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა, მომხმარებელთა უფლებები, ეფექტური მიწოდების სისტემა. 1969 წელს პრეზიდენტმა ნიქსონმა აღიარა ამერიკის ჯანდაცვის სისტემის “მასიური კრიზისი” და სისტემის “რეკოლუციური გარდაქმნებისაკენ” მოუწოდა⁴.

60-იანი წლებიდან შემოღებულ იქნა მართული ჯანდაცვის (managed care) სისტემა და ჩამოყალიბდნენ “ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ორგანიზაციები” (Health Maintenance Organizations). არსებითად, აღნიშნული ორგანიზაციები წარმოადგენენ სადაზღვევო კომპანიებს, რომლებიც სხვადასხვა სქემების მეშვეობით ახორციელებენ უფრო ეკონომიური და ხარისხიანი მეთოდებით ჯანდაცვის მართვას. ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ორგანიზაციები უზრუნველყოფენ სამედიცინო მომსახურების სრულ კომპლექსს: პირველადი ჯანდაცვა, სტაციონარული დახმარება და ბოლო პერიოდში - პროფილაქტიკური მეთვალყურეობა. ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ორგანიზაციების სწორი მენეჯმენტის საშუალებით, რაც გულისხმობს პროფილაქტიკური ღონისძიებების გაფართოებას, სტაციონარულთან შედარებით მკურნალობის ამბულატორიული მეთოდებისათვის უპირატესობის მინიჭებას, დაუსაბუთებელი სამედიცინო მომსახურების თავიდან აცილებას, მნიშვნელოვნად მცირდება ჯანდაცვის ხარჯები.

1971 წელს ნიქსონის ადმინისტრაციამ წარმოადგინა ახალი ეროვნული ჯანდაცვის სტრატეგია: ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ორგანიზაციების (HMO) განვითარება. HMO-ს განვითარებისათვის ფედერალურ მთავრობას უნდა შეექმნა სამართლებრივი გარანტიები და შეეშუშავენა გეგმიური გრანტების პროგრამა. გამიზნული იყო 1976 წლისათვის HMO-ის 1700-მდე გაზრდა, 40 მლნ პირის გაწევრიანება, ხოლო 1980 წლისათვის მართული ჯანდაცვით მოსახლეობის 90 %-იანი მოცვა.

1973 წელს გამოვიდა ფედერალური კანონი ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ორგანიზაციის (HMO) შესახებ, რომელიც ითვალისწინებდა მართული ჯანდაცვის განვითარების ხელშემწყობ ღონისძიებებს⁵. HMO-ს განვითარებისათვის ფედერალურმა მთავრობამ გამოყო 375 მილიონი დოლარი. კანონის მიხედვით საგრძობლად შემცირდა სახელმწიფოს მიერ ფედერალური სერთიფიკატის მქონე HMO-ს მიმართ მოქმედი შეზღუდვები. მეწარმეები, რომლებსაც ჰყავდათ არანაკლებ 25 თანამშრომელი ვალდებული იყვნენ ჩართულიყვნენ HMO-ს გეგმაში, ტრადიციულ სადაზღვევო გეგმასთან (indemnity plan) ერთად (ორმაგი არჩევანის პირობა).

ნიქსონის მიერ განხორციელებულ გეგმებზე დიდი გავლენა მოახდინა მინეაპოლისელმა მეცნიერმა პაულ ელვუდმა (Paul Ellwood). 1970 წელს პირველად მან შემოიღო ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ორგანიზაციის (HMO) ტერმინი. იგი უარყოფითად იყო განწყობილი ტრადიციული დაზღვევის (სერვისების მიხედვით ანაზღაურების) მიმართ და ამტკიცებდა მისი შეცვლის საჭიროებას.

მართული ჯანდაცვას განსაკუთრებული მნიშვნელობა მიენიჭა პრეზიდენტ რონალდ რეიგანის მმართველობის ხანაში, რომელმაც დიდი როლი ითამაშა ამერიკული ჯანდაცვის რეფორმირებაში (Paul Starr, “The Social Transformation of American Medicine”). რეფორმის მთავარ ამოცანას წარმოადგენდა მართული ჯანდაცვის მეშვეობით ჯანდაცვის ხარჯების კატასტროფული ზრდის შემცირება, ჯანდაცვის, როგორც ბიზნესის არამომგებიანი დარგის მომგებიან მოდელად გადაქცევა.

ჯანმრთელობის ხელშემწყობმა ორგანიზაციებმა (HMO) მნიშვნელოვანი სამთავრობო მხარდაჭერა მიიღეს 1979 წელს, როდესაც სახელმწიფო კანონში 93-641 მიღებული ცვლილებების შედეგად შეიზღუდა სახელმწიფო მარეგულირებელი სააგენტოების უფლება, რომლებიც ეწინააღმდეგებოდნენ ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ორგანიზაციების (HMO) მიერ

განსაზღვრულ ადგილზე დაწესებულებებისა და ოფისების გახსნას⁵. საქმე იმაშია, რომ ა.შ.შ-ში სახელმწიფო გასცემს საჭიროების სერთიფიკატს (Certificate of Need - CON), რომელიც ახდენს საავადმყოფოების ზრდის ლიმიტირებას (კანონის თანახმად ახალი საავადმყოფოს შექმნა საჭიროებს მტკიცებულებას). 1979 წელს კანონში მიღებული ცვლილებით საჭიროების სერთიფიკატის წესები არ ვრცელდებოდა ჯანმრთელობის ხელშემწყობ ორგანიზაციებზე (HMO)⁵. მიუხედავად კანონში მიღებული ცვლილებისა, სამედიცინო წრეები წინააღმდეგობას უწევდნენ HMO-ების როლის ზრდას. მათგან განსხვავებით, დამქირაველები HMO-ს მიიჩნევდნენ ნაკლებხარჯიან, მოწესრიგებულ და მაღალხარისხიან სქემად საკუთარ დაქირავებულთა სამედიცინო მომსახურებისათვის, რის გამოც წლიდან წლამდე იზრდებოდა HMO-ებში გაწვევრიანებული მოსახლეობის რაოდენობა. ამ მხრივ განსაკუთრებით გამოირჩეოდა კალიფორნია და ქვეყნის ჩრდილო დასავლეთი ნაწილი.

1982 წელს კალიფორნიაში მიღებულ იქნა კანონი, რომელიც ხელს უწყობდა ჯანდაცვის არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციების (PPO) შემდგომ განვითარებას. 1980-იან წლებში შეინიშნებოდა HMO-ში და ჯანდაცვის არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციებში (PPO) გაწვევრიანებულთა ზრდა. აღნიშნულ პერიოდში მათი რიცხვი 30 მილიონამდე გაიზარდა. კანონი, აგრეთვე, მედიკეიდისა და კერძო დაზღვევის არჩევითი კონტრაქტირების საშუალებას იძლეოდა. 1983 წელს თანაბარი გადასახადისა და ფისკალური პასუხისმგებლობის კანონით (The Tax Equity and Fiscal Responsibility Act) კიდევ უფრო გაადვილდა ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ორგანიზაციებისა (HMO) და მედიკეის პროგრამებს შორის ხელშეკრულებების დადება.

სადაზღვევო ბაზარზე მნიშვნელოვანი ცვლილებები განხორციელდა 1990-იან წლებში. 1993 წელს ამერიკელთა 70 %, რომელთაც ჰქონდათ რაიმე სახის დაზღვევა (მათ შორის მედიკეისა და მედიკეიდის ბენეფიციარები) მართული ჯანდაცვის (Managed Care) რომელიმე ფორმაში იყვნენ გაწვევრიანებული⁶. 1993-1995 წლებში HMO-ებში გაწვევრიანებულ დასაქმებულ პირთა პროპორცია ერთი მესამედიდან ორ მესამედიამდე გაიზარდა⁷. თუ 1980 წელს კერძოდ დაზღვეულ ამერიკელთა 90 % კომპენსაციის გეგმაში (indemnity plan) იყვნენ ჩართულნი, 1996 წლისათვის ასეთ გეგმაში გაწვევრიანებულთა რაოდენობა 3 %-მდე შემცირდა⁸. ლურჯი ჯვარის და ლურჯი ფარის სადაზღვევო სქემებიც თავიანთი საქმიანობის ბევრ სფეროში მართული ჯანდაცვის სხვადასხვა ასპექტებში იქნენ ჩართულნი. 1994 წელს ლურჯი ფარისა და ლურჯი ჯვარის ასოციაციამ გააუქმა მოთხოვნა, რომლის მიხედვით ყველა წევრ გეგმებს უნდა მიეღოთ არამომგებიანი სტატუსი.

1990-იან წლებში მართვითმა ჯანდაცვამ მნიშვნელოვანი ადგილი დაიკავა ამერიკის სამედიცინო სადაზღვევო ბაზარზე. ამერიკის ასოციაციის “ამერიკის ჯანდაცვის დაზღვევის გეგმების” მიხედვით, დაზღვეულ ამერიკელთა 90 %-ზე მეტი მართული ჯანდაცვის რომელიმე ფორმაშია გაწვევრიანებული.

ა.შ.შ-ში ბ. კლინტონის მმართველობის პერიოდში შემუშავებულ იქნა ჯანდაცვის რეფორმირების გეგმა (1993 წ.), რომელიც ითვალისწინებდა საყოველთაო სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის შემოღებას. ერთი წლის შემდეგ გეგმა უარყოფილ იქნა სხვადასხვა დაინტერესებული ჯგუფების ზეწოლის გამო, რომელსაც წარმოადგენდნენ სამედიცინო ბიზნესის მსხვილი წარმომადგენლები. 1993-1994 წლებში აღნიშნულმა ფინანსურმა ჯგუფებმა კლინტონის მიერ დაგეგმილი რეფორმის საწინააღმდეგოდ 100 მლნ დოლარზე მეტი დახარჯა⁹ მათი აზრით, საყოველთაო სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის შემოღება ეწინააღმდეგება საბაზრო პრინციპებს.

მიუხედავად აღნიშნულისა, კლინტონის ადმინისტრაციამ ჯანმრთელობის დაზღვევით მოსახლეობის მოცვის გაფართოების მიზნით რამდენიმე მნიშვნელოვანი ღონისძიება განახორციელა. 1996 წელს მიღებულ იქნა კანონი “ჯანმრთელობის დაზღვევის მობილურობისა

და პასუხისმგებლობის” (Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA) შესახებ. კანონის მიხედვით, დამქირავებლების მიერ დაფინანსებული ჯგუფობრივი ჯანმრთელობის დაზღვევის გეგმები უნდა შეესაბამებოდეს ფედერალურ სტანდარტებს, რომელიც გამორიცხავს დისკრიმინაციას და სამუშაოს შეცვლის ან დაკარგვის შემთხვევაში დაიცავს პირთა და მათ ოჯახთა სადაზღვევო სტატუსს. კანონი აგრეთვე ითვალისწინებს ახალშობილთა დაუყოვნებლივ ჩართვას ჯგუფობრივი სამედიცინო დაზღვევის გეგმაში.

1998 წელს ბ. კლინტონის ადმინისტრაციის მიერ დაფუძნებულ იქნა უმუშევართა და მათი ოჯახის წევრთათვის წინანდელი სამუშაო ადგილის მიხედვით ჯგუფობრივი ჯანმრთელობის დაზღვევის დროებითი ხელშეწყობის პროგრამა. ამ პროგრამის შესაბამისად, პირებს, რომლებმაც დაკარგეს სამუშაო, ჯგუფობრივი ჯანმრთელობის დაზღვევის მხარდაჭერის მიზნით, წინანდელი სამუშაო ადგილის მიხედვით აძლევენ დახმარებას. პროგრამა გაწერილი იყო 5 წელზე. გარდა ამისა, თითოეულ შტატს გადაეცა 750 მლნ დოლარის გრანტი იმ ბაუშვთა დაზღვევის გასაფართოებლად, რომლებიც არ იყვნენ მოცულნი მედიქეიდის პროგრამით და არ ჰქონდათ მშობელთა სამუშაო ადგილის მიხედვით დაზღვევა¹⁰.

2001 წელს კონგრესში გაიმართა დებატები “პაციენტთა უფლებების კანონპროექტის” (Patients Bill of Rights) გარშემო. კანონპროექტში გაწერილი იყო ჯანდაცვაზე პაციენტების უფლებები:

- < ინფორმაციის გამჭვირვალობა;
- < პროაიდერთა და გეგმების არჩევის უფლება;
- < გადაუდებელ სერვისებზე ხელმისაწვდომობა;
- < მკურნალობის პროცესში გადაწყვეტილებების მიღებისას მონაწილეობა;
- < პაციენტის პატივისცემა და არადისკრიმინაციულობა;
- < სამედიცინო ინფორმაციის კონფიდენციალობა;
- < საჩივრები და მიმართვები;
- < მომხმარებლის პასუხისმგებლობები.

ზოგმა დაინტერესებულმა ჯგუფებმა, მათ შორის ამერიკის სამედიცინო ასოციაციამ და ფარმაცევტულმა ინდუსტრიამ წინააღმდეგობა გაუწია კანონპროექტს. კანონპროექტის ჩავადნის ერთერთ მიზეზს წარმოადგენდა გადაუდებელი დახმარების გაწევა ყველასათვის მიუხედავად მათი ჯანმრთელობის დაზღვევის სტატუსისა. შედეგად, კონგრესმა არ მიიღო კანონპროექტი.

ამგვარად, დემოკრატიული პარტიის ლიდერის, ბ. კლინტონის მმართველობის პერიოდი შეიძლება დახასიათდეს როგორც სახელმწიფოს მარეგულირებელი როლის გაძლიერების მეშვეობით სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის გაფართოების ტენდენციები.

2001 წელს მთავრობაში რესპუბლიკური პარტიის წარმომადგენლის პრეზიდენტ ჯორჯ ბუშის მოსვლის შემდეგ, რომელიც გამოხატავდა ამერიკული საზოგადოების ყველაზე შეძლებულ ნაწილის ინტერესებს, ძირეულად შეიცვალა ბ. კლინტონის მიერ ჯანდაცვაში დანერგილი ტენდენციები. რესპუბლიკური პარტია ცდილობდა ჯანდაცვის სექტორში არსებული პრობლემები თავისუფალი ბაზრის განვითარების პრინციპებით გადაეწყვიტა. “საჭიროა არჩევანი და არა სამთავრობო სტანდარტი, რომელიც ერთნაირი იქნება ყველასათვის. ჩვენ არ მოვხდენთ ჯანდაცვის სისტემის ნაციონალიზაციას. ჩვენ ხელს შეუწყობთ ინდივიდუალურ არჩევანს და კერძო დაზღვევას. მაგრამ დაბალშემოსავლიანი პირებსაც უნდა ჰქონდეთ მაღალხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება”, ნათქვამია რესპუბლიკური პარტიის პროგრამაში¹⁰.

რესპუბლიკური პარტია შეეცადა განეხორციელებინა მედიქეას პროგრამის მოდერნიზება, მიეცა მისთვის ფინანსური სტაბილურობა, გაენთავისუფლებინა ზედმეტი ბიუროკრატიული ზღუდეებისაგან, გაეძლიერებინა დაუსაბუთებელი სამედიცინო დახმარებით გამოწვეულ ჯანდაცვის ხარჯების ზრდასთან ბრძოლა, მოახდინა კერძო სექტორის სტიმულირება შედარებით

იაფი მედიკამენტების წარმოების თვალსაზრისით და ა. შ. რესპუბლიკური პარტიის მთავარ ამოცანას წარმოადგენდა ეკონომიკის განვითარებაზე ზრუნვა, დასაქმებულ ამერიკელთა რაოდენობის გაზრდა და შესაბამისად მათი სამუშაო ადგილის მიხედვით ჯანმრთელობის დაზღვევით უზრუნველყოფა.

“ახალი სამუშაო ადგილები, ჩვენი ეკონომიკის დინამიზმი განაპირობებს ჯანდაცვის წინსვლას და არა რომელიმე სამთავრობო პროგრამა. ჩვენ ვიძლევი უპრეცედენტო საგადასახადო კრედიტებს, რომლითაც 27 მლნ დასაქმებულს და მათ ოჯახებს საშუალება ეძლევათ შეიძინონ ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის პოლისები. ჩვენ მხარს დაუჭერთ საგადასახადო შეღავათებს იმ პირებისათვის, რომლებიც ეწევიან კერძო ბიზნესს” – ნათქვამია რესპუბლიკური პარტიის პლატფორმაში¹⁰.

2003 წელს კონგრესმა მიიღო მედიკამენტების პროგრამის ფარგლებში მედიკამენტების გამოწერის, გაუმჯობესების და მოდერნიზაციის კანონი (Medical Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act), რომელიც მოიცავდა რეცეპტით გამოწერილი მედიკამენტების ღირებულების კომპენსაციას მოხუცთათვის და ინვალიდთათვის. კანონის შესაბამისად, მედიკამენტების ღირებულების კომპენსაცია განიხილება როგორც სტაციონარული, ასევე ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურებისათვის. კანონის საერთო ღირებულება შეადგენდა 395 მლრდ დოლარს¹⁰.

ჯანდაცვის რეფორმები განიხილებოდა აგრეთვე 2008 წლის საპრეზიდენტო არჩევნებში როგორც ჰილარი კლინტონის, ასევე ბარაკ ობამას მიერ.

16.2. სადაზღვევო გეგმები

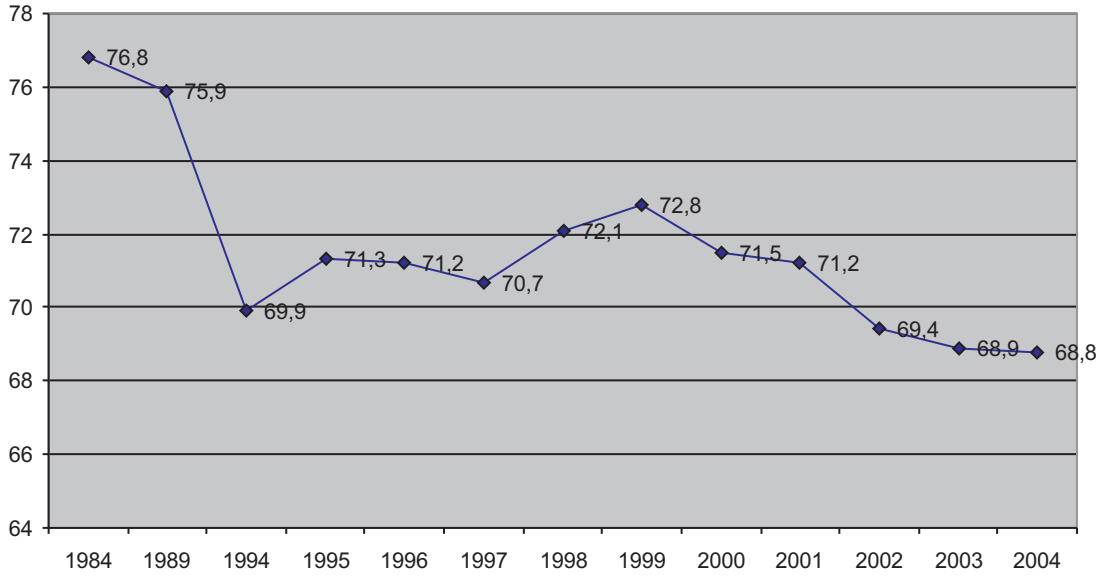
2006 წლის მონაცემებით ამერიკელთა 86 % მოცული იყო სამედიცინო დაზღვევის ამა თუ იმ ფორმით.

ცხრილი 1: 65 წელს ქვევით ამერიკელთა რაოდენობა და დაზღვეულთა პროცენტი დაზღვევის წყაროს მიხედვით, 1994, 2005 წწ.

	1994		2005	
	მილიონი	%	მილიონი	%
დამსაქმებლის მიერ დაფინანსებული	148.1	64.4	159.5	62.0
ინდივიდუალური	17.3	7.5	17.8	6.9
მედიკა	3.7	1.6	6.5	2.5
მედიკედი	29.1	12.7	34.7	13.5
მილიტარული	8.7	3.8	7.7	3.0
დაუზღვეველი	36.5	15.9	46.1	17.9
სულ	229.9	104.9	257.4	105.3

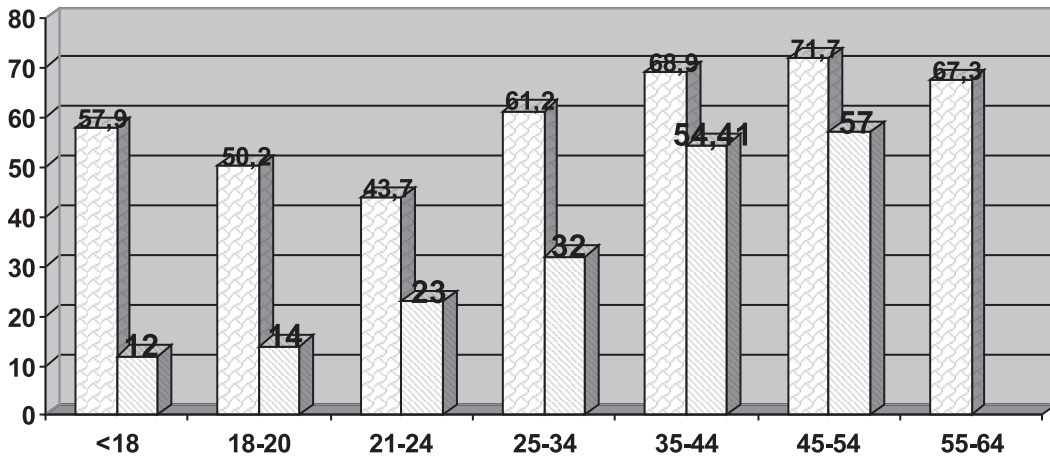
დამსაქმებლებზე დაფუძნებული დაზღვევა წარმოადგენს დასაქმებულთა კომპენსაციის ნაწილს. იგი მოიცავს მხოლოდ ერთი პირის დაზღვევას, დასაქმებულს +1, ან დასაქმებულს +2-ს; დასაქმებულის მთელი ოჯახის მოცვას. ასეთი დაზღვევის დროს დაახლოებით ნახევარი დამსაქმებლის მიერ არის დაზღვევით მოცული, დანარჩენი ნაწილი კი დასაქმებულის ოჯახის წევრებს წარმოადგენს, რომელთა მოცვა მხოლოდ დასაქმებულის ოჯახის წევრობით არის განსაზღვრული.

ნახაზი 1: დასაქმებაზე დაფუძნებული ჯანმრთელობის დაზღვევით 65 წლამდე მოსახლეობის მოცუვა, ა.შ.შ. 1984-2004 წწ.



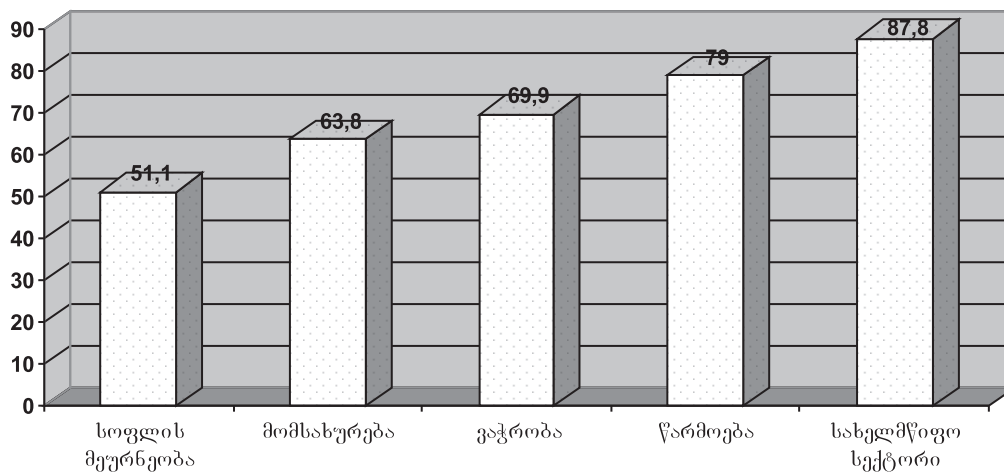
წყარო: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health, Statistics, National Health Interview Survey. Health, United States 2006.

ნახაზი 2: დასაქმებაზე დაფუძნებული დაზღვევის მოცუვა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, 2004 წ.



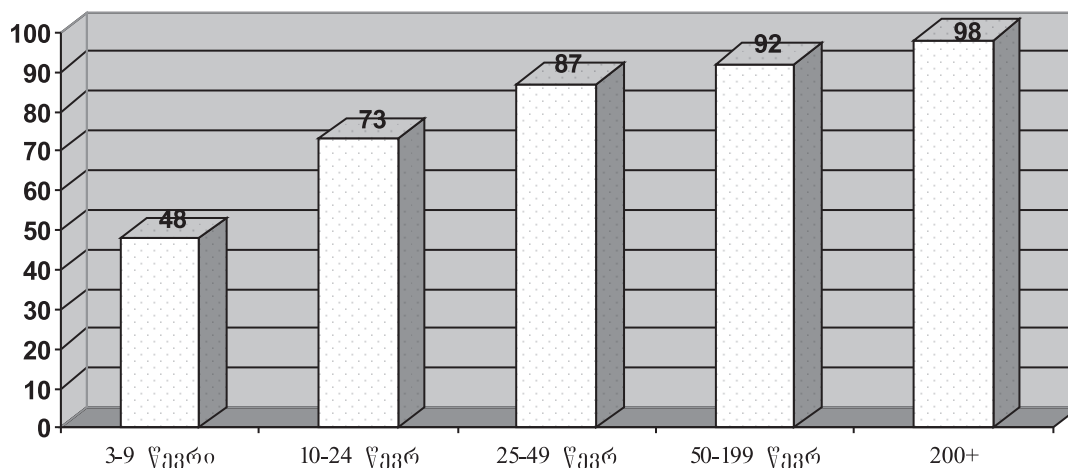
წყარო: Fronstin (2005)

ნახაზი 3: დაზღვეულ დასაქმებულთა პროცენტული განაწილება სხვადასხვა დარგების მიხედვით, 2005 წ.



წყარო: Fronstin (2006)

ნახაზი 4: სამედიცინო დაზღვევაში მონაწილე საწარმოთა პროცენტული წილი, 2006 წ.



წყარო: Claxton et al. (2006)

დასაქმებაზე დაფუძნებულ დაზღვევის სისტემაში ძირითადად სრულად დასაქმებულნი (full-time workers) არიან მოცულნი. ნაწილობრივ დასაქმებულები (part-time workers) საწარმოთა მხოლოდ 31 %-ს ჰყავთ დაზღვეულები. როდესაც საწარმო მონაწილეობს დაზღვევაში, დასაქმებულთა მხოლოდ 78 %-ს აქვთ დაზღვევით მოცვის უფლება. ამავე დროს, მათგან მხოლოდ 82 % არის დაზღვევით მოცული.

დასაქმებაზე დაფუძნებულ დაზღვევის სისტემაში საწარმოს მიერ არჩეული სადაზღვევო გეგმათა რაოდენობა განსხვავებულია საწარმოთა მოცულობის მიხედვით. საწარმოების, სადაც დასაქმებულთა რაოდენობა 5000 აღემატება: 29 % მონაწილეობს სამზე მეტ სადაზღვევო გეგმაში,

42 %-ს მონაწილეობს ორზე მეტ სადაზღვევო გეგმაში. საწარმოების, სადაც დასაქმებულთა რაოდენობა 200-ზე ნაკლებია: მხოლოდ 10 % მონაწილეობს ერთზე მეტ სადაზღვევო გეგმაში.

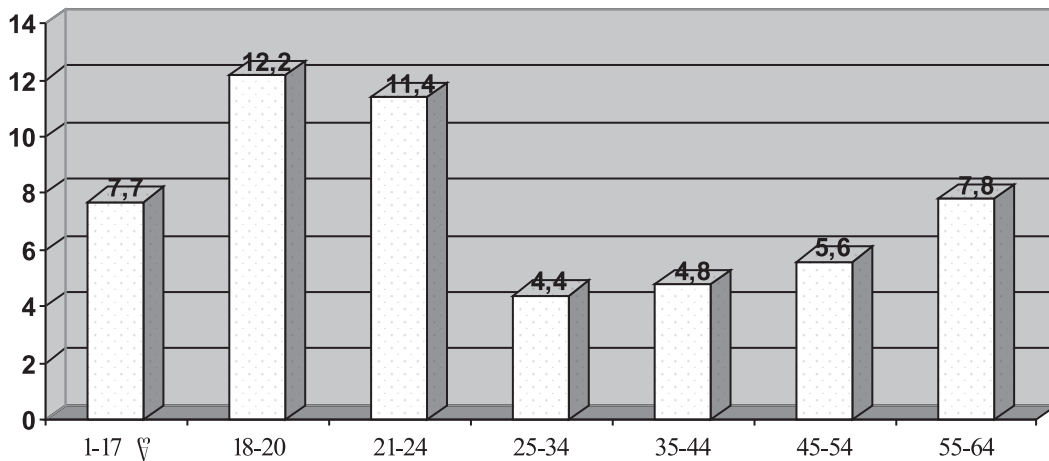
სადაზღვევო პროგრამა მოიცავს ჰოსპიტალიზაციას, ექიმების ვიზიტებს, მედიკამენტების გამოწერას, ამბულატორიულ და სტაციონარულ ფსიქიატრიულ მომსახურებას.

2006 წლის მონაცემებით, ყოველთვიური საშუალო სადაზღვევო პრემია მხოლოდ ერთი დაზღვეულისათვის შეადგენდა 354 \$-ს, ოჯახური მოცვისათვის – 957 \$-ს. დასაქმებულთათვის ყოველთვიური საშუალო სადაზღვევო პრემია მხოლოდ ერთი დაზღვეულისათვის შეადგენდა 52 \$-ს, ოჯახური მოცვისათვის – 248 \$-ს.

სადაზღვევო შენატანის გარდა დასაქმებულები იხდიან თანაგადახდებს და დედუქტივებს (deductibles). HMO-ში გაწვერიანებულ ბენეფიციართა 57 % იხდიან 15 \$-ს ან 20 \$-ს. PPO-ში გაწვერიანებული ბენეფიციარები იხდიან 473 \$-ს.

ინდივიდუალური დაზღვევა. ინდივიდუალური დაზღვევა შედარებით მცირე როლს თამაშობს სადაზღვევო ბაზარზე. ინდივიდუალური დაზღვევით 17,8 მილიონი ამერიკელია მოცული, რაც მთლიანი მოსახლეობის 6,9%-ს შეადგენს (2005 წ.). ასეთი სახის დაზღვევის შემთხვევაში დაზღვეულები თვითონ ირჩევენ სადაზღვევო გეგმებს, შესაბამისად სადაზღვევო შენატანები ძლიერ განსხვავებულია.

ნახაზი 5: ინდივიდუალური დაზღვევით მოსახლეობის მოცვა ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, 2004 წ.



წყარო: Fronstin (2005)

სახელმწიფო პროგრამები

ა.შ.შ. ფედერალური სახელმწიფოა, რომელიც აერთიანებს 50 შტატს. თითოეულ შტატს ჰყავს თავისი მთავრობა და საგადასახადო სამსახურები. კონსტიტუციის მიხედვით, ჯანდაცვაზე და სოციალურ უზრუნველყოფაზე მთავარი პასუხისმგებლობა აკისრია შტატებს, თუმცა ფედერალური მთავრობა ახორციელებს საერთონაციონალური სტანდარტების, მარეგულირებელი მექანიზმების, საინფორმაციო სისტემების შემუშავებას. იგი აგრეთვე წარმოადგენს კვლევების, სამედიცინო მომსახურების და ექსპერიმენტული პროგრამების დაფინანსების უმთავრეს წყაროს.

- ა.შ.შ-ში ფედერალური და შტატების მიერ ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსება მოიცავს:
 - < 65 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობას, ინვალიდებს (Medicare);
 - < უმწეო მოსახლეობას (Medicaid);
 - < ვეტერანების და მათი ოჯახების სამედიცინო მომსახურებას (Veterans Administration);
 - < 18 წლამდე ბავშვთა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამას (State Children's Health Insurance Program);
 - < კვლევის და სანიტარული განათლების დაფინანსებას;
 - < ჯანდაცვის ადგილობრივი ცენტრების მხარდაჭერას;
 - < ღარიბ და არასაკმარისად განვითარებული ჯანდაცვის სისტემის რაიონებში სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას.

მედიკა (Medicare)

მედიკა სოციალური დაზღვევის ფედერალურ პროგრამას წარმოადგენს, რომლის ადმინისტრირებას ახორციელებს ა.შ.შ-ის მთავრობა. პროგრამით მოცულია ა.შ.შ-ის ნებისმიერი მოქალაქე (ვინც 5 წლის განმავლობაში ლეგალურად ცხოვრობს შტატებში), რომელთა ასაკი შეადგენს 65 წელს და მას ზევით, აგრეთვე 65 წელს ქვემოთ ინვალიდები ვინც ღებულობს სოციალური დაცვის სარგებლებით ბოლო 24 თვის განმავლობაში, აგრეთვე თირკმლის უკმარისობის ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პირები (რომლებიც საჭიროებენ ჰემოდიალიზს ან თირკმლის გადანერგვას). 2005 წელს 35,8 მილიონი 65 წელს გადაცილებული ადამიანი მონაწილეობდა ამ პროგრამაში.

ბენეფიციარების უმრავლესობა ჩართულნი როგორც მედიკას ასევე მედიკეიდის პროგრამებში (დუალური მოცვის უფლება), რაც იმას ნიშნავს, რომ ზოგიერთ შტატში შემოსავლების გარკვეულ ზღვარს ქვემოთ მყოფ ბენეფიციარებზე მედიკეიდი იხდის მედიკას ჯანმრთელობის დაზღვევის (Part B) და რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტებით უზრუნველყოფის (Part D) პროგრამების პრემიებს.

2007 წლის მონაცემებით, მედიკას პროგრამით მოცული იყო 43 მილიონი ამერიკელი. ზოგიერთი მკვლევარის ინფორმაციით 2031 წელს მედიკას პროგრამით დაზღვეულთა რაოდენობა 77 მილიონს გადაჭარბებს.

მედიკას, მედიკეიდის, ბავშვთა სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო პროგრამების მართვას ახორციელებს მედიკას და მედიკეიდის სერვის ცენტრები (Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)) რომელიც თავის მხრივ წარმოადგენს ჯანმრთელობის და ადამიანთა სერვისების დეპარტამენტის (Department of Health and Human Services (HHS)) ნაწილს.

სოციალური უსაფრთხოების ადმინისტრაცია პასუხისმგებელია განსაზღვროს მედიკაში დასაზღვევი კონტიგენტი და სადაზღვევო პრემიების მოცულობა. მედიკას და მედიკეიდის სერვის ცენტრის (CMS) მთავარი აქტუარები ვალდებული არიან მედიკას მეურვეთა საბჭოს (Medicare Board of Trustees) წარუდგინონ პროგრამის ფინანსური მდგომარეობის შესახებ ანგარიში.

მედიკას პროგრამის **სარგებელი** ოთხი ნაწილისგან შედგება. თავდაპირველად იგი შედგებოდა მხოლოდ 2 ნაწილისაგან: ნაწილი “ა” (პოსპიტალური დაზღვევა) და ნაწილი “ბ” (ჯანმრთელობის დაზღვევა). მედიკამენტებით უზრუნველყოფა მხოლოდ ძალიან მცირე, განსაკუთრებული შემთხვევის დროს ხორციელდებოდა. 2006 წლის იანვრიდან მას დაემატა ნაწილი “დ” (რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტებით უზრუნველყოფა). ნაწილი “ც” (მედიკას უპირატესობის გეგმა) საშუალებით ბენეფიციარს შეუძლია მიიღოს მედიკას “ა”, “ბ” და “დ” ნაწილები ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის გეგმების მეშვეობით.

პოსპიტალური დაზღვევა (Part A) – სავალდებულოა და მოიცავს სტაციონარული სამედიცინო დახმარების ანაზღაურებას, ბინაზე მოვლის ზოგიერთ ფორმებს (მედლის სახლები).

პროგრამით განსაზღვრული სარგებლის მისაღებად აუცილებელია, რომ სტაციონარში დაყოვნება შეადგენდეს მინიმუმ 3 დღეს მაინც (გამოწერის დღე არ ითვლება). მედიის სახლში მოვლისათვის (ფიზიკური თერაპია, რეაბილიტაცია) აუცილებელია საავადმყოფოს დასაბუთებული მიმართვა. მედიის სახლებში დაყოვნების მაქსიმალური ვადაა 100 დღე. პირველ 20 დღეს მთლიანად იხდის მედიქა, დანარჩენ 80 დღეზე დაწესებულია თანაგადახდა (დღეში 128 \$ - 2008 წ.). აღნიშნული სქემით არ ანაზღაურდება ხანგრძლივი მოვლა, პერსონალური ჰიგიენა, კვება და ა. შ..

ჯანმრთელობის დაზღვევა (Part B) – ნებაყოფლობითია და მოიცავს სამედიცინო მომსახურების იმ სახეებს, რომლებიც არ შედის Part A-ში, კერძოდ, ამბულატორიული მკურნალობა, ექიმისა და მედიის მომსახურება, დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები, სისხლის გადასხმები, თირკმლის დიალიზი. პროგრამა აფინანსებს გადასადგილებელი სამედიცინო აპარატურით, ხელჯოხებით, ინვალიდის ეტლებით, გადასადგილებელი სკუტერებით იმ პაციენტებს რომლებსაც აქვს პრობლემები გადაადგილებასთან დაკავშირებით. ასევე ხორციელდება პროტეზებით, ხელოვნული კიდურებით, მკერდის პროტეზით (ვისაც ჩაუტარდა მასტექტომია), სათვალეებით (კატარაქტის ოპერაციის შემდგომ), ჯანგბადის ბალონებით (სახლში მოხმარებისათვის) და სხვა აუცილებელი სამედიცინო დანიშნულების საგნებით უზრუნველყოფა. პროგრამა აფინანსებს იმუნოსუპრესულ პრეპარატებს იმ პაციენტებისათვის ვისაც აქვს გადანერგილი რაიმე ორგანო, ჰორმონოთერაპიას (მაგ., ლუპრონი) და სხვა. ამ პროგრამით ხორციელდება იმ პრეპარატების ანაზღაურება რომელიც გამოწერილ იქნა ექიმის მიერ პაციენტის ოფისში ვიზიტისას. მედიქას წევრები ჯანმრთელობის დაზღვევისთვის იხდიან დამატებით შენატანს.

მედიქას უპირატესობის გეგმა (Part C) – 1997 წელს მიღებული კანონის (Balanced Budget Act) შესაბამისად, მედიქას ბენეფიციარებს საშუალება აქვთ მიიღონ მედიქას სარგებელი ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის გეგმებით. ეს პროგრამები ცნობილია, როგორც “მედიქა + არჩევანის” (“Medicare+Choice”) გეგმა. 2003 წელს მიღებული კანონის (Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act) შესაბამისად, “მედიქა + არჩევანის” (“Medicare+Choice”) გეგმა ცნობილია, როგორც მედიქას უპირატესობის გეგმა (Medicare Advantage - MA).

მედიქას სტანდარტული პაკეტი მოიცავს საიჭირო სამედიცინო მომსახურებების დაფინანსებას ქვეყნის ნებისმიერ კლინიკაში და სამედიცინო ცენტრში. იმ პირთა სამედიცინო მომსახურებაზე ვინც აირჩია Part C გეგმა მედიქა ყოველთვიურად იხდის განსაზღვრულ თანხას. ბენეფიციარმა კი მედიქა Part B-ს შენატანის გარდა დამატებით უნდა გადაიხადოს თვიური შესატანი, აგრეთვე ექიმთან მიმართვისას იხდის ფიქსირებულ გადასახადს (მაგალითად, 20 \$ თანაგადახდა). სპეციალისტთან მიმართვისას თანაგადახდა შესაძლოა უფრო მაღალი აღმოჩნდეს.

მედიქას უპირატესობის გეგმით (Part C) დადგენილი პაკეტი უნდა შეიცავდეს მინიმუმ იმ სერვისებს, რომელსაც სთავაზობს ბენეფიციარებს მედიქას სტანდარტული პროგრამა. იმ შემთხვევაში, როდესაც მედიქას უპირატესობის გეგმა სრულად არ ფარავს სერვისების ღირებულებებს, მოქმედებს თანაგადახდის პრინციპი. ასევე, პაკეტების უმეტესობა მომხმარებელს სთავაზობს დამატებით მომსახურებებს, რომლებსაც არ მოიცავს მედიქა (მაგ., სტომატოლოგიური მომსახურება). თუმცა, ასეთი პაკეტის მფლობელები დიდი რაოდენობის თანხებს იხდიან ჯიბიდან.

2006 წელს მედიქას წევრებმა რომლებმაც აირჩიეს მედიქას უპირატესობის Fee-for-Services გეგმა, ყოველთვიურად იხდიან 55,92 დოლარით მეტს ვიდრე მედიქას სტანდარტული გეგმით დაზღვეულები. მედიქას უპირატესობის გეგმის სხვა ტიპის პაკეტის მფლობელები ყოველთვიურად დამატებით იხდიან 71,22 დოლარს ან უფრო მეტს.

მედიქეას უპირატესობის გეგმა (Part C) ასევე მოიცავს რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტებით უზრუნველყოფის (Part D) პროგრამით განსაზღვრული ექიმის მიერ დანიშნული პრეპარატების ღირებულების ანაზღაურებას (Medicare Advantage Prescription Drug plan - MAPD).

ამ პროგრამით დაზღვეული ბენეფიციარები 2005 წლიდან 2007 წლამდე 5,4 მილიონიდან 8,2 მილიონამდე გაიზარდა. 2008 წლის მხოლოდ პირველ კვარტალში დამატებით 800 000 ბენეფიციარი გაწევრიანდა აღნიშნულ გეგმაში, რაც მედიქეას ბენეფიციართა 19 % შეადგენს. რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტებით უზრუნველყოფის (Part D) პროგრამით მოცული ბენეფიციარების დაახლოებით მესამედი ჩართულნი არიან მედიქეას უპირატესობის გეგმაში (Part C).

რეცეპტით გასაცემი მედიკამენტებით უზრუნველყოფა (Part D). მედიქეას ეს ნაწილი ძალაში შევიდა 2006 წლის პირველ იანვარს მიღებული კანონის (Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act) შესაბამისად. ბენეფიციარი, ვინც ფლობს მედიქეას “ა” და “ბ” ნაწილებს, უფლება აქვთ ჩაერთონ ამ პროგრამაშიც.

მედიქეას “ა” და “ბ” ნაწილებისაგან განსხვავებით “დ” ნაწილით მოცვა არ არის სტანდარტული. პაკეტის შერჩევა ხდება იმის მიხედვით, თუ რომელი პრეპარატების ან პრეპარატთა ჯგუფების ღირებულების დაფარვა სურს ბენეფიციარს. არჩევანი არის თავისუფალი. გამონაკლისს წარმოადგენს გარკვეული პრეპარატები (ბარბიტურატები, ბენზოდიაზეპინები და ხველების სუპრტესორები), რომელთა დაფარვაც არ ხორციელდება. აქვე აღსანიშნავია, რომ ორმაგ ბენეფიციარებს (მედიქეას და მედიქეიდის ბენეფიციარები) უნაზღაურებენ გამონაკლის პრეპარატებსაც (მაგ., ბენზოდიაზეპინები).

მედიქეას პროგრამა არ მოიცავს სამედიცინო მომსახურების შემდეგ სახეებს:

- < სმენის აპარატები;
- < ოფთალმოლოგიური მომსახურების უმრავლესობა;
- < სტომატოლოგიური მომსახურების უმრავლესობა;
- < ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურება ბინაზე ან მოხუცებულთა სახლებში;
- < ა.შ.შ.-ს საზღვრებს გარეთ გაწეული სამედიცინო მომსახურების უმეტეს ნაწილი;
- < აკუპუნქტურა;
- < კოსმეტოლოგიური და ესთეტიკური ქირურგია.

2002 წელს მედიქეას პროგრამით 34,6 მლნ ასაკოვანმა პირმა და 6 მლნ ინვალიდმა მიიღო სტაციონარული მომსახურება. ხოლო დამატებითი ჯანმრთელობის დაზღვევით ისარგებლა 32,9 მლნ ასაკოვანმა პირმა და 5,2 მლნ ინვალიდმა¹¹. იმავე წელს საავადმყოფოს დაზღვევის პროგრამით ერთ დაზღვეულზე დახარჯულმა თანხამ შეადგინა 3689 \$, ხოლო დამატებითი ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამით – 2915 \$¹¹.

პროგრამის **დაფინანსება** ფედერალურ დონეზე, სოციალური უზრუნველყოფის ორგანიზაციის მეშვეობით ხორციელდება, რომელიც აგრეთვე აფინანსებს ფედერალურ საპენსიო სისტემას. 1954 წელს მიღებული კანონების (Federal Insurance Contributions Act, Self-Employment Contributions Act) შესაბამისად, მედიქეას დაფინანსების წყაროებს წარმოადგენენ სოციალური დაზღვევის გადასახადები, წევრების წინასწარი შენატანები, ფედერალური ბიუჯეტის სახსრები. დაფინანსების ძირითად წყაროს წარმოადგენს ხელფასზე დაწესებული 2,9 % გადასახადისგან შემოსული შემოსავლები, რომელსაც როგორც სოციალური დაზღვევის გადასახადის ნაწილს თანაბრად იხდიან დამქირავებლები და დასაქმებულები (შესაბამისად 1,45 %-ს თითოეული). თვითდასაქმებული აგრეთვე იხდის შემოსავლის 2,9 %-ს. აღნიშნული შემოსავლები თავს იყრის

მედიქეას საავადმყოფოს დაზღვევის სატრასტო ფონდში¹¹. ფონდის ადმინისტრაცია გეგმავს ამ გადასახადით მისაღებ შემოსავლებს, ადარებს საპროგნოზო ხარჯებთან. მხარდი ჯანდაცვის ხარჯების და მოსახლეობის დაბერების გამო წლიდან წლამდე იზრდება დეფიციტი. აქვე აღსანიშნავია, რომ ამ თანხის განკარგვის უფლება აქვს მხოლოდ კონგრესს (სოციალური დაცვის სააგენტოს მეშვეობით), რომელიც ხშირად სესხულობს ამ ფონდიდან და როგორც წესი არ აბრუნებს¹¹.

მედიქეას წევრები რომლებსაც აქვთ პაკეტი “ა” არ იხდიან პრემიებს ყოველთვიურად, რადგან 40 ან მეტი კვარტალის განმავლობაში ისინი იხდიდნენ ფედერალურ სადაზღვევო გადასახადებს (Federal Insurance Contributions Act taxes). ისინი ვინც 40 კვარტალის განმავლობაში არ იხდიდნენ შენატანებს მათ შეუძლიათ შეიძინონ მედიქეას პროგრამა, რისთვისაც იხდიან თვიურ შენატანებს:

233 დოლარი ყოველთვიურად მათთვის ვისაც აქვს მედიქეათი მოცვის 30 – 39 კვარტალური სამუშაო;

423 დოლარი ყოველთვიურად მათთვის ვისაც აქვს მედიქეათი მოცვის 30 კვარტალზე ნაკლები სამუშაო.

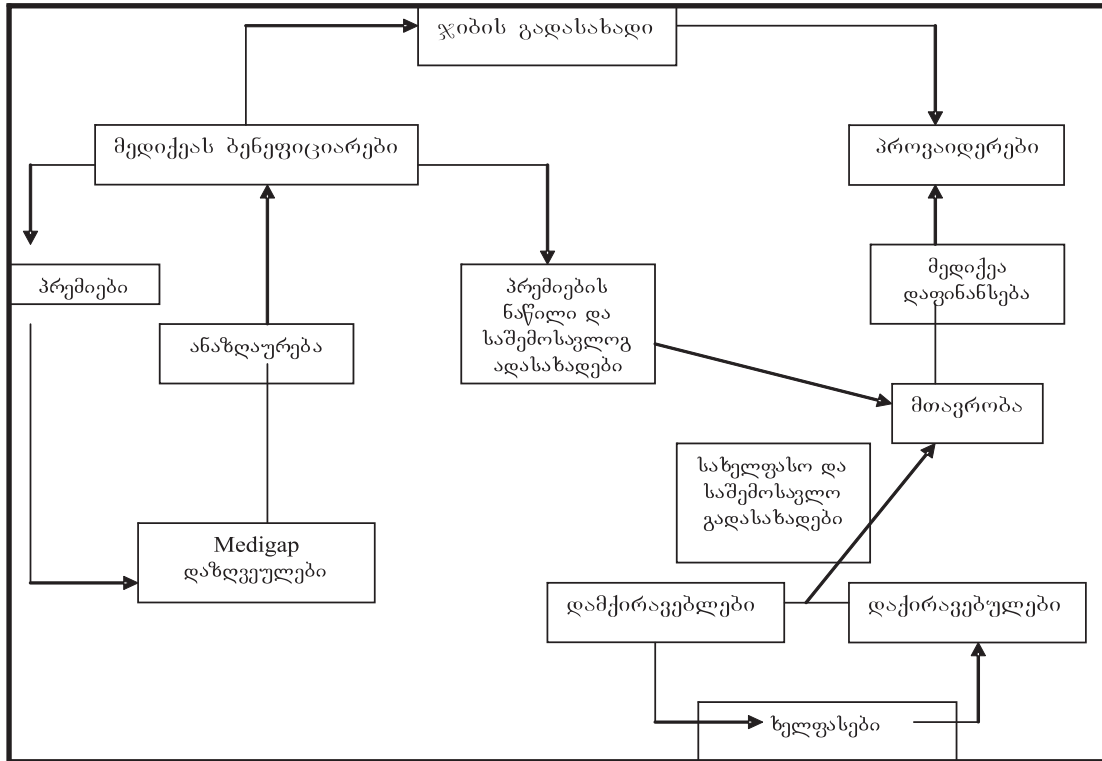
ყველა ბენეფიციარი რომელსაც აქვთ პაკეტი “ბ” იხდიან ყოველთვიურ შენატანებს. 2008 წელს სტანდარტული პაკეტის ღირებულება შეადგენდა 96,40 დოლარს ყოველთვიურად. 2007 წელს შემოდებულ იქნა შემოსავლებზე დაფუძნებული შენატანების ახალი სქემა. პრემიის მოცულობა იზრდება შემოსავლის მატებასთან ერთად. პრემიის მოცულობა უფრო მაღალია მათთვის რომელთა შემოსავალი აღემატება 80 000 დოლარს (ერთი ბენეფიციარი), ხოლო დაქორწინებულთა შემთხვევაში პრემიის მოცულობა უფრო მაღალია მათთვის რომელთა შემოსავალი აღემატება 160 000 დოლარს. შემოსავლების აღნიშნულ ზღვარს ზევით ისინი იხდიან \$122,20, \$160,9, \$199,7. ყველაზე მაღალი პრემია შეადგენს 238 დოლარს, იმ პირთათვის, რომელთა შემოსავალი შეადგენს 205 000 დოლარს ან როდესაც დაქორწინებულთა საერთო შემოსავალი შეადგენს 410 000 დოლარს.

მოსახლეობის ზოგიერთი ნაწილი ყიდულობს მედიქეას დამატებით პოლისებს, რომლითაც ხორციელდება იმ მომსახურებებით უზრუნველყოფა, რასაც არ მოიცავს მედიქეას პაკეტი. აღნიშნული პოლისები სტანდარტიზებულიებია მედიქეას და მედიქეიდის სერვის ცენტრის (CMS) მიერ, მაგრამ მათი გაყიდვას აწარმოებენ კერძო სადაზღვევო კომპანიები. 2006 წლამდე დამატებითი პოლისები მოიცავდა ექიმის მიერ გამოწერილი პრეპარატების დაფინანსებასაც, მაგრამ მედიქეას პაკეტი “დ”-ს ნაწილის ძალაში შესვლის შემდეგ აღნიშნული სერვისის გაყიდვა აგრძალდა იქნა.

მედიქეა კონტრაქტს დებს ადგილობრივ სადაზღვევო კომპანიებთან. მედიქეას და მედიქეიდის სერვის ცენტრის გამოთვლებით ა.შ.შ - ში ჯამთვლობაზე დახარჯული თითოეული დოლარიდან 33 ცენტი წარმოადგენს მედიქეას და მედიქეიდის მიერ გადახდილ თანხას (სახელმწიფო დაფინანსების ჩათვლით). ერთი დოლარიდან 61 ცენტი იხარჯება მედიქის სახლების დაფინანსებაში, 47 ცენტი სტაციონარული მომსახურებისათვის, ხოლო 27 ცენტი ექიმის მომსახურებაში, რომლებსაც აფინანსებს მედიქეა და მედიქეიდი.

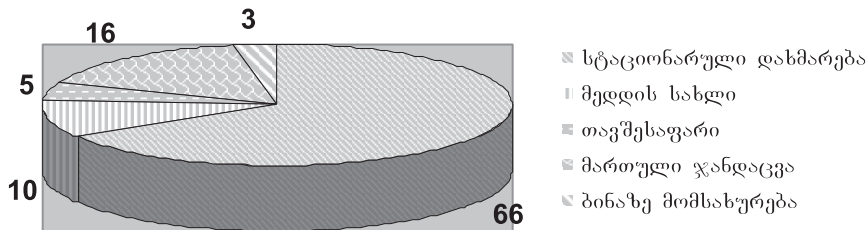
“ა” პაკეტის სერვისების ანაზღაურება ძირითადად DRG-ის მიხედვით ხორციელდება. “ბე” პაკეტის ექიმების ანაზღაურება, ძირითადად, ექიმის მიერ ჩატარებული პოცედურების მიხედვით ხორციელდება. იმის გამო, რომ ამ პრინციპით ექიმის ანაზღაურებამ საკმაოდ მაღალი ხარჯები შეადგინა, 2006 წელს 4,4 %-ით შემცირებულ იქნა ექიმების დაფინანსება. შემდგომ წლებში გამიზნულია მისი 25-35 %-ით შემცირება.

ნახაზი 6: მედიქას დაფინანსების სისტემა



2006 წელს კონგრესში წარმოდგენილ მოხსენებაში აღნიშნული იყო, რომ მედიქას მზარდი ხარჯების გამო 2018 წლისათვის იგი ამოწურავდა რესურსებს და შეწყვეტდა არსებობას. აქვე აღსანიშნავია, რომ ასეთი სახის მოსაზრებები ადრეც არსებობდა და მედიქას გაკოტრებას 2005 წლისათვისაც უწინასწარმეტყველებდნენ. 2007 წლის აგვისტოში, კონგრესმა ხმა მისცა შეემცილებინათ მედიქას დაფინანსება და ამ თანხებით განეფითარებინათ ბავშვთა დაზღვევა. მაგრამ სენატმა უარი თქვა შემოთავაზებულ პროექტზე.

ნახაზი 7: Medicare ჯანდაცვის ხარჯები, 2004 წ.

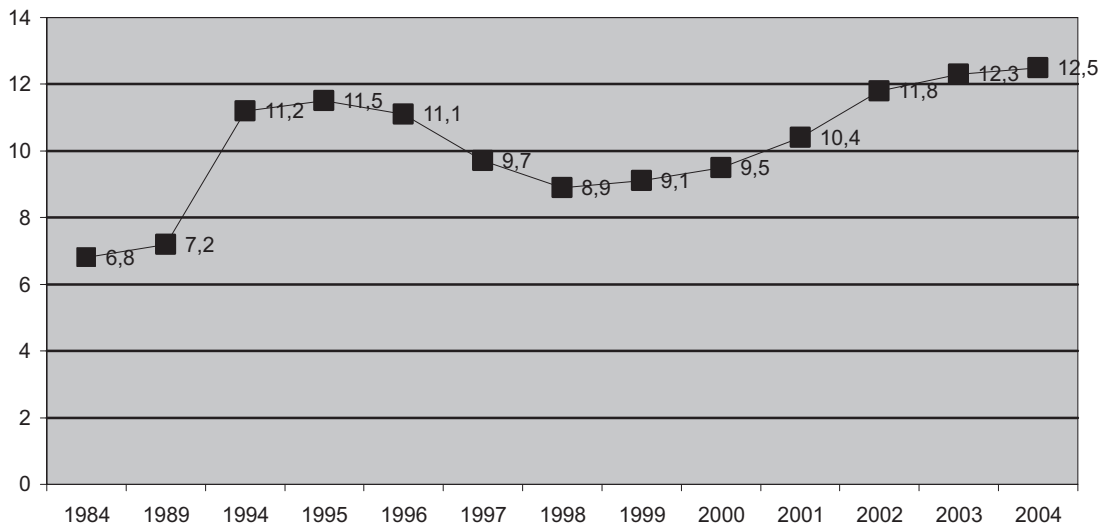


წყარო: National Center for Health, Statistics, United States 2006.

მედიკეიდის (Medicaid) პროგრამა. პროგრამას ახორციელებენ ფედერალური და შტატების მთავრობები. შტატების დახარჯულ ყოველ 1 დოლარზე ფედერალური მთავრობა იხდის 50 ცენტს. ღარიბი შტატებისათვის ფედერალური მთავრობა იხდის 80 %-ს¹¹. მედიკეიდის პროგრამაზე იხარჯება შტატების ბიუჯეტის 20 %¹¹.

პროგრამის მეშვეობით ჯანმრთელობის დაზღვევით მოცული იქნა ამერიკელთა 25 % (54 მლნ. ადამიანი – 2005 წ.). მედიკეიდის საშუალებით სამედიცინო დახმარების მიღების პირობები და მისი დიაპაზონი სხვადასხვა შტატში ძლიერ განსხვავებულია¹¹. თითოეული შტატი თვითონ ადგენს, თუ ვის აქვს ასეთი სახის დაზღვევის მიღების უფლება და რამდენი გამოყოს პროგრამის დასაფინანსებლად. აღსანიშნავია, რომ ყველა ის ამერიკელი, რომელთა შემოსავალი სიღარიბის ზღვარს ქვევითაა, შეიძლება პროგრამით არ იყოს მოცული.

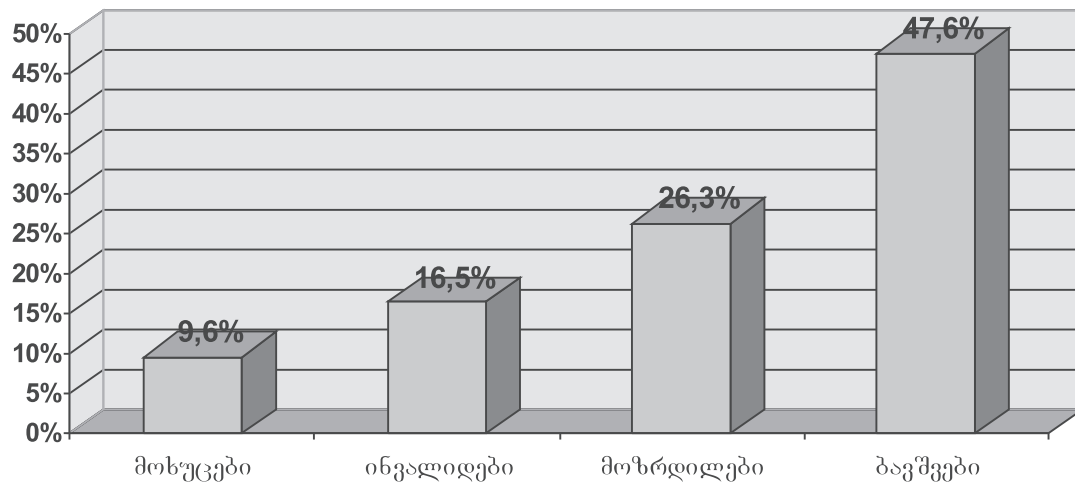
ნახაზი 8: მედიკეიდის პროგრამით მოსახლეობის მოცვა, ა.შ.შ. 1984-2004 წწ.



წყარო: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health, Statistics, National Health Interview Survey. Health, United States 2006.

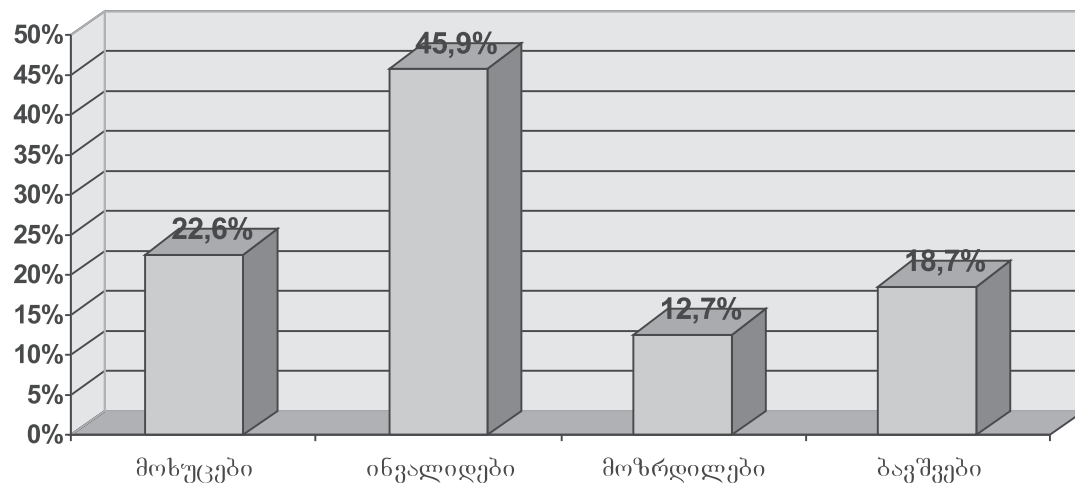
მედიკეიდი ვრცელდება ღარიბთა ოჯახის წევრებზე: ბავშვები და ორსული ქალები, ასაკოვანი პირები, უსინათლოები, ერთ-ერთი მშობლის ზრუნვას მოკლებული ბავშვები, უფლებამართებული ან უმუშევარი 21 წლამდე ახალგაზრდები, ინვალიდები, აგრეთვე ზოგიერთი დაავადებებით ავადმყოფები (ტუბერკულოზი, სიმსივნის ზოგიერთი ფორმა). ისევე როგორც მედიკეას პროგრამა მედიკეიდი არ ვერ ფარავს მკურნალობის ყველა ხარჯებს.

ნახაზი 9: Medicaid-ის წევრთა % შეფარდება, ბენეფიციართა მთლიანი რაოდენობა 59,7 მილიონი, 2006 წ.



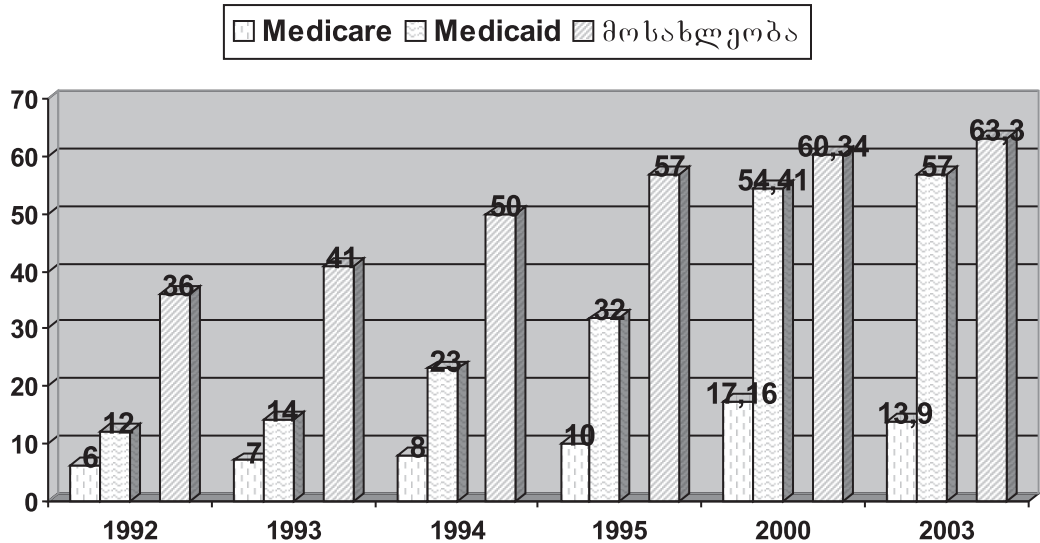
წყარო: Congressional Budget Office (2006)

ნახაზი 10: Medicaid-ის დაფინანსება ბენეფიციართა მიხედვით, მთლიანი დაფინანსება 170,4 მილიარდი დოლარი, 2006 წ.



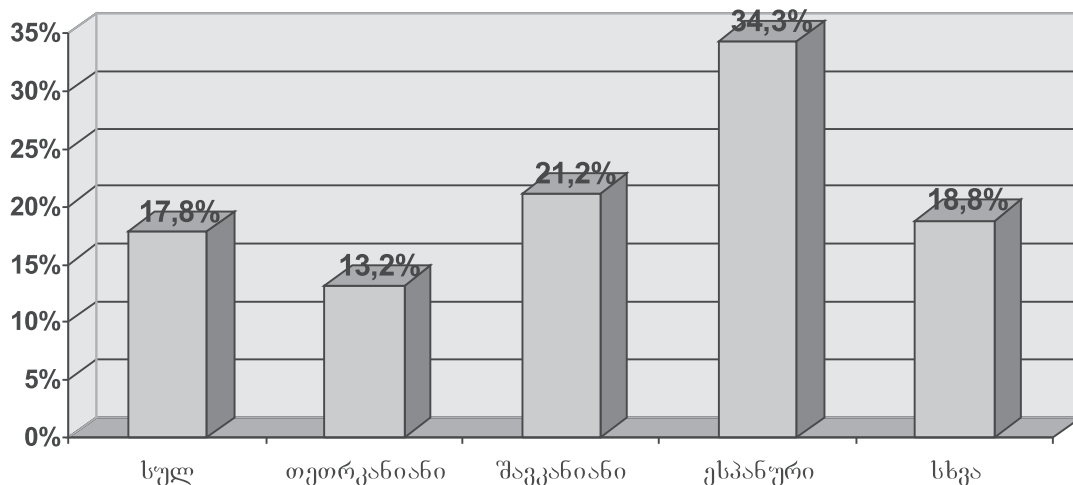
წყარო: Congressional Budget Office (2006)

ნახაზი 11: Medicare და Medicaid-ის წევრთა % შეფარდება ა.შ.შ-ის მოსახლეობასთან მიმართებაში, 1992-2003 წწ.



დაუზღვეველი მოსახლეობა შეადგენს მთლიანი მოსახლეობის 15 % (46 მლნ ადამიანი), ამასთან მოსახლეობის 15 % სამედიცინო მომსახურებისათვის განსაზღვრულია მინიმალური დოტაცია. აქვე აღსანიშნავია ის 77 მლნ პირი, რომელთაც აქვთ ე. წ. “წყვეტილი დაზღვევა”, ანუ განსაზღვრულ პერიოდში არ აქვთ არანაირი დაზღვევა (მაგ., სამუშაოს დაკარგვის შემთხვევაში). ამგვარად, ა.შ.შ-ში მოსახლეობის თითქმის მესამედისთვის სამედიცინო მომსახურება ნაკლებად ხელმისაწვდომია; ყოველ მე-5 დასაქმებულს არ აქვს დაზღვევა; ყოველ მე-4 ამერიკელს არ აქვს ღხ დაზღვევა; 2-დან 1-ს აქვს სტომატოლოგიური მომსახურების დაზღვევა; მოსახლეობის 15 %-ზე ნაკლებს აქვს ნებისმიერი სახის ხანგრძლივი სამედიცინო მომსახურების დაზღვევა.

ნახაზი 12: დაუზღვეველი მოსახლეობის რაოდენობა, ა.შ.შ. 1984-2004 წწ.



წყარო: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health, Statistics, National Health Interview Survey. Health, United States 2006.

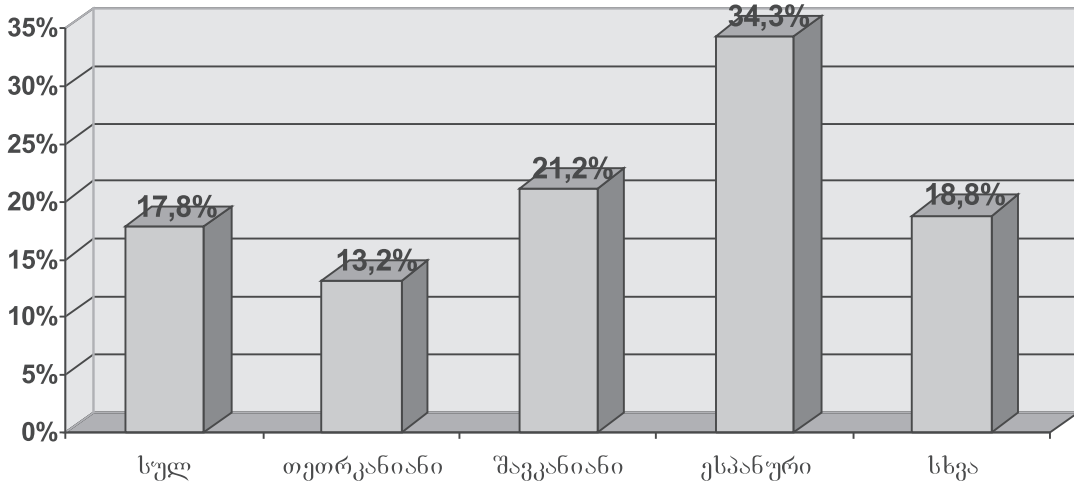
1984-2004 წლების პერიოდში ა.შ.შ-ში დაუზღვეველთა რაოდენობა 14,5 %-დან 16,4 %-მდე გაიზარდა.

ცხრილი 2: დაუზღვეველი მოსახლეობის პროცენტული რაოდენობა ასაკობრივი კატეგორიების მიხედვით, ა.შ.შ. 2004 წწ.

დაუზღვეველი	დაუზღვეველი სულ	დაუზღვეველი 12 თვეზე მეტი ხნის განმავლობაში	დაუზღვეველი 12 თვემდე ხნის განმავლობაში
18 წლამდე	12,5	5,4	6,3
18-24 წლამდე	36,1	19,9	14,8
25-34 წლამდე	31,1	18,1	11,7
35-44 წლამდე	20,9	13,0	6,7
45-54 წლამდე	16,2	10,1	5,0
55-64 წლამდე	13,4	8,7	3,7

წყარო: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health, Statistics, National Health Interview Survey. Health, United States 2006.

ნახაზი 13: დაუზღვეველი მოსახლეობის პროცენტული რაოდენობა რასობრივი წარმომავლობის მიხედვით, ა.შ.შ. 2004 წწ.



წყარო: Fronstin (2006)

სამედიცინო პერსონალი

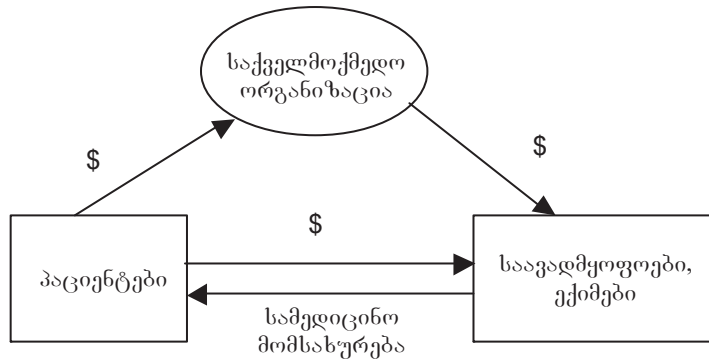
ექიმის პროფესია ერთ-ერთი ყველაზე უფრო მაღალანაზღაურებად პროფესიას წარმოადგენს. 1980-იან წლებში ექიმის შემოსავალი წელიწადში 100 000 დოლარსაც აღწევდა. სპეციალისტების, განსაკუთრებით ქირურგების ანაზღაურება შედარებით მაღალია. ასეთი მაღალი ანაზღაურების ერთ-ერთ მიზეზად ექიმები ხანგრძლივ და ძვირადღირებულ სამედიცინო განათლებას უკავშირებენ. უმრავლეს შემთხვევაში მომავალი ექიმები თავდაპირველად გადიან ოთხწლიან საერთო საგანმანათლებლო კურსების კოლეჯებში. საუკეთესო კერძო უმაღლეს სასწავლო დაწესებულებებში ერთწლიანი სწავლება დაახლოებით 12 000 დოლარზე მეტი ღირს. შემდგომ პირები რომლებიც ირჩევენ სამედიცინო პროფესიას, კიდევ ოთხი წელი სწავლობენ სამედიცინო ფაკულტეტებზე, სადაც სწავლება 10 000 დოლარზე მეტი ღირს. სამედიცინო დიპლომის მიღების შემდეგ ახალგაზრდა ექიმი საავადმყოფოში გადის სამიდან ხუთ წლამდე ორდინატურას, თავდაპირველად პრაქტიკანტის სახით, შემდეგ კი უმცროსი ექიმის ხარისხით. ორდინატურის შემდგომ სამედიცინო პრაქტიკის წარმოებაც დიდ ხარჯებთანაა დაკავშირებული. ბევრ შემთხვევაში, საექიმო კაბინეტის ღირებულებისა და ძვირადღირებული მოწყობილობების შეძენის მიზნით, რამდენიმე ექიმი ჯგუფობრივ პრაქტიკებად ერთიანდებიან.

16.3. დაფინანსების სისტემა

გასული საუკუნის დასაწყისში ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა შედარებით მარტივ სქემას წარმოადგენდა და იგი მცირედ განსხვავდებოდა საბაზრო ეკონომიკის მარტივი მოდელისგან. პაციენტები ექიმებს მომსახურების თანხას უხდიდნენ პირდაპირ, დაფინანსების შუალედური რგოლის გარეშე. ა.შ.შ-ში 1900 წელს ჯანდაცვის საერთო ხარჯები შეადგენდა მთლიანი შიდა პროდუქტის (GDP) 3 %-ს, ჯანდაცვის დაფინანსების უმთავრეს წყაროს მოსახლეობის

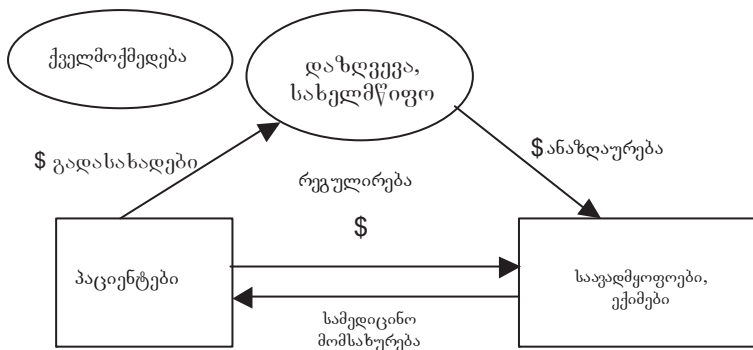
პირდაპირი შენატანები შეადგენდა²⁴. 1929 წელს მოსახლეობის პირადი შენატანების წილი ჯანდაცვის საერთო ხარჯების 81 %-ს შეადგენდა¹³. ქვეყანაში ფუნქციონირებდა საავადმყოფოების ძალიან მცირე რაოდენობა, ღარიბთა სამედიცინო დახმარება ძირითადად სახლებში, მედლების მეთვალყურეობით ხორციელდებოდა. არამომგებიან საავადმყოფოებს საეკლესიო ფონდები და საქველმოქმედო ორგანიზაციები აფინანსებდნენ. ისინი თანდათან მესამე, დამფინანსებელ მხარედ გარდაიქმნენ, სადაც ხდებოდა ჯანდაცვისათვის განკუთვნილი თანხების აკუმულირება¹².

ნახაზი 14: ა.შ.შ.-ის ჯანდაცვის დაფინანსების წყაროები, 1900 წ.



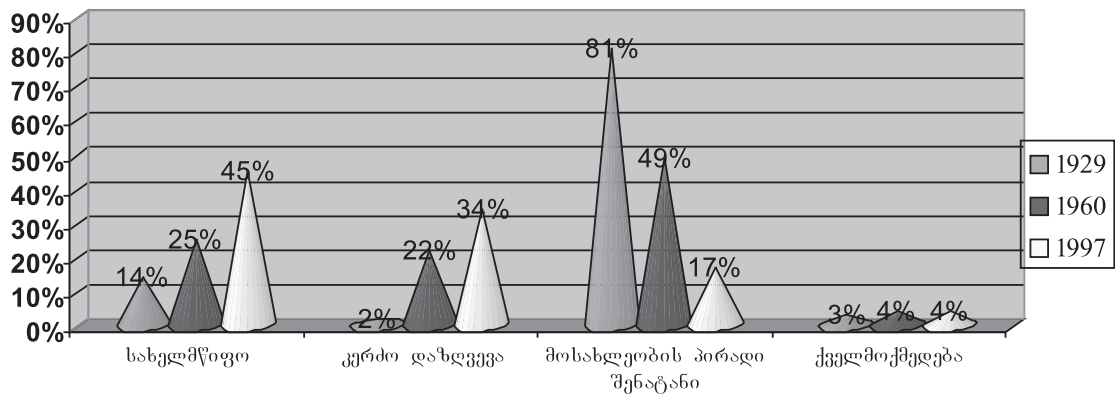
წყარო: Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.

ნახაზი 15: ჯანდაცვის დაფინანსების წყაროები, 1995 წ.



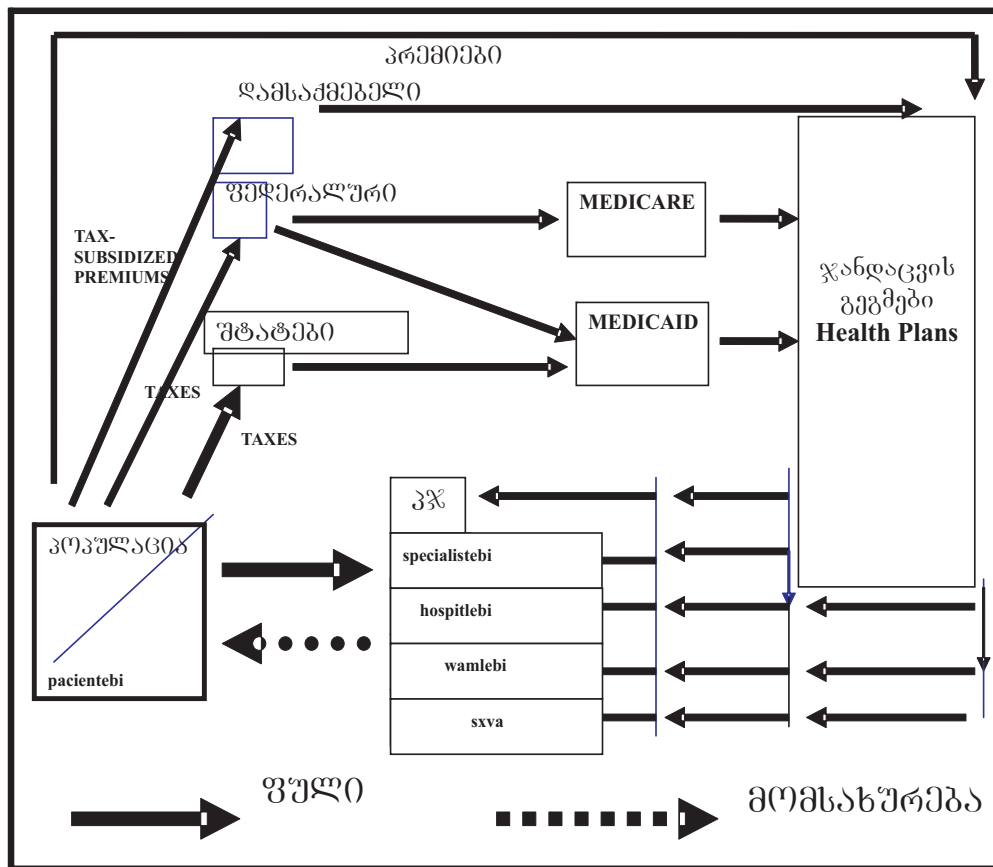
წყარო: Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.

ნახაზი 16: ა.შ.შ.-ის ჯანდაცვის დაფინანსების წყაროები, 1929, 1960 და 1997 წწ.



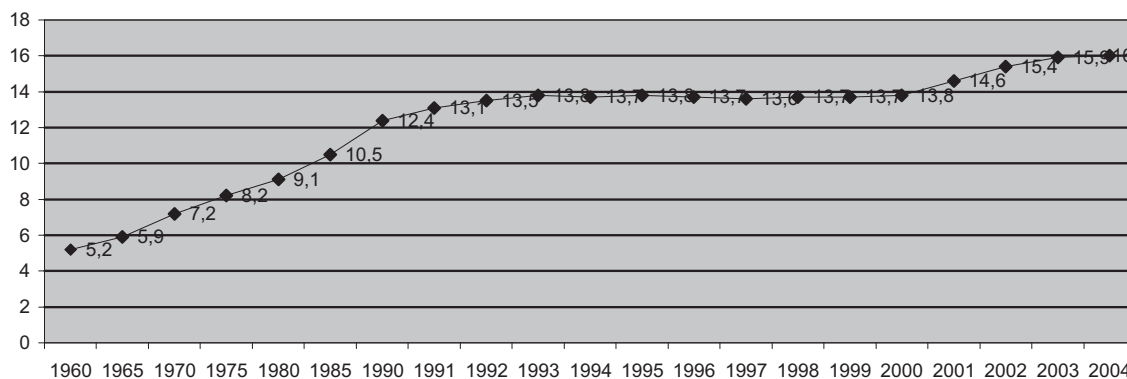
წყარო: Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.

ნახაზი 17: ა.შ.შ.-ის ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება



2004 წელს, ა.შ.შ-ში ჯანდაცვაზე 1,6 ტრილიონი დოლარი დაიხარჯა, რომელიც მოლიანი შიდა პროდუქტის 16 %-ს შეადგენს, მოსახლეობის პირდაპირი შენატანები (ჯიბიდან გადახდა) 15,1 %-ს შეადგენს, სახელმწიფოს ხარჯები ჯანდაცვაზე – 44,4 %-ს, კერძო დაზღვევა – 36,1 %-ს¹³.

ნახაზი 18: ჯანდაცვაზე დანახარჯები ა.შ.შ-ში, მშპ-ის %, 1960-2004 წწ.



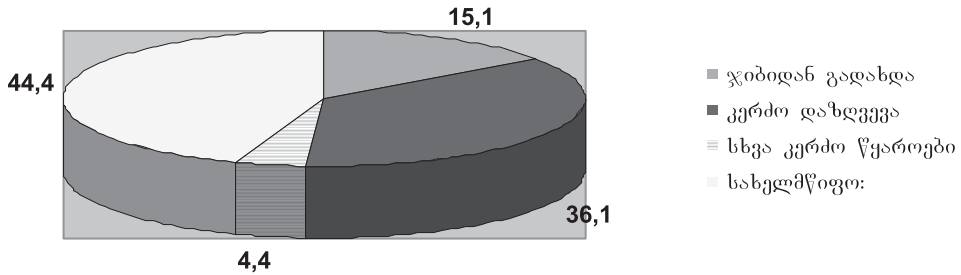
წყარო: Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group, National Health Accounts. Health, United States 2006.

ცხრილი 3: ჯანდაცვის ხარჯები დაფინანსების წყაროების ხარჯების სახეების მიხედვით (პროცენტით), ა.შ.შ. 2004 წ.

დაფინანსების წყაროები	სულ	სტაციონარული დახმარება	ექიმთა მომსახურება	მედიკამენტების სახელები	მედიკამენტები	სხვა ხარჯები
ჯიბიდან გადახდა	15,1	3,3	10,0	27,7	24,9	34,4
კერძო დაზღვევა	36,1	35,6	48,5	7,8	47,6	23,5
სხვა კერძო წყაროები	4,4	4,9	6,9	3,6	0,0	3,2
სახელმწიფო:	44,4	56,3	34,6	60,8	27,5	38,9
მედიკეიდი	17,5	17,3	6,9	44,3	19,3	20,1
მედიკეა	19,2	28,6	20,5	13,9	1,8	12,2
სახელმწიფოს სხვა წყაროები	7,7	10,4	7,2	2,6	6,4	6,3
ფედერალური	33,9	45,3	28,5	42,0	16,9	26,9
შტატები და ადგილობრივი მთავრობა	10,5	10,9	6,1	18,8	10,6	12,0
სულ %		36,6	25,6	7,4	12,1	18,3
სულ ა.შ.შ. მლრდ \$	1 560,2	570,8	399,9	115,2	188,5	285,9

წყარო: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health, Statistics, National Health Interview Survey. Health, United States 2006.

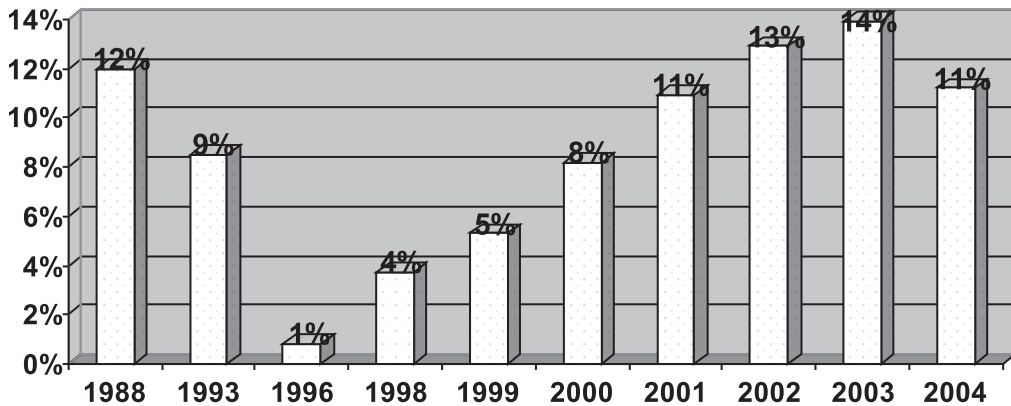
ნახაზი 19: ა.შ.შ.-ის ჯანდაცვის დაფინანსების წყაროები, 2004 წ.



წყარო: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health, Statistics, National Health Interview Survey. Health, United States 2006.

ა.შ.შ.-ში ყოველწლიურად იზრდება დამსაქმებლის მიერ გადახდილი პრემიების ღირებულება. 2003-2004 პრემიების განაკვეთებმა მოიმატა 11,2 %-ით, რაც გაცილებით მეტია ინფლაციის ტემპზე (2,3 %) და ხელფასების ზრდის ტემპზე (2,2%).

ნახაზი 20: დამსაქმებლის მიერ გადახდილი პრემიების პროცენტული ზრდა, ა.შ.შ. 1988-2004 წწ.



ჯანდაცვის არცერთ სისტემას არ ჰქონია ისეთი კრიტიკული დამოკიდებულება როგორც ამერიკულს. კრიტიკის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს ჯანდაცვის ყველაზე დიდი ხარჯები ჯანმრთელობის არცთუ ისე მაღალი მაჩვენებლების პირობებში. ამერიკაში ჯანდაცვაზე შპს-ის 16 % იხარჯება (OECD – 8,1 %), მაშინ როდესაც ამერიკელთა სიცოცხლის ხანგრძლივობა გაცილებით ნაკლებია განვითარებული ქვეყნების ადამიანთა სიცოცხლის ხანგრძლივობაზე.

არასრულყოფილი ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემა პირდაპირ და ირიბად ეხება ქვეყნის მთელ მოსახლეობას. მაგ., როდესაც საავადმყოფოში შემოდის პაციენტი, რომელსაც არ აქვს ჯანმრთელობის დაზღვევა, საავადმყოფოს არ აქვს უფლება უარი უთხრას მომსახურებაზე. ასეთი ავადმყოფის მკურნალობაზე ხარჯები, შეფარული სახით ნაწილდება დაზღვეულ პაციენტებს შორის. აღნიშნული, თავის მხრივ, დაზღვევის ღირებულების ზრდას განაპირობებს. ყოველწლიურად სხვადასხვა დონის სამთავრობო ორგანოები იძულებული არიან დაუზღვეველ

პირებზე დახარჯონ 30 მლრდ დოლარზე მეტი. ამას ემატება 5 მლრდ დოლარი, რომელსაც ექიმები “ჩუქნიან”, რათა ასეთი სახის პაციენტებს უფასოდ გაუწიონ სამედიცინო დახმარება.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, ა.შ.შ-ის ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი თავისებურებებია:

- < ყველაზე დიდი დანახარჯები მშპ %-ის მიხედვით (16%);
- < საუკეთესო ხარისხის სამედიცინო მომსახურება კარგი სადაზღვევო პაკეტის ფლობის შემთხვევაში;
- < ლიდერი ბიოსამედიცინო ტექნოლოგიებისა და მკურნალობის ნოვატორული მეთოდების გამოყენებისა და მოხმარების თვალსაზრისით;
- < მუდმივად ზრდადი ხარჯები და არაეფექტური ადმინისტრირება;
- < დაუზღვევლთა ყველაზე დიდი რაოდენობა მაღალგანვითარებულ ქვეყნებს შორის;
- < ერთადერთი ქვეყანა განვითარებულ ინდუსტრიალ ქვეყნებს შორის, რომელიც არ უზრუნველყოფს გარანტირებულ სამედიცინო მომსახურებას ყველა მოქალაქისათვის.

ა.შ.შ-ში სააგადმყოფოების დიდი ნაწილს არამომგებიანი (non-profit) ორგანიზაციები, მართვის ფედერალური და ადგილობრივი ორგანოები, ნებაყოფლობითი და რელიგიური საზოგადოებები მართავენ.

ა.შ.შ-ის ჯანდაცვის სისტემის ზოგიერთი მახასიათებელი:

პაციენტი თავად არ ირჩევს ექიმს, მესამე მხარე განსაზღვრავს თუ რომელ ექიმს უნდა მიმართოს პაციენტმა;

ექიმი დამოუკიდებლად არ ირჩევს თუ რა დანიშნულება მისცეს პაციენტს, მესამე მხარეს გააჩნია როგორც სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის, ასევე, ხარისხის შეფასების უფლებამოსილება;

ექიმი და პაციენტი არ განიხილავს საფასურის გადახდის პირობებსა და წესს, მესამე მხარეს გააჩნია შესაბამისი ინფორმაცია და სტიმულირება საფასურის გადახდის დაბალი დონის შესანარჩუნებლად.

საკონტროლო კითხვები

1. რას გულისხმობს ლიბერალური მოდელი?
2. რა არის ა.შ.შ-ის ჯანდაცვის სისტემის მახასიათებელი ნიშნები?

ლიტერატურა

1. Shipman William G. Retiring with Dignity: Social Security vs. Private Markets, Cato Institute's Project on Social Security Privatization.
2. Lionel Robbins, The Great Depression (London: Macmillan, 1934), pp. 203, 213, 236.
3. Franklin D. Roosevelt, The Public Papers and Addresses of Franklin D. Roosevelt, comp. Samuel I. Rosenman (New York, Random House, 1938), vol. 3, pp. 287-93;
4. Clive Riddle, President MCOL The Future of Managed Care An Outline, MCOLE - Seminars, 2000.
5. Shirley Johnson-Lans, A Health Economic Primer, Pearson Education, Addison Wesley, 2005.
6. Glied, Sherry A, "Managed Care" Handbook of Health Economics, Vol. 1A, Anthony J. Culyer and Joseph P. Newhouse, eds. (Amsterdam: Elsevier, 2000).
7. Jensen, Gail A., et al. "The New Dominance of Managed Care: Insurance Care in the 1990s", Health Affairs, 16 (January-February 1997).
8. Gutler, D. M. and R. J. Zeckhauser, "The Anatomy of Health Insurance", Vol. 1A, Handbook of Health Economics.
9. Зяблюк Н. Г. Политический плюрализм: контуры американской модели // США и Канада: экономика, политика, культура. 1999. № 5. С. 3–18.
10. <http://www.rnc.org/GOPInfo/Platform/2000platform5.htm>.
11. ნ. გიუაშვილი. ა.შ.შ. ჯანდაცვის ეკონომიკური მოდელის ზოგიერთი ასპექტი, საპრეზენტაციო მასალა, საქართველოს უნივერსიტეტი, 2007 წ.
12. Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.
13. Committee on the Costs of Medical Care, Medical Care of the American People, Chicago: University of Chicago Press, 1932
14. მ. აღდგომელაშვილი, დასაქმებაზე დაფუძნებული დაზღვევა აშშ-ში, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.
15. თ. ტეტელოშვილი, მედიქეას პროგრამის თავისებურებები, რეფერატი, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, 2008 წ.

თავი XVII

მართული ჯანდაცვა

უკანასკნელ წლებში ბევრ ქვეყნებში მწვავედ დადგა ჯანდაცვის სისტემის ფრაგმენტაციის და მასთან დაკავშირებული სტრუქტურული დისპროპორციის პრობლემა. პრობლემის არსი მდგომარეობს ჯანდაცვის სამსახურების და ცალკეული სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობაში საჭირო კოორდინაციის არარსებობაში, საბოლოო შედეგის მიღწევისათვის არასაკმარის მიზანსწრაფვაში. ამ თავში განიხილება აღნიშნული პრობლემის გადაწყვეტის ვარიანტები, რომლებიც დაფუძნებულია “მართული ჯანდაცვის” მოდელის გამოყენებაზე. ეს მოდელი შეიქმნა და პირველად გამოყენებულ იქნა ა.შ.შ.-ში, მაგრამ მისი მთავარი პრინციპები და მექანიზმები აქტუალურია ჯანდაცვის ნებისმიერი სისტემისათვის.

მართული ჯანდაცვის ისტორიული ხედვა

1882 წელს ჩრდილოეთ წინარი ოკეანის სარკინიგზო გზის (North Pacific Railroad) კომპანიამ საკუთარი პერსონალის სამედიცინო მომსახურებისათვის ხელშეკრულებები გააფორმა დამოუკიდებელ ექიმებთან და საავადმყოფოებთან.

1929 წელს, როდესაც ლოს ანჯელესში დონალდ როსმა (Donald Ross) და კლიფორდ ლოსმა (Clifford Loos) როს-ლოსის სამედიცინო ჯგუფი (ლოს-ოს ედიცალ როუპ) ჩამოაყალიბა.

1947 წელს ნიუ იორკის სამედიცინო ჯგუფის დასაფინანსებლად შემოღებულ იქნა კაპიტაციური ანაზღაურების პროსპექტული მეთოდი.

1950-იან წლებში პოპულარული გახდა ჯგუფობრივი პრაქტიკის მიდელი.

1970 წელს მინეაპოლისელმა მეცნიერმა პაულ ელვუდმა (Paul Ellwood) პირველად შემოიღო ჯანდაცვის წარმმართველი ორგანიზაციის (HMO) ტერმინი.

1973 წელს გამოვიდა ფედერალური კანონი ჯანდაცვის წარმმართველი ორგანიზაციის (HMO) შესახებ, რომელიც ითვალისწინებდა HMO-ს ფედერალურ დაფინანსებას

1982 წელს კალიფორნიაში მიღებულ იქნა კანონი, რომელიც ხელს უწყობდა ჯანდაცვის არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციების (PPO) შემდგომ განვითარებას

17.1. მართული ჯანდაცვის ძირითადი ნიშნები

მართული ჯანდაცვა წარმოადგენს მართვითი, ორგანიზაციულ-ეკონომიკური და კლინიკური ღონისძიებების ერთობლიობას, რომლებიც მიმართულია სამედიცინო დახმარების მიწოდებისა და დაფინანსების სისტემის ფრაგმენტულობის დასაძლევად და სამედიცინო დაწესებულებების მთელი კომპლექსის უფრო მაღალი ხარჯთ-ფექტურობით ფუნქციონირების უზრუნველსაყოფად.

მართული ჯანდაცვა კომპლექსურ სისტემას წარმოადგენს, რომელიც ახორციელებს სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისა და დაფინანსების აქტიურ კოორდინაციას, ინტეგრაციას და ურთიერთშეთანხმებას. მართული ჯანდაცვის მოდელი დაფუძნებულია სამედიცინო დახმარების მყიდველების როლის გააქტიურებაზე სამედიცინო დახმარების მიწოდების ოპტიმალური მოცულობისა და სტრუქტურის ფორმირებაში, მოცული მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაქსიმალური მაჩვენებლების მისაღწევად (Kate, 1995). მისი მიზანია სქემაში გაწვევრიანებულ პირთათვის მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების მიწოდება წინასწარ დადგენილი ბიუჯეტის ფარგლებში.

მოდელის საფუძველზე იქმნება სამედიცინო დახმარების დაფინანსებისა და მიწოდების ინტეგრირებული სისტემა, რომლებიც მოქმედებენ როგორც ურთიერთდაკავშირებული სამედიცინო ორგანიზაციების კომპლექსი, მაგალითად, როგორც ზოგადი პრაქტიკის ექიმების, სპეციალიზებული საექიმო პრაქტიკების, პარაკლინიკური სამსახურების და სტაციონარული მომსახურების გაერთიანება.

მართული ჯანდაცვის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებისა და მიწოდების ინტეგრაცია მოიცავს:

- < დაფინანსებლებს (სადაზღვევო ორგანიზაციები), ჯანდაცვის გეგმებსა და შერჩეულ პროვაიდერებს (ექიმები, საავადმყოფოები და სხვ.) შორის ხელშეკრულებით ურთიერთობებს;
- < წინასწარ დადგენილი თვითური პრემიის საშუალებით გაწვევრიანებულ პირთა მიმართ სამედიცინო მომსახურების განხორციელება;
- < სამედიცინო მომსახურების უტილიზაციაზე და ხარისხზე კონტროლს;
- < პაციენტის მხრიდან ფინანსურ სტიმულს, გამოიყენონ წინასწარ განსაზღვრული პროვაიდერები და სამედიცინო დაწესებულები;
- < შეთანხმება ზოგიერთ დონეზე პროვაიდერთა შორის ფინანსური რისკის არსებობის გამო. ინტეგრირებულ სისტემაში მართვის ობიექტებს წარმოადგენენ;
- < სამედიცინო დახმარების მოცულობები თითოეულ სამედიცინო ორგანიზაციაში;
- < სამედიცინო დახმარების მიწოდების სტრუქტურა, ანუ მის ცალკეულ რგოლებს შორის თანაფარდობა;
- < დანახარჯები მკურნალობის დასრულებულ შემთხვევაზე, სამედიცინო დახმარების მიწოდების ყველა ეტაპის ჩათვლით;
- < სტაციონარული დახმარების, სპეციალისტთან მიმართვის, პარაკლინიკური მომსახურების და მედიკამენტოზური თერაპიის დასაბუთება;
- < საქმიანობის საბოლოო შედეგები მოცული მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლების სახით.

ამასთან აქცენტი კეთდება სამედიცინო დახმარების გაწვევის პროცესის მართვაზე სამედიცინო დახმარების ურთიერთდაკავშირებული რგოლების კომპლექსში და არა ცალკეულ სამედიცინო ორგანიზაციაზე. *საქმიანობის ძირითად მიმართულებას წარმოადგენს ყველა რგოლისათვის საერთო ეკონომიკური სტიმულების შექმნა და მათი ფუნქციონირების უზრუნველყოფა შეთანხმებული წესებით.*

მართული ჯანდაცვა მიჩნეულია მომგებიან ბიზნეს მოდელად, რადგან მისი საწარმოები, კორპორაციები და ინვესტორები მილიარდობით მოგებას ღებულობენ. მისი შემადგენელი ნაწილებია:

1. სადაზღვევო ორგანიზაცია;
2. სამედიცინო ორგანიზაცია (ზოგადი პრაქტიკის ექიმები, საავადმყოფოები, კლინიკურ-დიაგნოსტიკური ცენტრები);
3. პაციენტი.

ჩვეულებრივი სადაზღვევო ორგანიზაციისაგან განსხვავებით მართვადი ჯანდაცვის ორგანიზაცია თავის სტრუქტურაში აერთიანებს საავადმყოფოს, პოლიკლინიკას და გარკვეული ჯგუფის პაციენტებს. მართულ ჯანდაცვაში გაწვევრიანებულ პაციენტებს სამედიცინო მომსახურების მიღება შეუძლიათ მხოლოდ მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციის კუთვნილ ან მათთან კონტრაქტირებულ სამედიცინო დაწესებულებებში და ზოგადი პრაქტიკის ექიმებთან.

მართული ჯანდაცვის უმთავრესი დამახასიათებელი ნიშანია ჯანდაცვის ხარჯების შემცირება, რომელიც მიიღწევა ზოგადი პრაქტიკის ექიმის, როგორც “შეკარბჭის” როლის გაძლიერებით, რომელიც ამცირებს არააუცილებელი და დაუსაბუთებელი სამედიცინო მომსახურების გაწვევის შესაძლებლობას, აგრეთვე სამედიცინო მომსახურების შედარებით ნაკლები ფასებით შესყიდვა. იგი ხორციელდება სხვადასხვა მექანიზმების გამოყენებით:

- < ექიმების და პაციენტების ეკონომიკური სტიმულები აიძრინ სამედიცინო დახმარების ნაკლებად ხარჯიანი ფორმები, “მორალური საფრთხის“ შემცირება;
- < სპეციფიური სერვისების სამედიცინო აუცილებლობის განხილვის პროგრამები;
- < ბენეფიციართა ჯანდაცვის ხარჯებში მონაწილეობა თანაგადახდის სახით;
- < ჰოსპიტალში მიმართვიანობის და დაყოვნების ხანგრძლივობის კონტროლი;
- < სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების არჩევითი კონტრაქტირება;
- < ხარჯებზე კონტროლი, პრევენციული ღონისძიებების სტიმულირება, მაღალხარჯიანი სამედიცინო დახმარების შემთხვევების ინტენსიური მენეჯმენტი.

მართული ჯანდაცვისგან განსხვავებით სამედიცინო დახმარების ტრადიციული სქემა გულისხმობს:

- < პაციენტებისა და ექიმების თავისუფალ არჩევანს. პაციენტების მიერ მათთვის სასურველი ექიმის არჩევანი შეუზღუდავია, ექიმებს შეუძლიათ პაციენტებს მიაწოდონ ნებისმიერი სამედიცინო მომსახურება, რომელსაც ისინი საჭიროდ თვლიან, “მორალური რისკის” არსებობა;
- < მესამე (დამფინანსებელი) მხარე ხშირად პასიურ როლში გვევლინება. იგი ანაზღაურებს ექიმის მიერ ჩატარებულ ყველა სახის მომსახურებას;
- < ჯანდაცვის ხარჯები არ არის ფიქსირებული და არაპროგნოზირებადია;
- < სამედიცინო დახმარების გაწვევის შემდეგ პაციენტები იხდიან გარკვეულ ხარჯებს (თანაგადახდა), რაც სადაზღვევო სქემით (ან ჯანდაცვის სხვა გეგმით) არ არის გათვალისწინებული.

რიჩარდ ფეჩემის მიერ ჩატარებული კვლევის (Richard Feachem et al, BMJ 2002) მიხედვით, კაიხერ პერმანენტეს დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის ეროვნული სამსახურისგან (NHS) განსხვავებით მთელი რიგი უპირატესობები გააჩნია, რაც განპირობებულია შემდეგი მიზეზებით:

- < სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების ინტეგრაცია;
- < საავადმყოფო საწოლების ეფექტურად გამოყენება;
- < კონკურენტუნარიანი ბაზრის სარგებელი;
- < კლინიკური მართვა;
- < ზემოდან ქვემოთ ორგანიზაციული სტრუქტურა;
- < < ფინანსური სტიმულების გამოყენება;

- < პერსონალის ტრენინგები;
- < ლიდერობის ხასიათი;
- < მართვის ხარისხი;
- < კოორდინირებული და კონსტრუქციული სამედიცინო მომსახურება;
- < პრევენციული მომსახურება და მომსახურების კულტურა.

ცხრილი I: კაიზერ პერმანენტესა და დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის ეროვნულ სამსახურს შორის განსხვავება

	კაიზერ პერმანენტე	ჯანდაცვის ეროვნული სამსახური
მართვა	ექიმები თვითონ ადგენენ და ახორციელებენ მომსახურებას და განსაზღვრავენ ბიუჯეტის ხარჯვას	ცენტრალური დირექტივების, ლოკალური აღმასრულებლების და კლინიკური მართვის რთული, წინააღმდეგობრივი ნარევი
		მენეჯერული იერარქია სექტორების მიხედვით
დაფინანსება	მოსახლეობაზე დაფუძნებული ინტეგრირებული ბიუჯეტი	მომსახურებაზე დაფუძნებული სემენტირებული ბიუჯეტი, ცენტრალური დირექტივების შესაბამისად დადგენილი ინტეგრირებული ბიუჯეტი
	ეს ექიმების ფულია	ეს არა არის არავის ფული
	ყველას აქვს ხელფასი, მცირე ბონუსით, რომელიც გაიცემა გარკვეული მიზნის მიღწევისას	უმეტესობას აქვს ხელფასი, ზოგადი პრაქტიკის ექიმები დამოუკიდებლად ღებენ კონტრაქტებს
ორგანიზაცია	დიდი პოლიკლინიკური ცენტრები, სხვადასხვა სპეციალისტებით, ლაბორატორიებით, მოწყობილობებით	მცირე ზოგადი პრაქტიკები სხვა სერვისებით
	ბევრი სპეციალისტები ცენტრებში	სპეციალისტების უმრავლესობა სააუადმყოფოებშია
სპეციალისტების როლი	განსაზღვრება გაიდლაინებით, პროტოკოლებით	უმთავრესად ისინი საკუთარ სპეციალობას ასრულებენ კლინიკებში
	დელეგირება მედლების სპეციალისტებზე	ზოგი დელეგირება
	ხშირი ჩართვა მომსახურებაში, ბევრი სპეციალისტები	ნაკლები მიმართვიანობა, ნაკლები სპეციალისტები
	სააუადმყოფოების ნაკლები გამოყენება	სააუადმყოფოების მეტი გამოყენება
	ნაკლები მიმართვები, სწრაფი გამოწერა	მეტი მიმართვები, გახანგრძლივებული გამოწერა

წყარო: D. Light and M. Dixon, *BMJ* 2004

17.2. მართული ჯანდაცვით მოსახლეობის მოცვა

2007 წლის მონაცემებით, მართული ჯანდაცვის სხვადასხვა მოდელში ა.შ.შ.-ის მოსახლეობის ნახევარზე მეტი, 52,8 %-ია რეგისტრირებული. მთლიან დაზღვეულ მოსახლეობასთან მიმართებაში მართვით ჯანდაცვაში რეგისტრირებული წევრი 62,5 %-ს შეადგენს.

მართული ჯანდაცვა კერძო სექტორში განვითარდა და უპირველეს ყოვლისა კორპორაციულ დაქირავებულთა ბენეფიტურ გეგმას ემსახურება. 2007 წლის მონაცემებით, მართვით ჯანდაცვაში გაწვერიანებულ პირთაგან 78,2 %-ს საწარმოებში დაქირავებულები შეადგენენ .

ცხრილი 2: ა.შ.შ.-ში დაზღვეული მოსახლეობა და მართული ჯანდაცვით მოსახლეობის მოცვა, 2007 წ.

სეგმენტი	სულ	%	მართული ჯანდაცვა	მართული ჯანდაცვა %
Medicare	43.0	14.3%	6.1	14.2%
Medicaid	45.4	15.1%	28.6	63.0%
დაქირავებულები	166.0	55.1%	124.3	74.9%
დაუზღვეველი	46.6	15.5%	0.0	0.00%
სულ	301.0	100.0%	159.0	52.8%

წყარო: Managed Care Fact Sheets, Major National Health Plans, 2007

ცხრილი 3: ა.შ.შ.-ში დაზღვეული მოსახლეობა და მართული ჯანდაცვით მოსახლეობის მოცვა

სეგმენტი	სულ	%	მართული ჯანდაცვა	მთლიან დაზღვეულ მოსახლეობასთან მიმართებაში %	დაზღვევის თითოეულ სახესთან მიმართებაში %	მართული ჯანდაცვა %
Medicare	43	16,9	6,1	2,4	14,2	3,8
Medicaid	45,4	17,8	28,6	11,2	63,0	18,0
დაქირავებულები	166	65,3	124,3	48,9	74,9	78,2
სულ	254,4	100,0	159	62,5	62,5	100,0

წყარო: Managed Care Fact Sheets, Major National Health Plans, 2007

ცხრილი 4: მართული ჯანდაცვის უმნიშვნელოვანესი ორგანიზაციები და მათში გაწვერი-
ანებული რაოდენობა

	მთავარი ჯანდაცვითი გეგმები	წევრთა რაოდენობა მილიონებში
1	Wellpoint	34,7
2	United Health Group	17,5
3	Aetna U.S. Healthcare	15,8
4	Humana	11,3
5	Cigna Healthcare	9,8
6	Kaiser Permanente	8,7
7	Coventry Health Care	4,1
8	HealthNet	3,7
	სულ	105,6

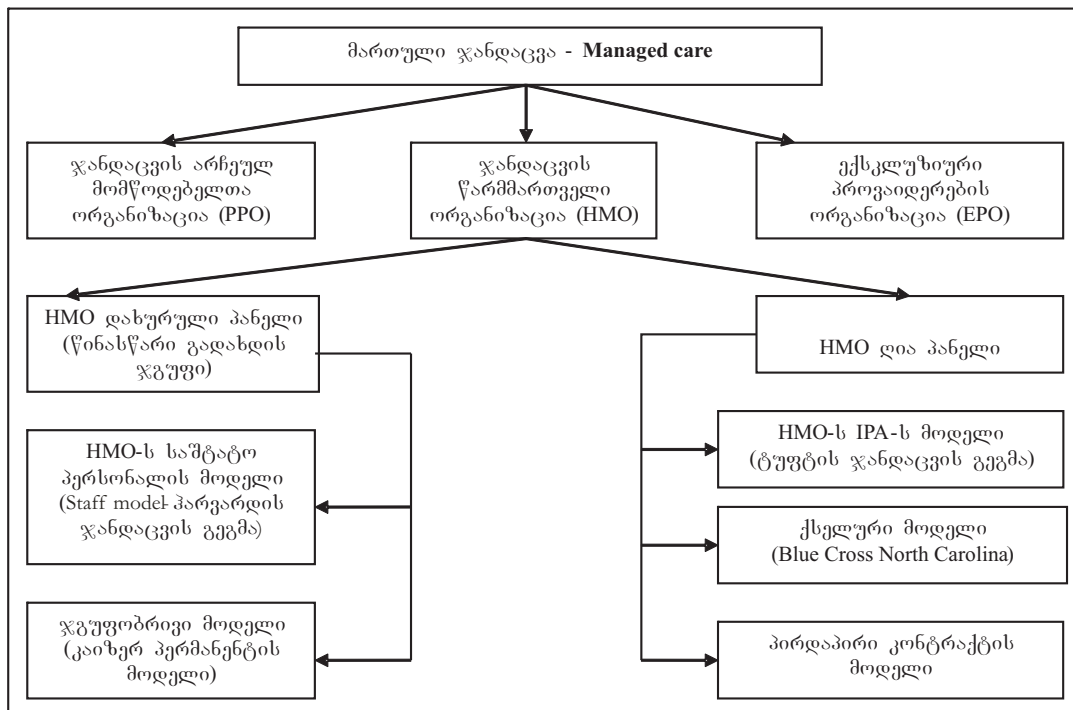
წყარო: Managed Care Fact Sheets, Major National Health Plans, 2007

17.3. მართული ჯანდაცვის ძირითადი სახეები

მართული ჯანდაცვის ძირითადი სახეებია:

- < ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ორგანიზაცია (Health Maintenance Organization - HMO);
- < ჯანდაცვის არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაცია (Preferred Provider Organization - PPO);
- < ექსკლუზიური პროვაიდერების ორგანიზაცია (Exclusive Provider Organizations - EPO).
- < მომსახურების პუნქტის გეგმა (Point-of-Service Plan - POS)

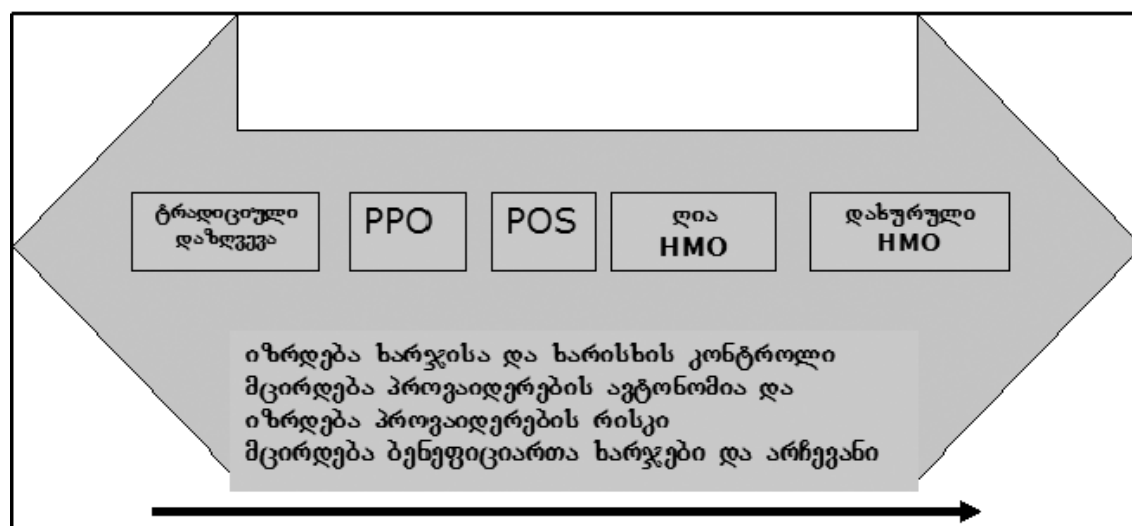
ნახაზი 1: მართული ჯანდაცვის სახეები



ცხრილი 5: მართული ჯანდაცვის სახეების შედარება

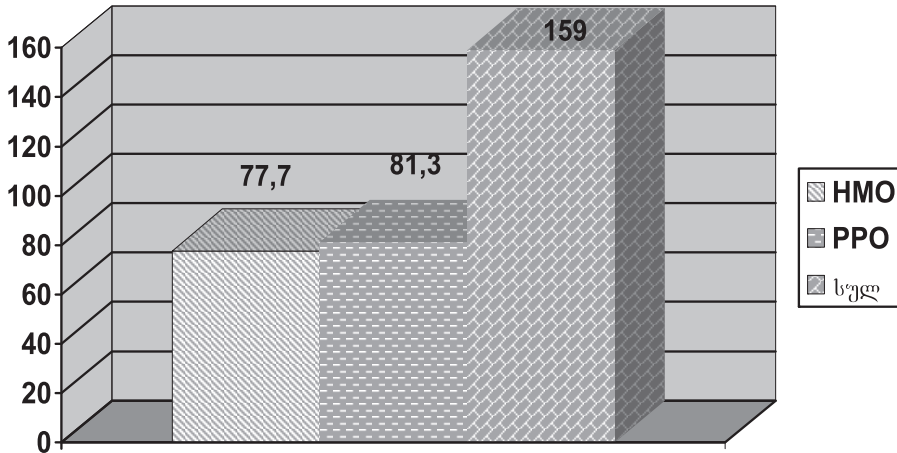
	მეკარიბჭე	სპეციალისტებთან პირდაპირი მიმართვა	ქსელის გარეთ მიმართვა
დახურული HMO	დიახ	არა	არა
ღია HMO	დიახ	დიახ, მაღალი თანაგადახდა	არა
POS	დიახ	დიახ, მაღალი თანაგადახდა	დიახ, თანადაზღვევა
PPO	დიახ	დიახ	დიახ, თანადაზღვევა

ნახაზი 2: მართული ჯანდაცვის სახეების შედარება



წყარო: Kongstvedt, Managed Care: What It Is..., 2002

ნახაზი 3: წვერთა რაოდენობა (მილიონიპირი) მართული ჯანდაცვის სახეების მიხედვით, 2007 წელი



წყარო: Managed Care Fact Sheets, Major National Health Plans, 2007;

17.3.1. ჯანმრთელობის ხელშეწყობი ორგანიზაცია (HMO)

HMO (Health Maintenance Organization) წარმოადგენს ჯანდაცვის ორგანიზებულ სისტემას, რომელიც პასუხისმგებელია დაზღვეული მოსახლეობის როგორც სამედიცინო მომსახურებაში ასევე დაფინანსებაში. HMO- შეიძლება განვიხილოთ როგორც ჯანმრთელობის დაზღვევის და სამედიცინო მომსახურების კომბინაცია. HMO-გან განსხვავებით სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიები დაზღვეული მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების მხოლოდ დაფინანსებას ახორციელებენ.

ჯანმრთელობის ხელშეწყობი ორგანიზაცია გარკვეული საფასურის წინასწარი გადახდის საფუძველზე დაზღვეულებს აწვდის სამედიცინო მომსახურებას. მისთვის დამახასიათებელია შემდეგი ნიშნები:

1. წარმოადგენს როგორც დამფინანსებელს, ასევე მომსახურების მიწოდების სისტემას;
2. სამედიცინო მომსახურების მიწოდების კარგად ორგანიზებული სტრუქტურა, რომელიც პასუხისმგებლობას იღებს მომსახურების მიწოდებაზე და ხარისხზე;
3. სამედიცინო მომსახურების საბაზისო და დამატებითი პაკეტი;
4. HMO-ში დაზღვეულებს არ შეუძლიათ ორგანიზაციის გარეთ არსებულ პროვაიდერებთან სამედიცინო დახმარების მიღება;
5. HMO-ში დაზღვეულები მიმართავენ ზოგადი პრაქტიკის ექიმს, რომელიც გვევლინება მკაცრი “მეკარიბჭის” (Gatekeeper) როლში.

HMO ახდენს მასთან დაზღვეულთა სამედიცინო დახმარების ყველა ასპექტებზე, განსაკუთრებით ხარისხზე და უტილიზაციაზე კონტროლს. HMO-ში ბენეფიციართა მომსახურება შეზღუდულია (ზოგიერთი გამონაკლისის გარდა) HMO-ს პროვაიდერების საშუალებით. HMO-ს მიერ დაქირავებული პირველადი ჯანდაცვის ექიმი წარმოადგენს “მეკარიბჭეს”, რომელიც პასუხისმგებელია მასთან რეგისტრირებული პაციენტების ჯანმრთელობაზე. სპეციალური სამედიცინო მომსახურებისათვის პირველადი ჯანდაცვის ექიმი სპეციალისტთან აგზავნის პაციენტს. გვერდითი სამედიცინო დახმარებაც პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიმართავს მოითხოვს, გამონა-

კლის წარმოადგენს გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება.

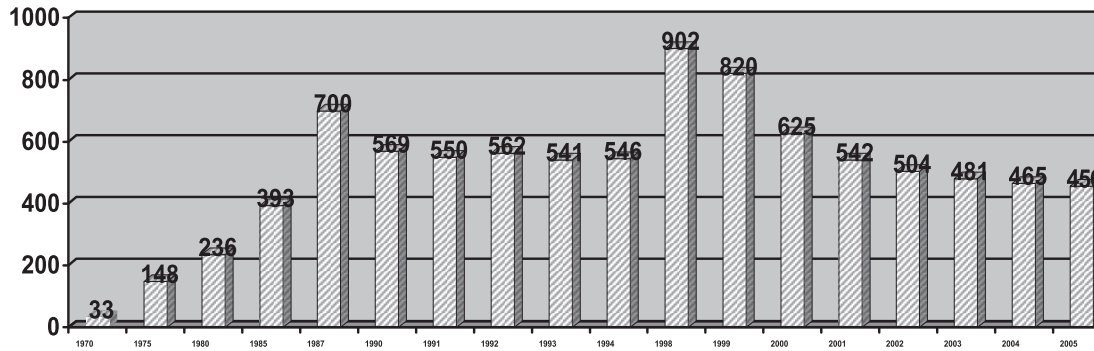
როდესაც HMO-ს ბენეფიციარი მიმართავს მხოლოდ მის მიერ არჩეულ ზოგადი პრაქტიკის ექიმს, აგრეთვე სამედიცინო მომსახურების მისაღებად ექვემდებარება HMO-ს მიერ განსაზღვრულ სისტემას, სერვისების სარგებელი (service benefit) საკმაოდ ღიდა და HMO-ს ბენეფიციარი იხდის მხოლოდ მცირე ფორმის დაწესებულ თანაგადახდას.

HMO-ს ზრდის დინამიკა

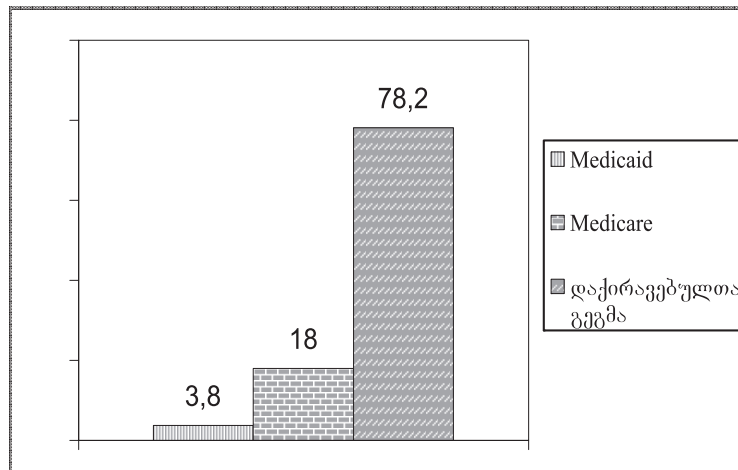
1930-იანი წლებიდან მოყოლებული HMO-ების უმრავლესობა ნელი ტემპით ვითარდებოდა. მხოლოდ 1970-იანი წლებიდან დაიწყო მათი სწრაფი ზრდა.

1998 წლის მონაცემებით ქვეყანაში ფუნქციონირებდა 902 HMO, 2005 წლისათვის მათი რაოდენობა 456-მდე შემცირდა.

ნახაზი 4: HMO-ს ზრდის დინამიკა 1970-2005 წწ.



ნახაზი 5: HMO-ს წევრები ჯგუფების მიხედვით, 2007 წელი



წყარო: Managed Care Fact Sheets, Major National Health Plans, 2007

1995 წლის მონაცემებით ქვეყანაში ფუნქციონირებდა 546 HMO. 2007 წლისათვის ყველაზე მსხვილ HMO-ს ორგანიზაციას წარმოადგენდა Wellpoint, სადაც გაწევრიანებული იყო 34,7 მილიონი პირი.

ცხრილი 6: 7 ყველაზე დიდი HMO-ს ორგანიზაცია, ბენეფიციართა რაოდენობა, 2004-2005 წწ.

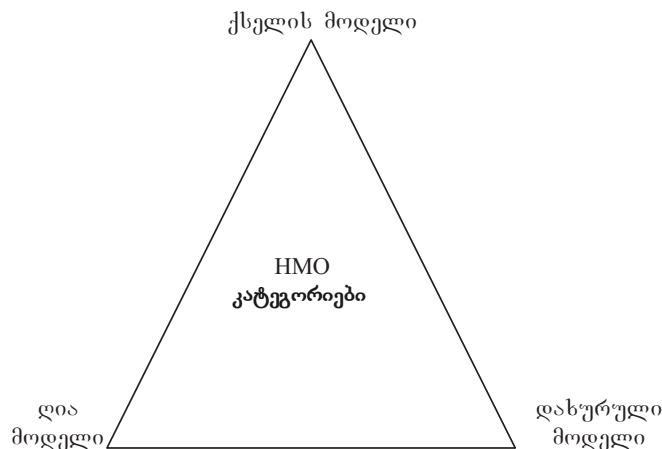
მოდელი	ოპერაციული გეგმები		HMO-ს წევრები	
	რაოდენობა (მილიონი)	%	რაოდენობა (მილიონი)	%
IPA -ს მოდელი	255	55.9%	37.6	49.0%
ქსელის მოდელი	153	33.6%	21.5	28.0%
ჯგუფობრივი მოდელი	35	7.7%	16.1	21.0%
სამშაბლო მოდელი	13	2.9%	1.6	2.0%
სულ	456	100.0%	76.7	100.0%

წყარო: HMO/PPO Digest, Managed Care Digest Series 2006, sanofi aventis.

HMO-ს მოდელები

HMO-ს მრავალი მოდელი არსებობს. მოდელებს შორის განსხვავების უმთავრეს ნიშანს წარმოადგენს HMO-ს სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებთან ურთიერთობის ხასიათი. დროთა განმავლობაში ეს ურთიერთობები ცვლილებებს განიცდის. ასე მაგალითად, HMO-ს დაქირავებულმა ექიმებმა შეიძლება ჩამოაყალიბონ დამოუკიდებელი კორპორაცია და ამ კორპორაციის საშუალებით დადონ ხელშეკრულება HMO-სთან.

ნახაზი 6: HMO-ს სახეები



ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ორგანიზაცია შედგება ღია და დახურული მოდელისაგან. ღია მოდელის ორგანიზაციებში დაზღვეულ პაციენტებს შეუძლიათ აირჩიონ ის სამედიცინო დაწესებულებები, რომლებსაც ხელშეკრულება აქვთ გაფორმებული ჯანმრთელობის ხელშემწყობ ორგანიზაციასთან, ამასთან არ არის აუცილებელი ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მიმართვა. დახურული მოდელის შემთხვევაში დაზღვეულ პაციენტებს შეუძლიათ სპეციალისტებთან და სხვა სამედიცინო დაწესებულებებთან სამედიცინო დახმარების მიღება ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მიმართვის საშუალებით.

ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ორგანიზაციის (HMO) ძირითად მოდელებს წარმოადგენენ:

- < დახურული მოდელი:
 - < HMO-ს საშტატო პერსონალის მოდელი (Staff model);
 - < ჯგუფობრივი მოდელი;
- < ღია მოდელი:
 - < HMO-ს IPA-ს მოდელი;
 - < ქსელის მოდელი;
 - < პირდაპირი კონტრაქტის მოდელი.

ცხრილი 7: ბენეფიციართა რაოდენობა HMO-ს ფორმების მიხედვით, 2005 წ.

მოდელი	ოპერაციული გეგმები		HMO-ს წევრები	
	რაოდენობა (მილიონი)	%	რაოდენობა (მილიონი)	%
IPA -ს მოდელი	255	55.9%	37.6	49.0%
ქსელის მოდელი	153	33.6%	21.5	28.0%
ჯგუფობრივი მოდელი	35	7.7%	16.1	21.0%
საშტატო მოდელი	13	2.9%	1.6	2.0%
სულ	456	100.0%	76.7	100.0%

წყარო: HMO/PPO Digest, Managed Care Digest Series 2006, sanofi aventis.

დახურული მოდელი

HMO-ს დახურული მოდელი შედგება საშტატო პერსონალის (Staff model) და ჯგუფობრივი მოდელისაგან.

დახურული მოდელის თავისებურებები:

- < ბენეფიციარები ირჩევენ HMO-ს ქსელის ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს, რომელიც კოორდინაციას და ზედამხედველობას უწევს სპეციალისტების სამედიცინო დახმარებას;
- < დიაგნოსტიკური და სტაციონარული სამედიცინო დახმარების მისაღებად ბენეფიციარები უპირველეს ყოვლისა HMO-ს ქსელის ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს მიმართავენ.
- < ბენეფიციარებს არ შეუძლიათ სამედიცინო დახმარების მიღება HMO-ს ქსელის გარეთ;
- < ბენეფიციარები იხდიან მცირე თანაგადახდას HMO-ს ქსელის ზოგადი პრაქტიკის ექიმებთან მიმართვისას და პოსპიტალიზაციის საჭიროებისას;
- < HMO ახორციელებს უტილიზაციის მკაცრ კონტროლს.

HMO-ს საშტატო პერსონალის მოდელი

საშტატო მოდელის HMO-ს შემთხვევაში ექიმები წარმოადგენენ HMO-ს დაქირავებულ თანამშრომლებს, რომლებსაც ეძლევათ ხელფასი და აქვთ ოფისი HMO-ს შენობა-დაწესებულებებში. ექიმები სამედიცინო მომსახურებას ეწევიან HMO-ს საკუთრებაში მყოფ სამედიცინო დაწესებულებებში, რომლებიც მხოლოდ HMO-სთან რეგისტრირებულ პაციენტებს ემსახურებიან.

HMO-ს აქვს ექიმების საქმიანობის მენეჯმენტზე სრული პასუხისმგებლობა. HMO გვევლინება საავადმყოფოებისა და ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური ცენტრების მფლობელად. ეს მოდელი HMO-ს დახურული-ჩარჩოს ფორმის მაგალითს წარმოადგენს, სადაც ექიმებს შეუძლიათ მხოლოდ HMO-ში გაწვევრიანებული პაციენტები მიიღონ. ექიმები მოქმედებენ მართული ჯანდაცვის პრინციპებით და HMO-ს ადმინისტრაციული პერსონალის მხარდაჭერით ახორციელებენ მაღალი ხარისხის და ხარჯვა-ეფექტურ სამედიცინო მომსახურებას. ასეთი ფორმის HMO-სთან ექიმების მცირე ნაწილია გაერთიანებული.

ჯგუფობრივი მოდელი

ჯგუფობრივი მოდელის შემთხვევაში HMO მასთან რეგისტრირებული პაციენტების სამედიცინო მომსახურებისათვის ხელშეკრულებას დებს არა უშუალოდ ცალკეულ ექიმთან, არამედ ექიმების ჯგუფთან. ექიმები არიან არა HMO-ს, არამედ კერძო პრაქტიკის ექიმთა ჯგუფის (physician-owned group პრაქტიკა) მიერ დაქირავებულები. HMO-ს ჯგუფობრივი მოდელში ექიმთა შედარებით მცირე რაოდენობაა დასაქმებული.

HMO კერძო პრაქტიკის ექიმთა ჯგუფს აფინანსებს წინასწარ შეთანხმებული კაპიტაციური ანაზღაურების მეთოდით. კერძო პრაქტიკის ექიმთა ჯგუფი ღებულობს გადაწყვეტილებას, თუ როგორ გაანაწილოს თანხები მის მიერ დაქირავებულ კერძო ექიმებს. კერძო პრაქტიკის ექიმთა ჯგუფში ექიმების ფინანსური სტიმული სხვადასხვაა და დამოკიდებულია ანაზღაურების მეთოდზე: ფიქსირებული ხელფასი, სერვისების მიხედვით (fee for service) ანაზღაურება და სხვ.

კერძო პრაქტიკის ექიმთა ჯგუფი შეიზლება იმყოფებოდეს რისკის ქვეშ, იმ შემთხვევაში, როდესაც ჯგუფის ხარჯები აღემატება HMO-ს მიერ კაპიტაციით დადგენილ დაფინანსებას. ასეთ შემთხვევაში კერძო პრაქტიკის ექიმთა ჯგუფის მიერ მასთან დაქირავებულ ექიმთა ანაზღაურება მცირდება. ამასთან, ასეთ სიტუაციაში, ჯგუფების კატასტროფული ხარჯების თავიდან აცილების მიზნით, HMO ჯგუფებზე ზარალის შეჩერების გადაზღვევას ახორციელებს.

ღია მოდელი

HMO-ს პირდაპირი კონტრაქტის მოდელი

HMO-ს პირდაპირი კონტრაქტის მოდელის შემთხვევაში HMO-ს ხელშეკრულება აქვს გაფორმებული დამოუკიდებელ პრაქტიკოს ექიმებთან. ექიმს აქვს საკუთარი ოფისი და შეუძლია მიიღოს პაციენტი, რომელიც HMO-ში არ არის გაწვევრიანებული. ექიმს უფლება აქვს აირჩიოს მართული ჯანდაცვის სხვადასხვა გეგმები და ხელშეკრულება გააფორმოს მრავალ HMO-სთან. ა.შ.შ.-ში ექიმთა უმრავლესობა ხელშეკრულებას აფორმებს ერთ ან მეტ HMO-თან. დღეისათვის HMO-ს ღია ჩარჩოს მოდელი HMO-ს ყველაზე უფრო გაურცვლებულ მოდელს წარმოადგენს. იგი ჩვეულებრივ, HMO-ს IPA-ს მოდელთანაა დაკავშირებული.

HMO-ს IPA-ს მოდელი

ექიმებს შეუძლიათ გაწევრიანდნენ დამოუკიდებელი პრაქტიკის ასოციაციაში (Independent Practice Association - IPA). HMO ხელშეკრულებას აფორმებს დამოუკიდებელ, კერძო პრაქტიკის ექიმების ჯგუფთან ან ექიმთა ასოციაციებთან. IPA-ს წევრ ექიმებს ეძლევათ სულადობრივი ანაზღაურება, ან სერვისების მიხედვით (fee for service) მოდიფიცირებული ანაზღაურება. HMO-ს IPA-ს მოდელი HMO-ს ყველაზე უფრო გავრცელებულ მოდელს წარმოადგენს.

HMO-ს ქსელის მოდელი

ქსელის მოდელის შემთხვევაში HMO ხელშეკრულებას აფორმებს სხვადასხვა მულტიდისციპლინარულ სამედიცინო ჯგუფებთან, დამოუკიდებელი პრაქტიკის ექიმებთან ჯგუფებთან თუ ინტეგრირებულ ორგანიზაციებთან (IPA-სთან, ინდივიდუალურ ექიმებთან და ა.შ.). HMO-ს მიერ წინასწარ დადგენილი სტრატეგიის მიხედვით ხდება ქსელის მოდელთან ურთიერთობის ფორმირება, რომელსაც მართული ჯანდაცვის ამ გეგმის წევრები მისდევენ. 1990-იანი წლებიდან HMO უმრავლესობა ქსელის მოდელის გამოყენებით ჩართული არიან მართული ჯანდაცვის სხვა ფორმებთან (PPO, POS, ტრადიციული ჯანმრთელობის დაზღვევა).

ქსელის მოდელის სამედიცინო ჯგუფები დაფინანსებას ღებულობენ კაპიტაციური მეთოდით. სამედიცინო ჯგუფები მათთან დასაქმებულ ექიმებს ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდებით აფინანსებენ. სამედიცინო ჯგუფები ფუნქციონირებენ დამოუკიდებლად. ქსელის მოდელის შემთხვევაში HMO ხელშეკრულებას აფორმებს ერთზე მეტ სამედიცინო ჯგუფთან, მაგრამ ჯგუფების რაოდენობა მაინც ლიმიტირებულია.

HMO-ს შერეული მოდელი

დედამიწაზე არაფერი არა არის მარტივი და სწორხაზოვანი, არც მართული ჯანდაცვაა გამონაკლისი. სადაზღვევო ბაზარზე საკუთარი ადგილის გამყარების და დაზღვეულთა რაც შეიძლება მეტი რაოდენობის მიზიდვის მიზნით, HMO მართული ჯანდაცვის სხვადასხვა ფორმებს ნერგავს. შერეული მოდელის დროს HMO ხელშეკრულებას აფორმებს მართული ჯანდაცვის როგორც დახურულ, ასევე ღია ფორმებთან.

ასე მაგალითად, HMO საჭიროებს სამედიცინო სერვისების არეალის გაფართოებას და ცდილობს კონტრაქტი გააფორმოს კერძო პრაქტიკის ექიმებთან, ვიდრე გასწიოს ახალი დაწესებულების აშენების თუ იჯარით აღების ხარჯები. შერეული მოდელის დროს მოდელები ხშირად ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად მოქმედებენ.

HMO-ს სადაზღვევო პროდუქტები

HMO სამედიცინო მომსახურების შეზღუდულ არჩევანს გულისხმობს. რეგისტრირებულ პირებს შეუძლიათ აირჩიონ მხოლოდ ის ექიმები და სამედიცინო დაწესებულებები, რომლებიც მართული ჯანდაცვის გეგმაში არიან ჩართულნი. სპეციალისტებთან ან სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებისათვის HMO-ში რეგისტრირებულ პირებს უნდა ჰქონდეთ პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიმართვა.

1990-იანი წლების შუა პერიოდში HMO-ის უმრავლესობამ სამედიცინო მომსახურების მიწოდების უფრო მოქნილი სისტემის განსახორციელებლად ახალი გეგმა წარმოადგინა. იგი ძირითადად გულისხმობდა ღია ხელმისაწვდომობის გეგმას (Open-access plan) და სამედიცინო მომსახურების გარკვეული სახის გეგმას (Point-of-service plan):

ღია ხელმისაწვდომობის გეგმა (Open-access plan): რეგისტრირებულ წევრებს პირველადი ჯანდაცვის ექიმთან კონსულტაციის გარეშე შეუძლიათ აირჩიონ სპეციალური სამედიცინო მომსახურება, მხოლოდ ამ მომსახურებას უნდა ეწეოდნენ მათთან ხელშეკრულებაში მყოფი მართული ჯანდაცვის პროვაიდერები. ამ მოდელის შემთხვევაში რეგისტრირებულ წევრებს აქვთ უფრო მეტი არჩევანის და სპეციალისტებთან თვითმმართვეის შესაძლებლობა, თუმცა ამ სპეციალისტებს ხელშეკრულება უნდა ჰქონდეთ HMO-სთან. პირველადი ჯანდაცვის ექიმთან კონსულტაციის გარეშე სპეციალისტთან მიმართვის შემთხვევაში რეგისტრირებული წევრები უფრო მეტი ზომის თანაგადახდას იხდიან.

სამედიცინო მომსახურების გარკვეული სახის გეგმას (Point-of-service plan - POS) HMO-ს ღია ფორმასაც უწოდებენ. იგი HMO-ს და დაზღვევის კომბინირებულ სახეს წარმოადგენს. რეგისტრირებულ წევრებს შეუძლიათ სამედიცინო მომსახურების გარკვეული სახეები HMO-ს სისტემის გარეთ მიიღონ, თუმცა ასეთი სახის მომსახურებისათვის მათ დამატებითი თანხა უნდა გადაიხადონ. მაგალითად HMO იხდის 80 %-ს, ხოლო რეგისტრირებული წევრი კი 20 % თანაგადახდას (HMO-სთან ხელშეკრულებაში მყოფ სპეციალისტთან 5-10 \$ თანაგადახდის ნაცვლად). ასეთ მოდელს სამედიცინო მომსახურების გარკვეული სახის გეგმას (Point-of-service plan) უწოდებენ, რადგან რეგისტრირებული წევრები თავად ირჩევენ თუ როგორ ან ვისგან მიიღონ სამედიცინო მომსახურების ცალკეული სახეები.

ცხრილი 8: 25 უდიდესი HMO-ს ინდივიდუალური გეგმები

მოდელის ტიპი	ბენეფიციართა რაოდენობა		გეგმების რაოდენობა	
	ყველა HMO (მილიონი)	25 უდიდესი HMO (მილიონი)	ყველა HMO	25 უდიდესი HMO
IPA	37.6	11.5	255	11
Network	21.5	6.6	153	7
Group	16.1	11.2	35	6
Staff	1.6	0.5	13	1
სულ	76.7	29.8	456	25

წყარო: HMO/PPO Digest, Managed Care Digest Series 2006, sanofi aventis.

ცხრილი 9: HMO-ს Point-of-service plan (POS)

მოდელის ტიპი	POS-ში ჩართული HMO-ს %-ლი რაოდენობა	POS-ის წევრები (მილიონი)	POS-ში გაწევრიანებულთა %-ლი რაოდენობა
IPA	66.7%	8,030,618	62.1%
Network	55.6%	3,357,719	26.0%
Group	65.7%	1,431,718	11.1%
Staff	30.8%	118,138	0.9%
სულ	61.8%	12,938,193	100.0%

წყარო: HMO/PPO Digest, Managed Care Digest Series 2006, sanofi aventis.

HMO-ს უტილიზაცია

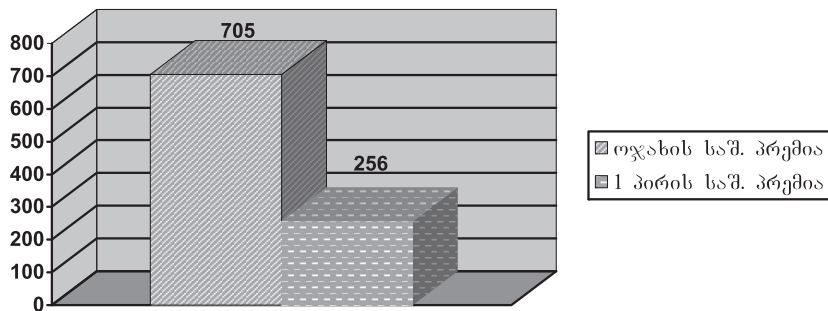
ცხრილი 10: HMO-ს უტილიზაციის მაჩვენებლები, 2005 წ.

A მოდელის ტიპი	საწოლ დღეთა რაოდენობა 1000 წევრზე გათვლით	ექიმთან მიმართება 1 წევრზე გათვლით	ამბულატორიული ვიზიტები 1 წევრზე გათვლით
წევრები მედიკოს გამოკლებით	216	3,4	1,5
მედიკოს წევრები	1436	7,8	3,2

წყარო: HMO/PPO Digest, Managed Care Digest Series 2006, sanofi aventis.

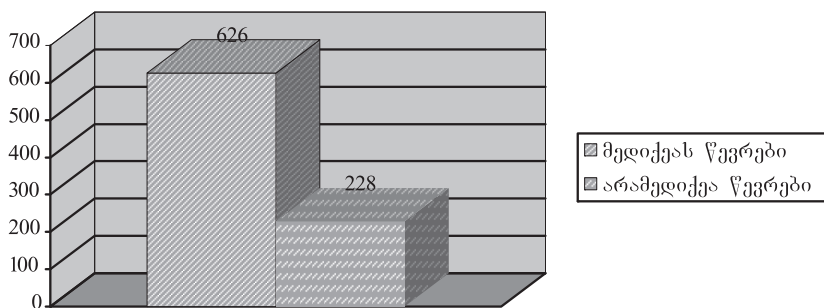
HMO-ს დაფინანსება, დაფინანსების წყაროები

ნახაზი 7: HMO-ს საშუალო თვიური შენატანები \$ (პრემიები), 2005 წ.



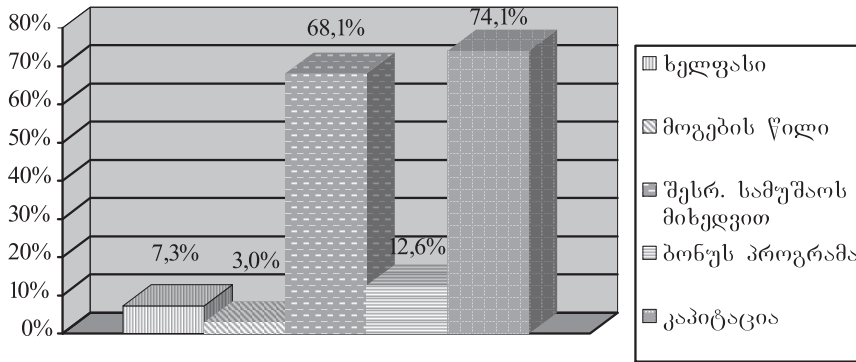
წყარო: HMO/PPO Digest, Managed Care Digest Series 2006, sanofi aventis.

ნახაზი 8: HMO-ს საშუალო თვიური შემოსავლები ერთ პირზე გათვლით (\$), 2005 წ.



წყარო: HMO/PPO Digest, Managed Care Digest Series 2006, sanofi aventis.

ნახაზი 9: HMO-ის %-ლი რაოდენობა ექიმების ანაზღაურების მიხედვით, 2005 წ.



წყარო: HMO/PPO Digest, Managed Care Digest Series 2006, sanofi aventis.

17.3.2. არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაცია (Preferred Provider Organization - PPO)

არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციები (PPO) მართვითი ჯანდაცვის ერთ-ერთ სახესხვაობას წარმოადგენენ, რომლებიც შექმნილია საავადმყოფოების, ექიმების, სამედიცინო ჯგუფებისა და სადაზღვეო კომპანიების ურთიერთშეთანხმების საფუძველზე. მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია ხელშეკრულებას აფორმებს დამოუკიდებელ პრაქტიკოს ექიმებთან, საავადმყოფოებთან და ჯანდაცვის სხვა პროვაიდერებთან, რომლებიც მათთვის არჩეულ, ე.წ. “პრივილეგირებულ” მომწოდებლებს წარმოადგენენ. არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციები დამზღვევებს სთავაზობენ შედარებით დაბალ ფასებს, წაყენებულ მოთხოვნებზე სწრაფ რეაგირებას, რაც კომპენსირდება მოსახლეობის დიდი ნაწილის მოცვით. არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციები ვალდებულებას იღებენ უზრუნველყონ უკეთესი მოცვა ან მომსახურების ფასების ძირითადი ნაწილი, რითაც კონკურენციას უწევენ ჯანდაცვის კერძო მომწოდებლებს. HMO-გან განსხვავებით PPO არ წარმოადგენს ჩაკეტილ ორგანიზაციას.

არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციების (PPO) უმრავლესობა სადაზღვეო კომპანიების და დამოუკიდებელი ინვესტორების საკუთრებას წარმოადგენენ (მცირე ნაწილი HMO-ებსაც გააჩნიათ).

PPO-ს მართული ჯანდაცვის გეგმის ჩამოყალიბების ორი მთავარი მიდგომა არსებობს: “ნებისმიერი სასურველი პროვაიდერის” მართული ჯანდაცვის გეგმაში ჩართვის შესაძლებლობა, წინააღმდეგ კრიტერიუმზე დაფუძნებული არჩევის სისტემისა. წარსულში, ყველა პროვაიდერს, რომელსაც სურვილი ჰქონდა გაერთიანებულიყო მართვითი ჯანდაცვის ორგანიზაციაში და რომელიც ეთანხმებოდა PPO-თან კონტრაქტის პირობებს, PPO-ს პროვაიდერი ხდებოდა. მოგვიანებით, PPO პროვაიდერების შესარჩევად დაიწყო ზოგი ობიექტური კრიტერიუმის გამოყენება (მაგ., ლიცენზირება, აკრედიტაცია და ა.შ.).

არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციები დაზღვეულ პირებს სამედიცინო მომსახურებას სთავაზობენ შედარებით დაბალ ფასებში. ასეთი სახის მომსახურება ხელმისაწვდომია როგორც დაზღვეულთათვის, ასევე დამქირავებელთათვის. არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციები HMO-გან განსხვავებით არ წარმოადგენენ დახურულ ორგანიზაციებს. ტრადიციული ჯანმრთელობის დაზღვევისაგან PPO-ს ძირითადი განსხვავება მდგომარეობს იმაში, რომ პროგრამების

წარუმატებლად განხორციელების შემთხვევაში, ფინანსური ჯარიმა ვრცელდება პროვაიდერზე და არა ბენეფიციარზე.

ცხრილი 11: PPO-ს მესაკუთრეთა ფორმები და წევრთა რაოდენობა

მესაკუთრის ფორმა	დაქირავებულთა რაოდენობა (მლნ)	დაქირავებულთა %	PPO-ს რაოდენობა
დამქირავებულთა და დაქირავებულთა კოალიცია	272,847	0.3 %	4
HMO	2,129,468	2.0%	60
საავადმყოფო	238,947	0.2%	7
საავადმყოფოს ალიანსი	4,965,738	4.6%	53
დამოუკიდებელი ინვესტორი	41,522,908	38.3%	47
სადაზღვევე კომპანია	54,101,116	49.9%	360
მულტიმესაკუთრე	2,509,149	2.3%	34
ექიმი/საავადმყ. კავშირი	1,510,664	1.4%	15
ექიმი/სამედიცინო ჯგუფი	551,523	0.5%	7
მესამე მხარე ადმინისტრატორი	497,957	0.5%	4
სხვა	89,242	0.1%	5
სულ	108,389,559	100%	596*

წყარო: HMO/PPO Digest, Managed Care Digest Series 2006, sanofi aventis.

არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციების უმთავრეს ნიშნებს წარმოადგენს:

პროვაიდერების არჩევა – PPO მასთან რეგისტრირებული მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისათვის ხელშეკრულებას აფორმებს მის მიერ არჩეულ პროვაიდერთან. PPO-ების უმრავლესობა ხელშეკრულებას აფორმებენ საავადმყოფოებთან, ექიმებთან და სხვა დიაგნოსტიკურ დაწესებულებებთან. პროვაიდერების არჩევა ხორციელდება მათი ხარჯეფექტურობის, რეპუტაციის და მომსახურების შესაძლებლობების მიხედვით. PPO პროვაიდერებისგან მოითხოვს აკრედიტაციას, სამედიცინო შემთხვევის მენეჯმენტს, სავალდებულო მეორე აზრის პროგრამებს (სეცონდ ოპინიონ პროგრამს).

ანაზღაურების შეთანხმებული მეთოდი და ზომა – PPO პროვაიდერებთან წინასწარ შეთანხმებას აწარმოებს ანაზღაურების მეთოდთან და ზომასთან დაკავშირებით. PPO-ს პროვაიდერების დაფინანსება ხორციელდება სამედიცინო სერვისებზე “მოსახლეობისათვის სასურველი ფასის” (“მოსტ ფაორედ ნატიონ” პრიცინგ) მიხედვით. ბოლო წლებში ასეთი სახის “მოსახლეობისათვის სასურველი ფასებით” პროვაიდერების დაფინანსება ნაკლებად გამოიყენება მარეგულირებელი წესების ზეწოლის გამო. ანაზღაურების მეთოდებიდან გამოიყენება საწოლ-დღის მიხედვით, სამედიცინო-ეკონომიკური სტანდარტებით დაფინანსების მეთოდები.

მოკლე ვადებში და სწრაფი ანაზღაურება – PPO პროვაიდერების მიერ წარმოდგენილი ანგარიშფატურების ანაზღაურებას ახორციელებს უახლოესი 15 დღის განმავლობაში. თავის მხრივ, ასეთი სწრაფი ანაზღაურების გამო, პროვაიდერები შედარებით დაბალ ფასებში სთავაზობენ მომსახურებას.

უტილიზაციის მენეჯმენტი – ბევრ PPO-ს დანერგილი აქვს უტილიზაციის მართვის პროგრამები სამედიცინო მომსახურების უტილიზაციის და ხარჯების მონიტორინგისათვის. დარღვევების აღმოჩენის შემთხვევაში PPO-ს დაწესებული აქვს ჯარიმები.

მომხმარებლების არჩევა - არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციების (PPO) შემთხვევაში ჯანდაცვის არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაცია პაციენტს მთლიანად უხდის სამედიცინო მომსახურებას.

ხურების თანხას მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ იგი ირჩევს იმ ექიმებს და დაწესებულებათა ქსელს, რომელთანაც ორგანიზაციას ხელშეკრულება აქვს გაფორმებული. მიუხედავად ამისა, HMO-თან განსხვავებით, PPO-ს პროვაიდერების არჩევის თვალსაზრისით შეზღუდვების უფრო ნაკლები სისტემა აქვთ. პაციენტებს შეუძლიათ სამედიცინო მომსახურების მისაღებად პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიმართვის გარეშე მიმართონ სპეციალისტებს. პუნქტების მიხედვით სამედიცინო მომსახურების გეგმის (Point-of-service plan) მსგავსად, პაციენტებს შეუძლიათ მიიღონ სამედიცინო მომსახურება იმ პროვაიდერებისგან რომლებიც არ არიან გაწვერიანებული ჯანდაცვის PPO-ში თუმცა, როდესაც პაციენტები მიმართავენ ჯანდაცვის არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციის მიერ შერჩეულ ქსელის გარეთ ექიმებს, ან სამედიცინო დაწესებულებებს, მაშინ იხდიან საკმაოდ მაღალი ზომის თანაგადახდას.

აღსანიშნავია, რომ PPO არასოდეს იხდის სამედიცინო მომსახურების ისეთ ხარჯებს, რომლებიც კონტრაქტით არ არის განსაზღვრული, გამონაკლისს წარმოადგენს ბენეფიციარების თანაგადახდა და თანადაზღვევა. როდესაც ბენეფიციარი პროვაიდერს ირჩევს PPO-ს სისტემის გარეთ, PPO არ არის ვალდებული გადაიხადოს სამედიცინო დახმარების ხარჯები. როდესაც ბენეფიციარს სურს სამედიცინო დახმარების მიღება PPO-ს ქსელის გარეთ არსებული პროვაიდერისგან, მასზე გავრცელებული სარგებელი (benefit) მცირდება. ასე მაგალითად, როდესაც ბენეფიციარი სამედიცინო დახმარებას ღებულობს PPO-ს ქსელის შიგნით სარგებელი შეადგენს 90 %-ს. როდესაც ბენეფიციარს სურს სამედიცინო დახმარების მიღება PPO-ს ქსელის გარეთ არსებული პროვაიდერისგან, სარგებელი 70 %-მდე მცირდება.

ცხრილი 12: არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციის ჰიპოთეტიური ანაზღაურება

	ქსელის შიგნით	ქსელის გარეთ
საავადმყოფო	100 %	80 %
ექიმი	90 %	75 %
თერაპევტი	90 %	50 %
ფარმაცევტი	თანაგადახდის გარეშე	10 \$ თანაგადახდა
მედიკამენტები დადგენილი სიის მიხედვით	მოიცავს	50 %
მედიკამენტები სიის გარეშე	არ მოიცავს	არ მოიცავს

წყარო: Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.

ხშირად, არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაცია (PPO) წინასწარ განსაზღვრავს ფარმაცევტულ ფორმულარს, მედიკამენტების ჩამონათვალს, რომელსაც ანაზღაურებს. მედიკამენტი, რომელიც არ არის სიაში, არ ანაზღაურდება. არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაცია (PPO) უტილიზაციის მონიტორინგისათვის იყენებს უტილიზაციის მაჩვენებელს. იმის გამო, რომ პაციენტებისათვის უფრო ხელსაყრელია საავადმყოფოთა, ექიმთა, ან ფარმაცევტულ კომპანიათა მხოლოდ სპეციფიურ, არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციის (PPO) მიერ შერჩეულ ჯგუფთან მიმართვა, არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციას (PPO) აქვს შესაძლებლობა მის მიერ შერჩეულ სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებთან შეთანხმება მოახდინოს შედარებით დაბალ ფასებში. სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლები თანახმა არიან დაზღვეულთა მეტი მოცულობის მიღების ხარჯზე მომსახურება გასწიონ შედარებით დაბალ ფასებში. დაბალი ფასები და უტილიზაციის მაჩვენებელის ტექნიკა არჩეულ მომწოდებელთა

ორგანიზაციას (PPO) საშუალებას აძლევს პაციენტებს მიაწოდოს უკეთესი ბაზისური პაკეტი შედარებით დაბალი შენატანებით. აღნიშნული სადაზღვევო გეგმა უფრო მოქნილია, ვიდრე HMO. არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციის (PPO) სქემაში პაციენტებს შეუძლიათ აირჩიონ ორგანიზაციის ქსელის გარეთ მყოფი ექიმები თუ სამედიცინო დაწესებულებები, თუმცა ამისათვის მათ საკმაო რაოდენობით თანხა უნდა გადაიხადონ.

17.3.3. ექსკლუზიური პროვაიდერების ორგანიზაცია (Exclusive Provider Organizations - EPO).

ექსკლუზიური პროვაიდერების ორგანიზაცია (EPO) თავისი ორგანიზაციით და მიზნებით ემსგავსება ჯანდაცვის არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციას. ექსკლუზიური პროვაიდერების ორგანიზაცია მასთან რეგისტრირებული წევრებისგან მოითხოვს სამედიცინო მომსახურების მიღებას მხოლოდ იმ პროვაიდერებთან, რომელიც მას აქვს არჩეული. სპეციალისტებთან მიმართვის შემთხვევაში პაციენტებს მოეთხოვებათ პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიმართვა. სხვა ქსელიდან მომსახურების მიღებისას დაზღვეული ანაზღაურებას ვერ მიიღებს.

17.3.4. მომსახურების პუნქტის გეგმა (Point-of-Service Plan - POS)

GEგეგმა დაფუძნებულია მომსახურების პუნქტზე (POS) და წარმოადგენს HMO-ს და ტრადიციული სადაზღვევო გეგმის კომბინაციას. POS-ის გეგმის დროს წევრებს შეუძლიათ ამოირჩიონ მომსახურების სისტემა სამედიცინო დახმარების პუნქტის მიხედვით. მაგალითად, როდესაც მართული ჯანდაცვის წევრი მიმართავს მხოლოდ მის ზოგადი პრაქტიკის ექიმს და ექვემდებარება HMO-ს მიერ განსაზღვრულ სისტემას, სერვისების სარგებელი საკმაოდ დიდია და წევრი დაწესებულ თანაგადახდას იხდის მხოლოდ მცირე ფორმით. როდესაც მართული ჯანდაცვის წევრი თვითონ ირჩევს თუ ვის მიმართოს, ან სპეციალისტს მიმართავს ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მიმართვის გარეშე, აგრეთვე სამედიცინო მომსახურების მისაღებად არ ექვემდებარება HMO-ს მიერ განსაზღვრულ სისტემას, იგი იხდის საკმაოდ მაღალ თანაგადახდას, ან თანადაზღვევას. HMO-ს ქსელის შიგნით და ქსელის გარეთ მომსახურების მოცვას შორის განსხვავება შეადგენს 20 %-დან 40 %-მდე.

POS-ის გეგმა განვითარდა მართული ჯანდაცვის სისტემაში ხარჯებზე კონტროლსა და პროვაიდერების თავისუფალ არჩევანს შორის არსებული კონფლიქტის გამო.

17.4. სამედიცინო მომსახურების ინტეგრირებული სისტემა

მართულ ჯანდაცვას, როგორც სამედიცინო დახმარების გაწევის ორგანიზებულ სისტემას, სამედიცინო დახმარების მიწოდების ინტეგრირებული სისტემას (Integrated delivery systems - IDA) უწოდებენ. ჯანდაცვის ინტეგრირებული სისტემები ჩამოყალიბდნენ მართული ჯანდაცვის პირობებში სხვადასხვა სახის პროვაიდერების კოორდინირებული მუშაობის მიზნით.

სამედიცინო დახმარების მიწოდების ინტეგრირებული სისტემა მოიცავს პროვაიდერთა მრავალ სახეს, რომლებიც ჯანდაცვის სერვისების მართვის, კოორდინაციის და შესაბამისად მისი ეფექტურობის გაზრდის მიზნით გაერთიანებული არიან გარკვეული სახის ლეგალური სტრუქტურის მეშვეობით. ჯანდაცვის ინტეგრირებული სისტემები კონტრაქტს ამყარებენ

დამფინანსებელ ორგანიზაციებთან: ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ორგანიზაციებთან (HMO), არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციებთან (PPO), ჯანმრთელობის დაზღვევის კომპანიებთან.

სამედიცინო დახმარების მიწოდების ინტეგრირებული სისტემის კონცეფცია არ არის ახალი. მრავალი წლის განმავლობაში, ზოგ შემთხვევაში თითქმის ნახევარი საუკუნე, სამედიცინო დახმარების მიწოდების ინტეგრირებული სისტემას წარმოადგენდნენ კაიზერ პერმანენტე ჯანდაცვის გეგმები (Kaiser Permanente Health Plans), პუგეტ საუნდის ჯანდაცვის ჯგუფი (Group Health Puget Sound), ჰენრი ფორდის ჯანდაცვის სისტემა (Henry Ford Health System), თუმცა ისინი ისინი უფრო ჯანდაცვის მხარდამჭერ ორგანიზაციებს წარმოადგენდნენ, ვიდრე პროვაიდერებს. მანამ სანამ მართული ჯანდაცვა დაიკაუება მთავარ როლს, ვერტიკალური ინტეგრაციის ზრდა იწინასწარმეტყველა პაულ სტარმა 1982 წელს თავის ნაშრომში “ამერიკის მედიცინის სოციალური ტრანსფორმაცია”.

სამედიცინო დახმარების მიწოდების ინტეგრირებული სისტემები (IDS) წარმატებით ვითარდებიან, მაგრამ მკვლევართა აზრით, ზოგიერთმა ვერ მიაღწია მიზანს: სამედიცინო დახმარების მიწოდების მართვითი ეფექტიანობის ამაღლებას.

არსებობს მრავალი სახის ორგანიზაციები, რომლებსაც შესაძლებელია ეწოდოს სამედიცინო დახმარების მიწოდების ინტეგრირებული სისტემები (IDS), რომელთა შორის განსხვავება მთლად ნათელი არ არის. ამ სისტემებს შორის შეიძლება გამოვყოთ: დამოუკიდებელი პრაქტიკის ასოციაცია (Independent Practice Association - IPA); ექიმთა პრაქტიკის მენეჯმენტის კომპანია (Physician Practice Management Company - PPMC), ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაცია (Physician Hospital Organization - PHO), მართული სერვისების ორგანიზაცია (Management Service Organization - MSO), ექიმთა პრაქტიკის მენეჯმენტის ორგანიზაციები (Physician practice management organizations - PPMCs).

17.4.1. სამედიცინო დახმარების მიწოდების მაღალინტეგრირებული სისტემები

სამედიცინო დახმარების მიწოდების მაღალინტეგრირებული სისტემა გულისხმობს, რომ იგი უნდა ფლობდეს (ან კონტრაქტი ჰქონდეს დამყარებული) სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სამ ან მეტ კომპონენტს, მათ შორის არანაკლებ ერთ გადაუღებელი დახმარების საავადმყოფოს, არანაკლებ ერთ საექიმო კომპონენტს (მაგ; PHO, IPA, PPMCs, ან საშტატო საექიმო პრაქტიკებს) და არანაკლებ ერთ სხვა კომპონენტს (მაგ., HMO, მედიის სახლი, ქირურგიული ცენტრი)⁸. მათ აგრეთვე უნდა ჰქონდეთ არანაკლებ ერთი კონტრაქტი დამფინანსებელთან⁸.

აღნიშნული დეფინიციის საფუძველზე მკვლევართა ჯგუფის მიერ 1998 წელს აშშ-ში დადგენილ იქნა 266 სამედიცინო დახმარების მიწოდების მაღალინტეგრირებული სისტემა, რომელთა რიცხვი წლიდან წლამდე მატულობს⁸.

ცხრილი 13: 266 სამედიცინო დახმარების მიწოდების მაღალინტეგრირებული სისტემების კომპონენტები

კომპონენტი	IDSs რაოდენობა, რომელთაც აქვთ შესაბამისი კომპონენტი
გადაუდებელი დახმარების საავადმყოფოები	ყველას
საექიმო კომპონენტი (მ აგ; PHO, IPA, PPMCs, ან სამტატო საექიმო პრაქტიკები)	ყველას
საოჯახო ჯანდაცვის სააგენტო	220
მედის სახლი	144
HMO/PPO	128
ამბულატორიული ქირურგიული ცენტრი	115

წყარო: Hoechst Marion Roussel Managed Care Digest Series, Integrated Health Systems Digest (Kansas City, MO, Hoechst Marion Roussel and SMG Marketing Group, 1999).

17.4.2. ბაზრის თაჰისმბშრმბმბი

ძლიერ პენეტრირებული ბაზრები

ძლიერ პენეტრირებულ ბაზრებზე (სადაც HMO ან PPO-ს გეგმებში გაწვევრიანებულია მოსახლეობის 25 % ან მეტი) შედარებით მცირე ჯანდაცვის გეგმები დომინირებს. ახალი გეგმების შესვლა ბაზარზე სირთულეს წარმოადგენს, თუმცა შესაძლებელია. შედეგად, ძლიერ პენეტრირებულ ბაზრებზე სამედიცინო დახმარების მიწოდების ინტეგრირებული სისტემებს (IDSs) მიდრეკილება აქვთ უფრო მეტი კონსოლიდაციისაკენ. ასეთ ბაზრებზე სამედიცინო დახმარების მიწოდების ინტეგრირებული სისტემები (IDSs) და მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციები (MCOs) თავიანთი სიძლიერის ბალანსირებას ახდენენ. მართული ჯანდაცვის ზრდადი სიძლიერის საწინააღმდეგოდ, სამედიცინო დახმარების მიწოდების სისტემები მიისწრაფვიან უფრო მეტი კონსოლიდაციისაკენ⁹.

ნაკლებად პენეტრირებული ბაზრები

ნაკლებად პენეტრირებულ ბაზრებზე (სადაც HMO ან PPO-ს გეგმებში გაწვევრიანებულია მოსახლეობის 20 %-ზე ნაკლები) მართული ჯანდაცვის აქტივობები ლიმიტირებულია. ასეთ ბაზრებზე IDSs და MCOs შემოქმედებითი აქტივობების უფრო მეტი სტიმული აქვთ.

17.4.3. ჯანდაცვის ინტეგრირებული სისტემის ფორმები

ჯანდაცვის ინტეგრირებული სისტემების სამი ფორმა არსებობს:

1. მხოლოდ ერთი და იგივე სახის პროვაიდერების ინტეგრაცია:

- < დამოუკიდებელი პრაქტიკის ასოციაცია (Independent Practice Association - IPA);
- < ექიმთა პრაქტიკის მენეჯმენტის კომპანია (Physician Practice Management Company - PPMC)
- < საავადმყოფოების ინტეგრირებული სისტემები

2. ექიმთა და საავადმყოფოთა ინტეგრაცია

- < ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაცია (Physician Hospital Organization – PHO)
- < მართული სერვისების ორგანიზაცია (Management Service Organization - MSO)

3. ექიმების, საავადმყოფოების და სადაზღვევო ორგანიზაციების სრული ინტეგრაცია

ჯანდაცვის ინტეგრირებული სისტემები შეიძლება არსებობდეს მრავალი ფორმის სახით. მაგალითად, ჯანდაცვის ინტეგრირებული სისტემები შეიძლება მოიცავდეს დამოუკიდებელი პრაქტიკის ასოციაციას (IPA), ექიმთა პრაქტიკის მენეჯმენტის კომპანია (PPMC) შესაძლებელია იყოს საავადმყოფოს საკუთრებაში, ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაციას (PHO) შესაძლოა სახელშეკრულებო ურთიერთობები ჰქონდეს დამყარებული მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციასთან და ა.შ.

გარდა ზემოაღნიშნულისა ჯანდაცვის ინტეგრირებული სისტემების შემდეგი სახეები არსებობს:

- < ჯგუფობრივი პრაქტიკა კედლების გარეშე (Group practice without walls - GPWW);
- < პრაქტიკის სამედიცინო ჯგუფი;
- < საშტატო პერსონალის მოდელი (Staff model)
- < ვირტუალური ინტეგრაცია;

17.4.3.1. დამოუკიდებელი პრაქტიკის ასოციაცია (Independent Practice Association - IPA)

დამოუკიდებელი პრაქტიკის ასოციაციის (IPA) ექიმები კერძო პრაქტიკის ექიმებია, რომლებსაც ხელშეკრულება აქვთ დადებული IPA-თან. დამოუკიდებელი პრაქტიკის ასოციაცია წარმოადგენს იურიდიულ ერთეულს. კერძო პრაქტიკის ექიმების IPA-თან გაერთიანების მიზანია IPA-ს მეშვეობით ერთ და მეტ HMO-თან კონტრაქტის დადება. HMO-თან მიმართებაში IPA მათთვის გარკვეული სახით ქოლგის როლში გამოდის.

დამოუკიდებელი პრაქტიკის ასოციაციათა უმრავლესობა არამომგებიან ორგანიზაციებს წარმოადგენენ. არსებობს მომგებიანი დამოუკიდებელი პრაქტიკის ასოციაციებიც. მართული ჯანდაცვის საინფორმაციო ცენტრის 1998 წლის მონაცემების მიხედვით, დაახლოებით 130000 ექიმი გაწევრიანებული არიან დამოუკიდებელი პრაქტიკის ასოციაციებში (IPA).

დამოუკიდებელი პრაქტიკის ასოციაციები სახელშეკრულებო ურთიერთობებს ამყარებენ ღია ფორმის HMO-თან. IPA-ს ექიმები პრაქტიკას ეწევიან საკუთარ ოფისებში და პაციენტების მიღებისა და მომსახურებისათვის საფასურს იღებენ.

ჩვეულებრივ, HMO უნაზღაურებს IPA-ს კაპიტაციის საფუძველზე, რაც მოიცავს ექიმთა მიერ გასაწევ ყველა სამედიცინო დახმარებას, თუმცა არ გამორიცხავს მომსახურებისათვის ანაზღაურებას სერვისების მიხედვით (fee for service). დამოუკიდებელი პრაქტიკის ასოციაცია მასთან გაწევრიანებულ ექიმების დაფინანსებისათვის ანაზღაურების კაპიტაციური მეთოდის გარდა იყენებს ანაზღაურებს სხვა მეთოდებს.

IPA და მასთან გაწევრიანებული ექიმები სამედიცინო დახმარების გარკვეულ სახეებზე შეიძლება რისკის ქვეშ აღმოჩნდნენ, განსაკუთრებით მაშინ როდესაც კაპიტაციით განსაზღვრული დაფინანსება საკმარისი არ არის ექიმთა ასანაზღაურებლად. ასეთ შემთხვევაში ექიმები დაბალ ანაზღაურებას ღებულობენ. კატასტროფული ხარჯების თავიდან აცილების მიზნით IPA-ს აქვს ზარალის შეჩერების გადაზღვევა (Stop-loss reinsurance) ან HMO უზუნველყოფს ზარალის შეჩერებას (Stop-loss) IPA-ს გაბანკროტებისგან თავიდან ასაცილებლად.

საავადმყოფოს არანაირი როლი არ თამაშობს ტრადიციულ IPA-ში, თუმცა ზოგიერთმა საავადმყოფომ დაიწყო IPA-ს როგორც ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაციის (Physician Hospital Organization – PHO) ალტერნატიული სტრუქტურის განვითარების სპონსორობა.

IPA-ს დადებითი მხარეები:

- < საქმიანობის დასაწყებად მოითხოვს შედარებით მცირე თანხებს;
- < ექიმთა გაწვევრიანების დიდი მოტივაცია.

IPA-ს უარყოფითი მხარეები:

- < შეუძლებელია ექიმთა ქცევის შეცვლა.

17.4.2. მქიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაცია (Physician Hospital Organization – PHO)

ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაცია წარმოადგენს იურიდიულ ერთეულს, რომელშიც გაერთიანებულია საავადმყოფოები და ექიმები. ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაცია საშუალებას აძლევს საავადმყოფოს და ექიმებს შეთანხმებები აწარმოოს სადაზღვევო ორგანიზაციებთან (ან სხვა დამფინანსებელ მხარესთან). ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაცია აქტიურად მართავს პროაიდერებსა და მართვითი ჯანდაცვის ორგანიზაციებს შორის ურთიერთობებს.

ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაცია შეიქნა სადაზღვევო ბაზარზე მართული ჯანდაცვის გეგმების განვითარების საპასუხოდ. ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაცია წარმოადგენს ვერტიკალურად ინტეგრირებული სისტემის სახეს, ამასთან შენარჩუნებულია ექიმთა დამოუკიდებლობა და ავტონომია.

ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაცია მოლაპარაკებებს აწარმოებს მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციებთან კონტრაქტის პირობებსა და ანაზღაურების მეთოდებზე. ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაციას აქვს შეზღუდული დრო (მაგ., 90 დღე) კონტრაქტის წარმატებით შეთანხმებისათვის. აღნიშნული დროის გასვლის შემდეგ ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაციაში მონაწილე ექიმებს საშუალება აქვთ პირდაპირი კონტრაქტი დაამყარონ მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციებთან. როდესაც ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაცია მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციასთან შეთანხმებას წარმატებით განახორციელებს, ექიმები თანხმდებიან მიღწეულ პირობებზე. კონტრაქტი მყარდება ექიმებსა და მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციებს შორის და საავადმყოფოსა და მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციებს შორის. ზოგ შემთხვევაში ექიმებსა და მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციას შორის კონტრაქტი შედარებით მოკლეა და შესაძლოა დაკავშირებული იყოს ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაციასა და მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციას შორის დადებულ კონტრაქტთან.

ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაცია ჩვეულებრივ დამოუკიდებელი დაწესებულებაა, ისეთივე, როგორც მომგებიანი კორპორაცია. აღნიშნული მოითხოვს არამომგებიანი, გადასახადებისგან თავისუფალი საავადმყოფოს მიერ ლეგალური ანალიზის ჩატარებას, რადგანაც საავადმყოფომ შესაძლოა დაკარგოს გადასახადებისგან თავისუფალი დაწესებულების სტატუსი, თუ გადასახადებისგან თავისუფალი დაფინანსება შეთავსებულია ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაციის მომგებიანობასთან.

საკუთრების და კაპიტალიზაციის საწყისი ფორმა სხვადასხვაა, მაგრამ უფრო რთულია ექიმებისათვის და საავადმყოფოებისთვის თანაბარი მესაკუთრეობის განსაზღვრა. ბუნებრივია, შესაძლოა საავადმყოფოს სახსრების უფრო მეტი რაოდენობა დაუგროვდეს. ექიმები პოზიციის გაძლიერებას პრაქტიკის მოტივაციის გაზრდით ცდილობენ, თუმცა, მათ ფართო პოზიციასაც

თავის საფრთხეები გააჩნია. ზარალების დაფარვის ან ინფრასტრუქტურის ინვესტირებისას, ექიმები ნაკლებად ცდილობენ მონაწილეობის მიღებას⁶. აღნიშნული საავადმყოფოსა და ექიმებს შორის გარკვეულ დაძაბულობას და ნაკლებად ოპტიმალური გადაწყვეტილებების მიღებას განაპირობებს, განსაკუთრებით მაშინ როდესაც საავადმყოფო არამომგებიან კორპორაციას წარმოადგენს.

ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაციის მართვა ხორციელდება საბჭოს მიერ, რომელშიც თანაბრადაა წარმოდგენილი საავადმყოფოს მენეჯერების და ექიმების მხარე, ამასთან ექიმების წარმომადგენელთა შორის უფრო მეტად პირველადი ექიმების წარმომადგენლები არიან ჩართულნი⁶. თუმცა ზოგჯერ საბჭოში მეტი წარმომადგენლობა ექიმებს გააჩნიათ, რომელთაგან არიან საავადმყოფოს წარმომადგენლები. არამომგებიანი ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაციის შემთხვევაში, საბჭოში ექიმთა წარმომადგენლობა 20 %-ს არ აჭარბებს, მიუხედავად საავადმყოფოს სურვილისა⁶.

აქვე აღსანიშნავია, რომ ექიმთა ორგანიზაცია შესაძლოა ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაციის განსხვავებული მოდელის ორგანიზაციას წარმოადგენს. მაგალითად, ჯგუფობრივი პრაქტიკა კელების გარეშე (Group practice without walls - GPWW), ან დამოუკიდებელ ექიმთა ასოციაცია. დღევანდელი მდგომარეობით, უფრო გავრცელებულ მოდელს წარმოადგენს ისეთი მოდელი, როდესაც დამოუკიდებელი ექიმები (ან დამოუკიდებელ ექიმთა ასოციაციის – IPA-ს წევრები) ინდივიდუალურ კონტრაქტს ამყარებენ ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაციასთან.

ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაციები ორ კატეგორიად იყოფიან: ღია და დახურული.

ღია ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაციები

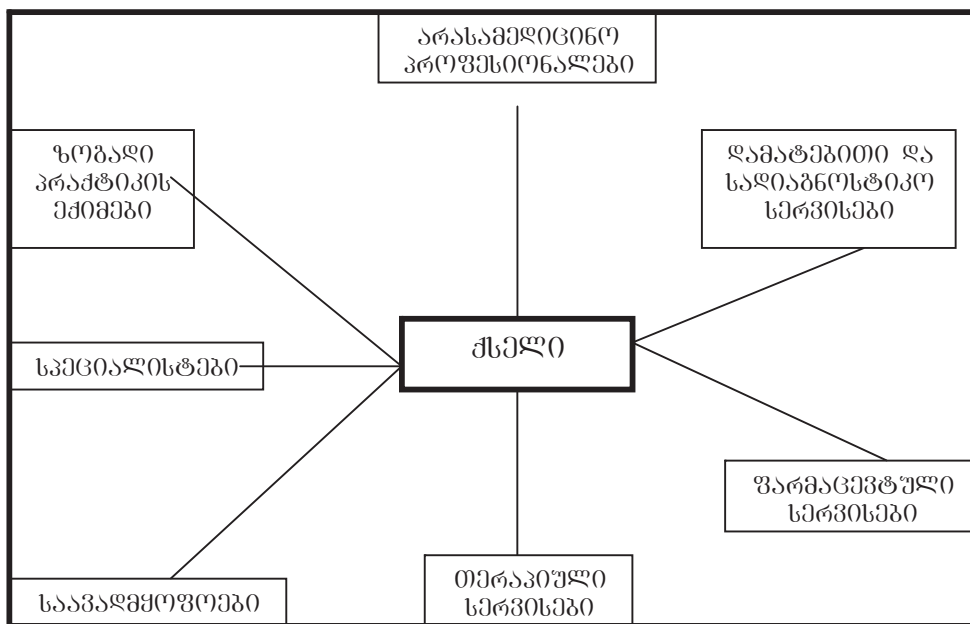
ღია ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაციებში საავადმყოფოს ნებისმიერ პერსონალს შეუძლია გაწევრიანება. ღია ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაციებში უფრო მეტად სპეციალისტები არიან გაწევრიანებული. თვით ღია ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაციები უპირატესად სპეციალისტების მიერ არის ჩამოყალიბებული. აღნიშნული განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციების შექმნამ სპეციალისტების საქმიანობის შეზღუდვა განაპირობა. საავადმყოფოს სამედიცინო პერსონალმა საავადმყოფოს ადმინისტრაციას ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაციების შექმნის სტიმული მისცა, რითაც მათ საშუალება მიეცათ ურთიერთობა დაემყარებინათ მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციასთან.

ღია ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაციების მიზანს წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალის მართვა და იმ ექიმთა გამორიცხვა, რომლებსაც არ შეუძლიათ ხარჯთ-ეფექტურად საქმიანობა. მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციები სეკტიკურად უყურებენ მათ საქმიანობას, მაგრამ არცთუ ისე არარეალურია ღია ექიმ-საავადმყოფოს ორგანიზაციების პერსონალის ამ კუთხით მოღვაწეობა. ამასთან, ძნელია მაღალი დონის სამედიცინო პერსონალის მართული ჯანდაცვის დისციპლინარულ ჩარჩოებში მოქცევა. ამის მიზეზია მათი ანაზღაურების გაორებული ხასიათი, სადაც ანაზღაურების გარკვეული ნაწილი ხარჯთ-ეფექტურს წარმოადგენს (მაგ., პროსპექტული ანაზღაურება, კაპიტაცია), ხოლო სხვა ნაწილი კი საწინააღმდეგოს მეტყველებს (მაგ., სერვისების მიხედვით ანაზღაურება და ა.შ.).

17.5. მართული ჯანდაცვის ქსელი და ანაზღაურება

მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციები სამედიცინო მომსახურების გაწევას და დაფინანსებას ახორციელებენ პროვაიდერთა ქსელთან კონტრაქტირების საფუძველზე. პროვაიდერთა ქსელი, რომლებიც წარმოადგენენ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს მოიცავს ექიმებს, არასამედიცინო პროფესიონალებს (მაგ., ფსიქოლოგები), საავადმყოფოებს, სხვადასხვა დამატებით სერვისების პროვაიდერებს (მაგ., სადიაგნოსტიკო სერვისები - რადიოლოგიური და ლაბორატორიული სერვისები), თერაპიულ სერვისებს, ფარმაცევტებს.

ნახაზი 10: პროვაიდერთა ქსელის კომპონენტები



მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციები ცდილობენ კონტრაქტი გააფორმონ პროვაიდერთა ოპტიმალურ რაოდენობასთან. პროვაიდერთა კონტრაქტი დამოკიდებულია მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციაში გაწვერიანებულ ბენეფიციართა რაოდენობაზე. მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციისათვის საჭირო პროვაიდერთა ქსელის ზომა დამოკიდებულია:

- < მართული ჯანდაცვის პროდუქტზე;
- < ბენეფიციართა არსებული და საპროგნოზო რაოდენობაზე;
- < პროვაიდერების ხელმისაწვდომობაზე;
- < მომსახურების შესაძლებლობებზე.

მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია ახალ ბაზარზე შესვლისას ახდენს პროვაიდერთა ქსელის ჩამოყალიბებას, ან მისი მოდიფიცირებას, ხოლო უკვე არსებულ ბაზარზე მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია ახდენს მართული ჯანდაცვის ახალი პროდუქტის წარმოდგენას.

მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია მისთვის სასურველი კონტრაქტირების სტრატეგიის შესაქმნელად ახორციელებს პროვაიდერთა არსებული ქსელის ანალიზს, რომელიც გულისხმობს:

- < პროვაიდერთა საკმარისი ზომის და შექმნის ქსელის დადგენას;
- < რეალური საკომპენსაციო მეთოდოლოგიების განვითარებას;
- < კონტრაქტირებისა და რეკონტრაქტირებისათვის სპეციფიური პროვაიდერების იდენტიფიკაციას

პროვაიდერთა ახალი ქსელის ჩამოყალიბებისათვის მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია ახორციელებს პროვაიდერების შეფასებას და განსაზღვრავს მათ:

- < რაოდენობას;
- < განაწილებას;
- < ორგანიზაციას;
- < ანაზღაურებას;
- < ლიცენზირება-აკრედიტაციას;
- < მიმართვიანობის სახეებს;
- < პრივილეგიებს;
- < მართული ჯანდაცვის გამოცდილებას.

პროვაიდერთა არსებული ქსელის (რეკონტრაქტირება) შემთხვევაში მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია ახორციელებს პროვაიდერთა არსებული ქსელის შეფასებას და განსაზღვრავს:

- < პროვაიდერის მოცვის საკმარისობას;
- < ექიმთა მიმართვიანობას;
- < უტილიზაციის ტენდენციებს;
- < ხარჯებს;
- < პაციენტთა კმაყოფილებას;
- < პაციენტთა მოცულობას.

პროვაიდერის კეთილგანწყობას კაპიტაციასთან მიმართებაში და რისკის განაწილების სხვა მეთოდებთან.

პროვაიდერთა ქსელის ადექვატურობა ფასდება განსაზღვრულ სპეციფიკურ გეოგრაფიულ არეალში ბენეფიციარებისა და ექიმების შეფარდებით:

- < პირველადი ჯანდაცვის ექიმებისათვის იდეალური თანაფარდობა შეადგენს ერთ ექიმზე 250-500 ბენეფიციარს;
- < სპეციალისტებისათვის იდეალური თანაფარდობა შეადგენს ერთ სპეციალისტზე 2500 და მეტ ბენეფიციარს;
- < გარკვეული პროგრამების (მაგ. მედიქეიდი) განხორციელებისას პროვაიდერებისათვის დადგენილი სტანდარტი ეფუძნება გეოგრაფიულ გარემოს და დროს.

ჯანდაცვის მართული ორგანიზაციების მიერ წარმოდგენილი პროვაიდერებთან შეთანხმების პაკეტი მოიცავს: განცხადებას, სტანდარტულ კონტრაქტს, პროვაიდერის ცნობარს, სარგებლის პაკეტს, ბენეფიციართა სიას, გვემის მომსახურების არეალს.

მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია პროვაიდერისგან მოითხოვს ისეთი სახის ინფორმაციას, როგორცაა: სპეციალობა, ხარისხი, ოფისის ადგილმდებარეობა, სამუშაო საათები, საავადმყოფოსთან ურთიერთობა და სამედიცინო ტრენინგი.

როდესაც პროვაიდერი დაინტერესებულია ჯანდაცვის მართულ ორგანიზაციასთან შეთანხმების მიღწევაში, იგი ავსებს განცხადებას და გვემავს შეხვედრებს. HMO-ს და POS-ის ქსელი ჯანდაცვის მართულ ორგანიზაციასთან აწარმოებს შეთანხმების მასალების ირგვლივ მოლაპარაკებებს, როსთვისაც გვემავს შეხვედრებს, ხოლო PPO-ს ქსელი არ გვემავს შეხვედრებს, იგი შეთანხმებას აწარმოებს ელექტრონული ფოსტის ან სატელეფონო კავშირის საშუალებით.

როდესაც ჯანდაცვის მართული ორგანიზაცია პროვაიდერისგან მიიღებს განაცხადს, ორგანიზაციის პროვაიდერებთან ურთიერთობის დეპარტამენტი ამოწმებს მის სისრულეს და განხილვისათვის გადასცემს სამედიცინო დირექტორს. მიღებული გადაწყვეტილების შესახებ დასკვნა ეცნობება პროვაიდერს 90 დღის განმავლობაში.

17.5.1. პროვაიდერებთან კონტრაქტები

კონტრაქტი წარმოადგენს იურიდიულ დოკუმენტს, რომლითაც ხორციელდება მხარეებს შორის კავშირის დამყარება განსაზღვრული სახის სამუშაოების შესასრულებლად. იგი აუცილებელია მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციასა და პროვაიდერებს შორის კავშირის დასამყარებლად. ინდივიდუალური პროვაიდერებისათვის კონტრაქტირება სტანდარტულ და მარტივ პროცესს წარმოადგენს, სადაც გამოიყენება სტანდარტული კონტრაქტი და არ მოიცავს ამა თუ იმ შეთანხმებებს. პროვაიდერთა დიდი ჯგუფისათვის კონტრაქტირება ხორციელდება ინდივიდუალურად. იგი მოიცავს სპეციფიკურ კონტრაქტებს, შეთანხმებებს.

კონტრაქტი მოიცავს მიზანს, დეფინიციას, მხარეების პასუხისმგებლობებს, ვადას, სხვადასხვა ასპექტებს.

დეფინიცია

საკითხები, რომლებიც მოითხოვს დეფინიციას წარმოადგენს:

- < კომპონენტების გეგმა – წევრები, სამედიცინო დირექტორი, პროვაიდერი, გადამხდელი, ექიმი, საავადმყოფო;
- < რუტინული სამედიცინო სერვისები და ექსპერიმენტული და/ან კვლევითი სერვისები
- < ურგენტული სამედიცინო სერვისები;
- < სერვისები, რომლებიც პროვაიდერებმა უნდა განახორციელონ კონტრაქტის საფუძველზე;
- < სერვისები, რომლებსაც პროვაიდერები არ ახორციელებენ კონტრაქტის საფუძველზე.

ჯანდაცვის მართული ორგანიზაციის მიერ კონტრაქტის წარმოების სტანდარტი

საჭირო კვალიფიკაცია და ლიცენზირება

ხელშეკრულების გასაფორმებლად პროვაიდერებს უნდა გააჩნდეთ გარკვეული კვალიფიკაცია და ლიცენზირება. ექიმებისათვის ზოგად მოთხოვნებს შეადგენს საექიმო პრაქტიკის ლიცენზირება, საავადმყოფოს პრივილეგიები (მაგ., პაციენტების მიმართვის უფლება), არაკანონიერი მოქმედებებისაგან დაზღვევა, გამგეობის სერთიფიკატი. რწმუნებულების გადასინჯვა ხორციელდება 2 წელიწადში ერთხელ. საავადმყოფოებისათვის ზოგად მოთხოვნებს შეადგენს შესაბამისი სააკრედიტაციო სააგენტოების სერთიფიკატი, მედიქის (და ზშირად მედიქედის) პროგრამებში სრული მონაწილეობა, ლიცენზირება.

მართული ჯანდაცვის მიერ დადგენილი უტილიზაციის და ხარისხის მენეჯმენტის პროგრამებზე შეთანხმება

კონტრაქტში აღწერილია მართული ჯანდაცვის მენეჯმენტის პროგრამები, რომლებშიც ფოკუსირებულია რესურსების უტილიზაცია და სამედიცინო მომსახურების ხარისხი. კონტრაქტი მოიცავს აგრეთვე ამ პროგრამებზე პროვაიდერებისა და მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციების პასუხისმგებლობებს.

უსაფრთხოება (Hold Harmless) და არანაირი “საბალანსო პუნქტებზე” ანგარიშგების (No Balance Billing) შედეგებისა

კონტრაქტის ყველაზე მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციის ბენეფიციარებზე მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ დადგენილი სამედიცინო სერვისების სრულად გაწევაზე პროვაიდერების თანხმობა. მაგალითად, როდესაც

ექიმს ვიზიტზე ეძლევა 100 \$ ანაზღაურება, მაგრამ მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია უხდის 75 \$-ს, ექიმს არ შეუძლია ბენეფიციარს დამატებით გადაახდევინოს სხვაობა – 25 \$. ამგვარად, პროვაიდერმა უნდა დაიცვას ბენეფიციარის “უსაფრთხოება” (Hold Harmless) ყოველგვარი დამატებითი გადასახადისაგან. პროვაიდერი თანხმდება, რომ ანაზღაურებას მიიღებს მხოლოდ მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციისგან, გამონაკლის წარმოადგენს გარკვეულ სერვისებზე წინასწარ დადგენილი თანაგადახის (მაგ., ყოველ ვიზიტზე 10 \$), თანადაზღვევის (მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ დადგენილი მთლიანი სერვისების 20 %-ს პროვაიდერი მთლიანად არ იხდის).

აღნიშნული წესი ვრცელდება იმ შემთხვევებზეც, როდესაც მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია მთლიანად არ იხდის თანხებს (მაგ., გარკვეული სერვისის ჩატარება არ იყო შეთანხმებული). შტატებისა და ფედერალური სააგენტოები მოითხოვენ პროვაიდერებსა და მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციებს შორის არანაირი “საბალანსო პუნქტების” არსებობას ანგარიშგების (No Balance Billing) შედეგისას.

ანაზღაურების ასპექტები

მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და პროვაიდერებს შორის დადებული კონტრაქტის ფინანსური ასპექტები პერიოდულად იცვლება.

სარგებლის კოორდინაცია

ზოგ შემთხვევებში სამედიცინო სერვისებზე პასუხისმგებელია ერთზე მეტი გადამხდელი. მაგალითად, ცოლ-ქმარი შეიძლება დაზღვეული იყვნენ თავიანთი დაწესებულებების მიერ. მათი შეილის სამედიცინო მომსახურებაზე რომელი მშობლის დაზღვევას აქვს პირველი ან მეორე რიგის პასუხისმგებლობა? რომელი დაზღვევა დაფარავს მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციის წევრის სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს, როდესაც აღნიშნული მომსახურება არის უბედური შემთხვევის შედეგი (მაგ., საავტომობილო შემთხვევისას, როდესაც საავტომობილო დაზღვევა იხდის სამედიცინო მომსახურების ნაწილს)? კონტრაქტში ასახულია ასეთი შემთხვევების მარეგულირებელი წესები).

ვადა და შეწყვეტა

კონტრაქტში ასახულია შეთანხმების ვადა და მისი შეწყვეტის პირობები. შეთანხმების შეწყვეტის მიზეზების სამი კატეგორია არსებობს:

< სამედიცინო მომსახურების არაადეკვატური ხარისხი. მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციას შეუძლია ქსელიდან ამოიღოს არაკომპეტენტური პროვაიდერები. შეთანხმების შეწყვეტის შესახებ უნდა ეცნობოს შესაბამის სამთავრობო სააგენტოს (მაგ., ჯანდაცვის ლიცენზირების დეპარტამენტს; პრაქტიკოსთა მონაცემთა ეროვნულ ბანკს).

< რწმუნებულების განახლების პრობლემები. პროვაიდერებმა შეიძლება შეიცვალონ პროფესიული სტატუსი. მაგალითად, ექიმმა შეიძლება ვერ მიიღოს რეკვალიფიკაციის სერთიფიკატი (რეკვალიფიკაცია ტარდება 10 წელიწადში ერთხელ).

< საქმიანობის მიზეზები. მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციის სამედიცინო მენეჯერებმა შეიძლება დადგინონ, რომ პროვაიდერის ქცევა არ შეესაბამება მართული კანდაცვის პირობებს.

17.5.2. მართული ჯანდაცვა და მედიცინა

მართული ჯანდაცვის ქსელში მონაწილეობენ ექიმები, რომლებიც წარმოადგენენ:

- < პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს;
- < პირველადი ჯანდაცვის არასაექიმო პრაქტიკოსებს (მედდები, ბებიაქალები, ანესტეზისტი მედდები);
- < სპეციალისტებს;
- < სპეციალური სამედიცინო მომსახურების სერვისებს (დიალიზი, ონკოლოგიური სამედიცინო დახმარება, ტოქსიკომანია).

ლიცენზირება

მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია ექიმებისგან მოითხოვს პროფესიული სტანდარტების ქონას. ლიცენზირების პროცესი იწყება მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციასთან კონტრაქტის გაფორმებამდე, ხოლო მისი განახლება ხდება ყოველ ორ წელიწადში ერთხელ.

მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია პროვაიდერებისგან მოითხოვს შემდეგი სახის დოკუმენტაციას:

- < სამედიცინო ტრენინგები (სერთიფიკატების ასლები):
 - < ტრენინგის ადგილმდებარეობა;
 - < ტრენინგის სახე.
- < სპეციალური სამედიცინო მომსახურების სერტიფიკატი;
- < შტატის მიერ გაცემული სამედიცინო ლიცენზირების სერთიფიკატი;
- < სხვადასხვა შტატების მიერ გაცემული სამედიცინო ლიცენზირება, სადაც პროვაიდერი არის ლიცენზირებული;
- < წამლების სააგენტოს (Drug Enforcement Agency - DEA) ნომერი და სერთიფიკატის ასლი;
- < ფედერალური საგადასახადო საიდენტიფიკაციო ნომერი;
- < მედიქა, მედიქეიდის საიდენტიფიკაციო ნომერი;
- < სოციალური უსაფრთხოების ნომერი;
- < საავადმყოფოში მიმართვიანობის პრივილეგია (საავადმყოფოების დასახელება);
- < სამსახურებრივი მოვალეობის ბოროტად გამოყენების შესახებ მონაცემები;
- < შემდეგ კითხვებზე პასუხების გაცემა (კი/არა)
 - < პრივილეგიების ლიმიტირება ან შეჩერება;
 - < სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილეობის შეჩერება;
 - < წამლების სააგენტოს (Drug Enforcement Agency - DEA) ლიცენზირების შეჩერება ან შეზღუდვა;
 - < სამსახურებრივი მოვალეობის ბოროტად გამოყენების დაზღვევის შეჩერება;
 - < ნასამართლეობა, სისხლის სამართლის დანაშაული;
 - < წამლების ან ალკოჰოლისადმი მიდრეკილება
 - < ქრონიკული დაავადებები.

მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია ახდენს ინფორმაციის სისწორის გადამოწმებას ლიცენზირების გამცემ ორგანიზაციებთან. ინფორმაციის მოსაპოვებლად მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია კონტრაქტს ამყარებს პრაქტიკოსთა მონაცემების ეროვნულ ბანკთან (National Practitioner Data Bank - NPDB).

ექიმთა ანაზღაურება

მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია ექიმების ანაზღაურებისათვის იყენებს შემდეგ მეთოდებს:
 სულადობრივი ანაზღაურება;
 სერვისების მიხედვით ანაზღაურება;
 ფიქსირებული ხელფასი;
 სტიმულირებადი ანაზღაურება (მაგ., ბონუსები)

სულადობრივი ანაზღაურება

მართული ჯანდაცვის ყველაზე პოპულარულ ანაზღაურების მეთოდს წარმოადგენს სულადობრივი ანაზღაურება. ექიმები მათთან გაწვევრიანებულ ბენეფიციართა რაოდენობის მიხედვით ღებულობენ ფიქსირებულ ანაზღაურებას, რომელიც არ არის დამოკიდებული მათ მიერ გაწეულ მომსახურების მოცულობაზე.

სულადობრივი ანაზღაურება შეიძლება დამოკიდებული იყოს ბენეფიციართა ასაკზე და სქესზე. ასაკოვანი ადამიანები უფრო მეტ სამედიცინო მომსახურებას მოითხოვენ, ვიდრე ახალგაზრდები, ახალგაზრდა ქალები უფრო მეტ სამედიცინო მომსახურებას საჭიროებენ, ვიდრე ახალგაზრდა მამაკაცები. სულადობრივი ანაზღაურება შეიძლება დამოკიდებული იყოს გეოგრაფიულ არეალზეც.

სულადობრივი ანაზღაურებას უფრო ხშირად იყენებენ ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ორგანიზაციები (HMO). HMO-ების 70 % ექიმების დასაფინანსებლად იყენებენ სულადობრივ ანაზღაურებას. აქვე აღსანიშნავია, რომ სულადობრივი ანაზღაურებას HMO-ს ღია ფორმების ნახევარზე მეტი იყენებს.

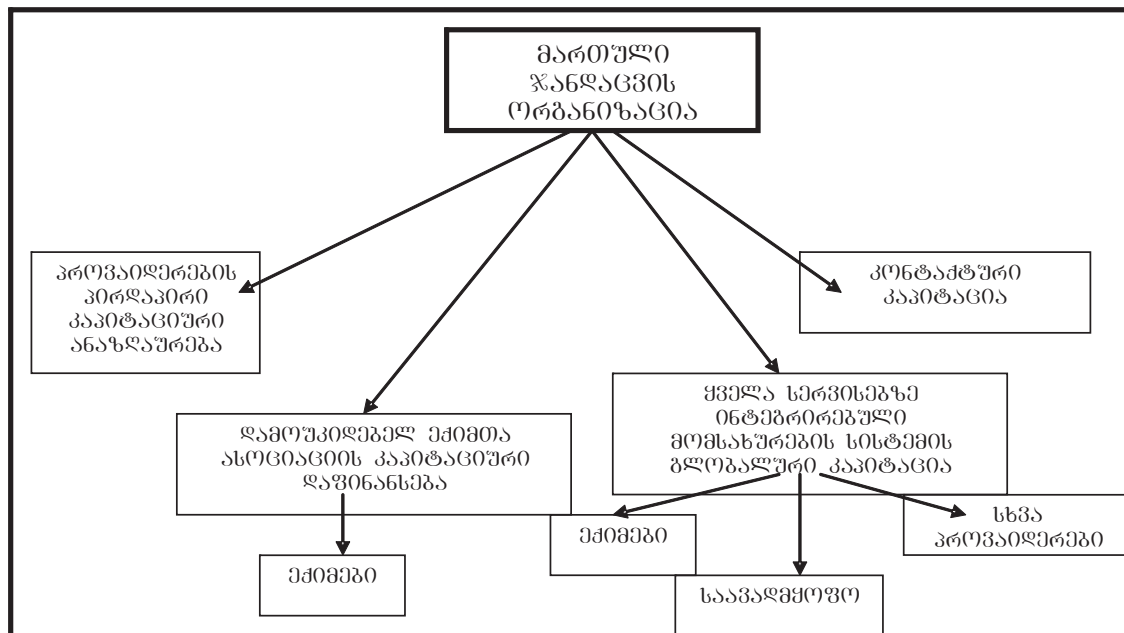
პროვაიდერი ორგანიზაციები PHO, IPA, IDS, აგრეთვე ექიმთა დიდი ჯგუფები კაპიტაციურ დაფინანსებას ღებულობენ განსაზღვრული ბენეფიციარების ყველა სახის სამედიცინო მომსახურებისათვის. იგი მოიცავს არამართო ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ანაზღაურებას, არამედ სპეციალისტების, სხვა პროფესიონალების, ექიმ ლაბორანტებისა და რადიოლოგების ანაზღაურებას. კაპიტაციური ანაზღაურება არ მოიცავს ისტიტუციონალურ მომსახურებას (მაგ., პოსპიტალიზაციას).

პროვაიდერების პირდაპირი კაპიტაციური ანაზღაურებისას, მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციამ შესაძლებელია დააჯარიმოს (მაგ., დადგენილი კაპიტაციური დაფინანსების 10 %-ით) პროვაიდერი სამედიცინო მომსახურების მაღალი უტილიზაციის არსებობისას.

მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციები იყენებენ ანაზღაურების სტიმულირებად ფორმებს. მისი მიზანია სამედიცინო მომსახურების უტილიზაციის და ხარჯების შემცირება. ამასთან სტიმულირებადი ანაზღაურება დაფუძნებულია მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებაზე, ხელმისაწვდომობაზე, ბენეფიციარების კმაყოფილებაზე.

კონტაქტური კაპიტაცია (contact capitation) გამოიყენება სპეციალისტთა სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებისათვის. ამ მეთოდით პაციენტი ირჩევს ექიმ-სპეციალისტს სამედიცინო მომსახურების ჩატარებისათვის, მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია თითოეულ სპეციალისტს ანაზღაურებს სპეციალისტების მომსახურებისათვის განსაზღვრული მთლიანი კაპიტაციის პროცენტული ნაწილით. მაგალითად, როდესაც 100 ბენეფიციარი 6 ორთოპედისტისაგან ღებულობს ორთოპედიულ სამედიცინო მომსახურებას, მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია დადგენილ მთლიან კაპიტაციას ორთოპედისტებზე ანაწილებს 100 ბენეფიციარის თითოეულ ორთოპედისტთან ვიზიტის პროცენტული გაანგარიშებით (მაგ., როდესაც ერთი ორთოპედისტი ემსახურება 15 ბენეფიციარს, იგი ღებულობს ორთოპედიული

ნახაზი 11: სულადობრივი ანაზღაურების სახეები



მომსახურებისათვის დადგენილი მთლიანი კაპიტაციის 15 %-ს). კონტაქტური კაპიტაცია მოითხოვს ბენეფიციართა ძალიან დიდ რაოდენობას და კომპიუტერულ პროგრამებს გაანგარიშებისათვის.

გლობალური კაპიტაციის დროს, პროვაიდერი, რომელიც ლეზულობს გლობალურ კაპიტაციურ ანაზღაურებას, შეიძლება არ იყოს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი პროვაიდერი. გლობალური კაპიტაციის დროს მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია ფარავს დიდი, ორგანიზებული სამედიცინო ჯგუფის ან ინტეგრირებული სამედიცინო მომსახურების სისტემის მთლიან ან ნაწილობრივ ხარჯებს. გლობალური კაპიტაციით დაფინანსებული სამედიცინო ჯგუფები პასუხისმგებელია მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციის ბენეფიციარების ყველა სამედიცინო ხარჯებზე.

დამოუკიდებელი პრაქტიკის ასოციაცია ლეზულობს გლობალურ კაპიტაციურ ანაზღაურებას მასთან გაწვერიანებული ექიმების დასაფინანსებლად. დამოუკიდებელი პრაქტიკის ასოციაციამ ექიმების ასანაზღაურებლად კაპიტაციის გარდა შეიძლება გამოიყენოს ფიქსირებული ხელფასი, ან სერვისების მიხედვით ანაზღაურება.

სერვისების მიხედვით ანაზღაურება (fee for service)

სულადობრივი ანაზღაურების გარდა მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია იყენებს სერვისების მიხედვით ანაზღაურებას. სერვისების მიხედვით ანაზღაურება განსაკუთრებით გამოიყენება HMO-ის სპეციალისტების, PPO-ს დასაფინანსებლად.

აქვე აღსანიშნავია, რომ სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი მოითხოვს სწორ მართვას, წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება გამოიწვიოს ხარჯების ზრდა. სერვისების მიხედვით ანაზღაურება უმთავრესად გამოიყენება პროვაიდერების რისკის შესამცირებლად. სულადობრივი ანაზღაურების დროს პროვაიდერებს უფრო მეტი რისკი გააჩნიათ, ვიდრე სერვისების მიხედვით ანაზღაურებისას. როდესაც პროვაიდერების მიერ ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების

უტილიზაცია აღემატება მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ განსაზღვრულ ბიუჯეტს, მთლიანი პასუხისმგებლობა ზარალზე მთლიანად პროვაიდერს ეკისრება. როდესაც პროვაიდერების მიერ ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების უტილიზაცია ნაკლებია მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ განსაზღვრულ ბიუჯეტზე, მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია პროვაიდერს არ უხდის სხვაობას. ზოგიერთი მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია ამცირებს დაფინანსებას, თუ უტილიზაცია საკმაოდ მაღალია. ზოგიერთმა მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციამ შემოიღო გლობალური ანაზღაურება, მაგ., ვიზიტზე, ან პროცედურაზე ერთიდაიგივე ანაზღაურება, მიუხედავად იმისა, ამ ვიზიტის დროს რამდენად მეტი, ან რამდენად ნაკლები მომსახურება გაეწია პაციენტს.

თითოეული ვიზიტის ან თითოეული პროცედურის ღირებულება განსხვავებულია მართული ჯანდაცვის სხვადასხვა ორგანიზაციებში. მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციები იყენებენ სამედიცინო მომსახურების ფასთა ჩამონათვალს, ექიმებისათვის განსაზღვრულია ანაზღაურების მაქსიმალური ზომა თითოეულ პროცედურაზე და მომსახურებაზე. კონტრაქტის საფუძველზე ექიმი თანხმდება მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციის მიერ დადგენილ ანაზღაურებაზე (გამონაკლისს წარმოადგენს თანაგადახდა ან თანადაზღვევა, რომელიც ბენეფიციარმა უნდა გადაიხადოს) და არ შეუძლია ბენეფიციარს მოსთხოვოს დამატებითი ანაზღაურება.

პროვაიდერების ასანაზღაურებლად ფართოდ გამოიყენება შესაბამისი (შეფარდებითი) ნომინალური სკალა (Relative Value Scale). მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია თითოეულ პროცედურას ანიჭებს ქულას. ექიმების მიერ შესრულებული პროცედურის ქულა მრავლდება მის ღირებულებაზე. მაგალითად, პროცედურას აქვს ნომინალური ქულა – 4,5, რომელიც მრავლდება 10 \$-ზე და ღებულობენ 45 დოლარს.

შესაბამისი (შეფარდებითი) ნომინალური სკალის (Relative Value Scale - RVS) ერთ-ერთ სახესხვაობას წარმოადგენს რესურსებზე დაფუძნებული შეფარდებითი შეფასებების სკალა (RBRVS - Resource Based Relative Value Scale), რომელიც მედიქას პროგრამებისათვის შემოიღო ჯანდაცვის დაფინანსების ადმინისტრაციამ (Health Care Financing Administration, ახლა მას ეწოდება Centers for Medicare & Medicaid Services - CMS). RBRVS-გან განსხვავებით RVS-ის ფასთა ჩამონათვალი ეფუძნებოდა ისტორიულ გამოცდილებას, რომლის დროსაც ქირურგიული და საპროცედურო სერვისების ფასები უფრო მაღალს წარმოადგენდა ვიდრე კოგნიტიური სერვისები. მაგალითად, 20 წუთიანი ქირურგიული ოპერაციის ღირებულება შეადგენდა 800 დოლარს, ხოლო თერაპევტის 20 წუთიანი სამუშაო შეადგენდა მხოლოდ 45 დოლარს. რესურსებზე დაფუძნებული შეფარდებითი შეფასებების სკალა (RBRVS) შემოღებულ იქნა ასეთი არაბალანსირებული განფასების აღმოსაფხვრელად. მართული ჯანდაცვის ბევრმა ორგანიზაციამ პროვაიდერების ასანაზღაურებლად შემოიღო რესურსებზე დაფუძნებული შეფარდებითი შეფასებების სკალა.

რესურსებზე დაფუძნებული შეფარდებითი შეფასებების სკალა (RBRVS) სამი კომპონენტისგან შედგება:

- < სამუშაოს ხარჯები;
- < პრაქტიკის ხარჯები;
- < სამუშაოს ცუდად შესრულების ხარჯები.

რესურსებზე დაფუძნებული შეფარდებითი შეფასებების სკალის (ღბღვშ) დროს ითვალისწინებენ გეოგრაფიული გარემოს ფაქტორს.

ცხრილი 14: RBRVS და კორონარული არტერიის ქირურგიული ოპერაციის ღირებულება, ლოს ანჯელესი

	RVU	გვერაფიული ხ არჯის ინდექსი	პროდუქტი
სამუშაო	23.16	1.056	24.46
პრაქტიკა	29.55	1.207	35.67
სამუშაოს ცუდად შესრულება	5.20	0.752	<u>3.91</u> 64.04

კონვერსიული ფაქტორი = 40,7986 \$
 ღირებულება = 64.04 X \$40.7986 = \$2,613

ფიქსირებული ხელფასი

ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების მეთოდი ფართოდ გამოიყენება მართული ჯანდაცვის დაზღვევის ფორმების დროს, HMO-ს საშტატო მოდელის დროს, აგრეთვე ზოგიერთ პრაქტიკის ჯგუფებში ან იქ, სადაც ექიმები წარმოადგენენ დაქირავებულებს (სახელმწიფოს მიერ დაქირავებული ექიმები, ზოგი საავადმყოფოს სრულ განაკვეთზე მომუშავე ექიმები).

ხელფასის გარდა მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია ექიმების დასაფინანსებლად იყენებს სტიმულირებადი ანაზღაურების ფორმებს. მაგალითად, მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციას აქვს პროგრამები, რომლის საშუალებითაც ექიმებს შეუძლიათ მიიღონ ბონუსი, რომელიც ფიქსირებული ხელფასის 10-დან 20 %-ს შეადგენს.

ექიმებმა სტიმულირებადი ანაზღაურება შეიძლება მიიღონ შემდეგი ასპექტების გათვალისწინებით:

- < სამედიცინო ხარჯების და უტილიზაციის შემცირება;
- < მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების გაწევა;
- < პაციენტების კმაყოფილების მაღალი დონე.

სტიმულირებადი ანაზღაურების ფორმები განსაკუთრებით ექიმთა კაპიტაციური ანაზღაურების დროს გამოიყენებენ.

ზარალის შეჩერების (Stop-Loss) დაზღვევა

მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციები და ექიმები დაინტერესებული არიან თავიდან აიცილონ მაღალხარჯიანი შემთხვევები. ბევრ შემთხვევაში ექიმებზე დადგენილია ფინანსური რისკის ლიმიტი. ფინანსური რისკის მაღალი დონე განსაკუთრებით აღსანიშნავია სულადობრივი ანაზღაურების შემთხვევაში. ამ დროს, როდესაც გაწეული ხარჯები გადააჭარბებს დადგენილ ლიმიტს, ჯანდაცვის მართული ორგანიზაციები და პროვაიდერები იყენებენ ზარალის შეჩერების დაზღვევას. ბენეფიციარები იძულებული ხდებიან იყიდონ სპეციალური დაზღვევა, ზარალის შეჩერების დაზღვევა.

ზოგადად, ზარალის შეჩერება ნიშნავს, რომ გარკვეული დონის მიღწევის შემდეგ ხარჯები აღარ გამოიყენება ექიმების შესრულებული სამუშაოს ან ანაზღაურების შესაფასებლად.

ზარალის შეჩერების დაზღვევა ორი სახისაა:

- < ზარალის შეჩერების სპეციფიკური დაზღვევა;
- < ზარალის შეჩერების დაზღვევის აგრეგაციული ფორმა.

ზარალის შეჩერების სპეციფიკური დაზღვევა გამოიყენება პაციენტების ინდივიდუალური შემთხვევებით განპირობებული მაღალი სამედიცინო ხარჯების თავიდან ასაცილებლად.

აგრეგაციული ფორმა გამოიყენება ექიმთან რეგისტრირებული მაღალხარჯიანი ბენეფიციარების მთლიანი მაღალი ხარჯების თავიდან ასაცილებლად.

ზარალის შეჩერების დაზღვევის ორივე ფორმას ერთი მიზანი აქვს: არატიპიური შემთხვევებისათვის დამახასიათებელი მაღალი ხარჯების თავიდან აცილება, რომლებიც არახელსაყრელ ეფექტს ახდენენ ექიმების ანაზღაურებაზე.

17.5.3. მართული ჯანდაცვა და საავადმყოფოები

ბენეფიციარებისათვის სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების გასაწევად მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციები საჭიროებენ გადაუდებელი დახმარების საავადმყოფოებს, მედლის სახლებს. შტატის დაზღვევის დეპარტამენტს დადგენილი აქვს მაქსიმალური დრო და მანძილი, რომელიც ბენეფიციარს სჭირდება სამედიცინო დახმარების მისაღებად. ასე მაგალითად, გადაუდებელი დახმარების პოსპიტალში მისასვლელად საჭირო ტრანსპორტირების დრო შეადგენს 30 წთ-ს. თუ მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციას არ შეუძლია ამ მოთხოვნის განხორციელება, შტატის დაზღვევის დეპარტამენტს უფლება აქვს შეუჩეროს ლიცენზია. დამქირავებლებს ან შემსყიდველებს შეიძლება იგივე მოთხოვნები გააჩნდეთ მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციების მიმართ.

მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციებმა პროვაიდერთა ქსელის ჩამოყალიბებისათვის უნდა გაითვალისწინონ თუ რა სერვისების გაწევა შეუძლიათ სამედიცინო დაწესებულებებს. მაგ., ორი ახლომდებარე საავადმყოფო უნდა ეწეოდეს განსხვავებულ სერვისებს. ორიდან ერთს აქვს უფლება გასწიოს სამედიცინო დახმარება, მეორეს კი – ტრავმატოლოგიური სერვისები.

მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციების ქსელში შედის აგრეთვე ქვემწვავე სამედიცინო დახმარების დაწესებულებები (Subacute care facilities), რეაბილიტაციის ცენტრები, მედლის სახლები და ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულებები. მედლის სახლები მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ მედიქეას და მედიქეიდის, სხვა კომერციულ პროგრამებში. ამბულატორიული ქირურგიის ცენტრები შეიძლება წარმოადგენდეს საავადმყოფოს ნაწილს, ან საავადმყოფოს საკუთრებას, ან დამოუკიდებელ ორგანიზაციას. გეგმიური სამედიცინო დახმარების დროს სამედიცინო დაწესებულებასთან მისვლის სატრანსპორტო დრო და მანძილი მნიშვნელოვან ფაქტორს არ წარმოადგენს.

ანაზღაურების მეთოდები

მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციები საავადმყოფოების დასაფინანსებლად გამოიყენებენ ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდებს. აქვე აღსანიშნავია, რომ მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციამ ერთი საავადმყოფოს დასაფინანსებლად შეიძლება გამოიყენოს რამდენიმე მეთოდი.

სავადმყოფოს ანაზღაურების მეთოდებია:

- < პირდაპირი ანაზღაურება;
- < ფასდაკლებით ანაზღაურება;
 - < ფასდაკლებით პირდაპირი ანაზღაურება;
 - < მცოცავი სკალის ფასდაკლებით (sliding scale discount) ანაზღაურება;
- < საწოლ-დღის (per diem) მიხედვით ანაზღაურება;
 - < საწოლ-დღის მიხედვით პირდაპირი ანაზღაურება;
 - < საწოლ-დღის მიხედვით მცოცავი ანაზღაურება;
 - < სტაციონარში დიფერენცირებული დღეების მიხედვით ანაზღაურება.

- < დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებების (Diagnosis-Related Groups) მიხედვით ანაზღაურება.
- < შემთხვევის მიხედვით ანაზღაურება;
- < სულადობრივი ან შემოსავლების პროცენტის მიხედვით ანაზღაურება;
- < კონტაქტური კაპიტაცია;
- < პერიოდული დროებითი და ნაღდი ფულით ანაზღაურება;
- < პაკეტის ღირებულების მიხედვით ანაზღაურება.

პირდაპირი ანაზღაურება

სამედიცინო დახმარების დაფინანსების ყველაზე მარტივ მეთოდს წარმოადგენს პირდაპირი ანაზღაურება, რომელიც ყველაზე ძვირადღირებულს წარმოადგენს. მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია თანახმაა გადაიხადოს პირდაპირი ანაზღაურება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც შეუძლებელია ნებისმიერი შეღავათიანი ფორმით გადახდა. პირდაპირი ანაზღაურების მეთოდი შედარებით იშვიათად გამოიყენება.

ფასდაკლებით ანაზღაურება (Discount on charges)

ფასდაკლებით პირდაპირი ანაზღაურება (Straight Discount on Charges)

ამ მეთოდით საავადმყოფო წარმოადგენს ანგარიშს სრული სახით, მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია ახდენს ფასდაკლებას წინდაწინ შეთანხმებული პროცენტის შესაბამისად. ფასდაკლების დონე დამოკიდებულია ბაზარზე კონკურენციის ხარისხზე, საავადმყოფოს სურვილზე სამედიცინო დახმარება ჩაუტაროს მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციის ბენეფიციარებს და ა. შ. ფასდაკლებით პირდაპირი ანაზღაურება უფრო მეტად გავრცელებულია ისეთ ბაზარზე, სადაც მართული ჯანდაცვა ნაკლებადაა განვითარებული.

მცოცავი სკალის ფასდაკლებით (sliding scale discount) ანაზღაურება

ისეთ ბაზრებზე, სადაც მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციები შედარებით მცირეაა განვითარებული, მაგრამ არსებობს საავადმყოფოებს შორის კონკურენციის გარკვეული დონე, გამოიყენება ფასდაკლებით მცოცავი (sliding scale discount) ანაზღაურება. მცოცავი სკალის არსებობისას ფასდაკლების პროცენტი დამოკიდებულია გაწეული სერვისების მთლიან ხარჯზე. ასე მაგალითად, წელიწადში გატარებულ 0-დან 200-მდე საწოლ-დღეებზე შესაძლებელია 20 %-იანი ფასდაკლება, ამასთან, თუ საწოლ დღეები მაქსიმალურ პროცენტზე მაღლა გაიზრდება, ითვალისწინებენ ფასდაკლების ინკრემენტულ ზრდას. დროებით პროცენტულ ფასდაკლებაზე ჩვეულებრივ თანხმდებიან.

საწოლ-დღის მიხედვით ანაზღაურება (Per Diem Charges)

საწოლ-დღის მიხედვით ანაზღაურება ყველაზე ფართოდ გამოიყენება საავადმყოფოების დასაფინანსებლად. მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია საავადმყოფოს ანაზღაურებს საწოლ დღის ღირებულების მიხედვით, იგი წინდაწინაა შეთანხმებული და არ არის დამოკიდებული საავადმყოფოს მიერ გაწეულ ფაქტიურ ხარჯებზე.

საწოლ-დღის მიხედვით ანაზღაურების უარყოფითი მხარე მდგომარეობს იმაში, რომ პერ დიემი შესაძლებელია საავადმყოფოს ხარჯებზე დაბალი ან მაღალი აღმოჩნდეს. თუ მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია წინდაწინ სწორად განსაზღვრავს შემთხვევათა რაოდენობას, შესაძლებელია ადექვატური პერ დიემის განსაზღვრა.

პერ დიემის ანაზღაურების შემდეგი სახეები არსებობს:

- < პერ დიემით ანაზღაურება განსხვავებულია სერვისების სახეების მიხედვით;
- < დამოკიდებულია საავადმყოფოში გატარებულ დღეზე (ჩვეულებრივ პირველი დღეები უფრო ძვირადღირებულია);
- < დამოკიდებულია პაციენტთა მოცულობაზე (მცოცავი ანაზღაურება).

დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფები (Diagnosis-Related Groups – DRGs)

დიაგნოზთან დაკავშირებული ჯგუფებით ანაზღაურების მეთოდი გამოიყენება საავადმყოფოების დასაფინანსებლად. იგი ეფუძნება მედიქნას ნორმატიულ მაჩვენებლებს, ან ზოგჯერ სახელმწიფოს მიერ დადგენილ ნორმატიულ მაჩვენებლებს. კალკულაცია ხორციელდება DRGs-ის კატეგორიების მიხედვით. აღნიშნული მეთოდით ხორციელდება რისკის განაწილება საავადმყოფოებსა და მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციებს შორის, შესაბამისად, ძლიერდება უტილიზაციაზე კონტროლი (თითოეულ დღეზე გამოყენებული რესურსების რაოდენობა და საწოლ-დღის ხანგრძლივობა).

შემთხვევის მიხედვით და პაკეტური ანაზღაურება (Package Pricing)

შემთხვევის მიხედვით ანაზღაურება (case-based payment) წარმოადგენს წინდაწინ დადგენილი, სპეციალური ნორმატივების შესაბამისად, კონკრეტული სერვისების და პროცედურების ანაზღაურების მეთოდს. იგი ძირითადად გამოიყენება ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევებში.

ასე მაგალითად, სამეანო დახმარებისას, ფიზიოლოგიური მშობიარობის და საკეისრო კვეთის ღირებულებები შეიძლება განსხვავდებოდეს ერთმანეთისაგან, ან შესაძლებელია ორივესთვის საშუალო ღირებულების დადგენა. საშუალო ღირებულებისას (რომელიც უფრო ფართოდ გამოიყენება, რადგან ამცირებს საკეისრო კვეთის ჩატარების ფინანსური სტიმულის მოტივაციას), თითოეული სერვისების მოსალოდნელი ანაზღაურება მრავლდება უტილიზაციის მოსალოდნელ (ან სასურველ) პროცენტზე. მაგალითად, ფიზიოლოგიური მშობიარობის შემთხვევის ღირებულება შეიძლება იყოს 3500 \$; საკეისრო კვეთის – 4500 \$. თუ მოსალოდნელი უტილიზაცია შეადგენს 80 % ფიზიოლოგიურ მშობიარობას და 20 % საკეისრო კვეთას, მაშინ შემთხვევის საშუალო ღირებულება შეადგენს 3700 \$ ($3500 \$ \times 0,8 = 2800 \$$; $4500 \$ \times 0,2 = 900 \$$; $2800 \$ + 900 \$ = 3700 \$$).

შემთხვევის მიხედვით და პაკეტური ანაზღაურება განსაკუთრებით გამოიყენება მესამეული დონის სტაციონარული სამედიცინო დახმარების, ინსტიტუციონარული და პროფესიონალური სერვისების ასანაზღაურებლად. მაგალითად, მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციამ შესაძლებელია დაადგინოს კორონარული არტერიის ქირურგიულ ოპერაციაზე, გულის გადანერგვაზე, ან კიბოს მკურნალობის გარკვეულ სახეებზე შემთხვევის ღირებულება. მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია ადგენს გარკვეულ პროცენტურაზე (მაგ., გულის გადანერგვაზე) ფიქსირებულ თანხას, რომელიც მოიცავს ამ პროცედურასთან დაკავშირებული ყველა სერვისების ანაზღაურებას.

კაპიტაცია და შემოსავლების პროცენტული (Percentage of Revenue) გათვლების მიხედვით ანაზღაურება

კაპიტაციური ანაზღაურება გამოიყენება მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციის განსაზღვრული მოსახლეობის ან ბენეფიციარების სამედიცინო მომსახურებაზე სამედიცინო დაწესებულების ხარჯების ასანაზღაურებლად. ანაზღაურება დამოკიდებულია ბენეფიციარების ასაკზე, სქესზე, მაგრამ მასზე გავლენას არ ახდენს სადაზღვევო შენატანების (premium) შემოსავლები. შემოსავლების პროცენტული გათვლის გეგმა გულისხმობს საავადმყოფოების და სამედიცინო დაწესებულებების პრემიების შემოსავლების ფიქსირებული პროცენტით ანაზღაურებას (მაგ.,

შეგროვებული პრემიების პროცენტი). ორივე მეთოდის გამოყენება საავადმყოფოსათვის გარკვეული რისკის შემცველია.

ამბულატორიული მომსახურება

რადგანაც გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების ბევრი სახე არ განაპირობებს სტაციონარში მკურნალობას, მათ ამბულატორიულ მომსახურებას უწოდებენ. მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციას გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტების ხარჯები შეაქვს სტაციონარის ანაზღაურების ხარჯებში, როდესაც გადაუდებელი მომსახურება მოითხოვს სტაციონარში მკურნალობას. როდესაც გადაუდებელი მომსახურება არ მოითხოვს სტაციონარულ მკურნალობას, იგი განიხილება როგორც ამბულატორიული მომსახურების ხარჯები.

17.6. სერვისების მენეჯმენტი

ინტეგრირებულ მიმწოდებელთა ორგანიზაცია სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და ხარჯების კონტროლის მიზნით ახორციელებს სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სისტემის მართვას. სერვისების მენეჯმენტი ხორციელდება შემდეგი ასპექტების საშუალებით:

- < პრევენციული ღონისძიებები (იმუნიზაცია, სკრინინგი, მამოგრაფია, ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური ტესტები, ცხოვრების ჯანსაღი წესი, თამბაქოსსაწინააღმდეგო ღონისძიებები...)
- < უტილიზაციის მენეჯმენტი
- < დაუადებების და შემთხვევების მენეჯმენტი

უტილიზაციის მენეჯმენტი

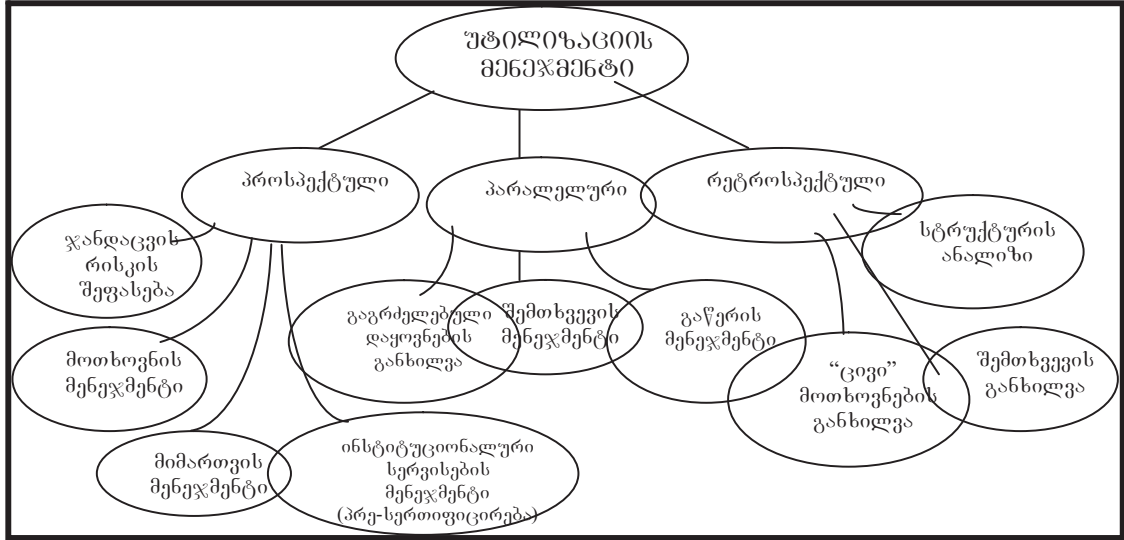
მრავალი კვლევა ადასტურებს ჯანდაცვის რესურსების სხვადასხვა ხარისხით შეუსაბამო გამოყენებას: სამედიცინო მომსახურების ჭარბი ან არასაკმარისი მიწოდება, მცდარი ჩარევები. **უტილიზაციის მენეჯმენტი გულისხმობს სერვისების მონიტორინგისა და მართვის პროცესს.** მისი მიზანია არაუცილებელი სამედიცინო მომსახურების შემცირება. უტილიზაციის ტექნოლოგია მოიცავს შემდეგ ასპექტებს:

- < დაზღვეულთა ჯანმრთელობის რისკის შეფასება
- < სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის მენეჯმენტი;
- < რეფერალური და ინსტიტუციონალური სერვისების მენეჯმენტი;
- < უტილიზაციის მენეჯმენტის გაიდლაინების გამოყენება;
- < შემთხვევის (case) მენეჯმენტი;
- < გაწერის (Discharge) დაგეგმვა
- < ანგარიშფაქტურის და შემთხვევის განხილვა, ანალიზი;

უტილიზაციის მენეჯმენტი მოიცავს პროსპექტულ, პარალელურ და რეტროსპექტულ აქტივობებს.

- < პროსპექტული აქტივობა – სერვისების განხორციელებამდე, წინასწარ ჩატარებული აქტივობები;
- < პარალელური აქტივობა – სერვისების წარმოებისას განხორციელებული აქტივობები
- < რეტროსპექტული აქტივობა – შემთხვევის განხილვა სერვისების წარმოების შემდეგ

ნახაზი 12: უტილიზაციის მენეჯმენტი



პროსპექტული მენეჯმენტი

ჯანდაცვის რისკის შეფასება – ახალი დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის და რისკ ფაქტორების სრული შეფასება (პაციენტის ისტორიის ფორმა, ფიზიკური და საექიმო გასინჯვა);

მოთხოვნის მენეჯმენტი – პერსონალური ჯანმრთელობის მენეჯმენტი, ჯანმრთელობის ამაღლების პროგრამები, დაზღვეულების დახმარება მიიღონ უკეთესად ინფორმირებული სამედიცინო გადაწყვეტილებები, სამედიცინო სერვისებზე მომავალ მოთხოვნებზე გავლენა. მისი კომპონენტებია:

- < პრევენციული ღონისძიებები;
- < საქმეიანობის ხელსაყრელი დროის შერჩევა;
- < სამედიცინო განათლება, სემინარები, ვიდეო-ჩვენებები;
- < ცხელი ხაზი, ასისტანსი.

მიმართვის მენეჯმენტი: გულისხმობს ზოგადი პრაქტიკის ექიმი როგორც “შეკარიბჭეს” ფუნქციის ინსტალირებას. ზ. პ. ექიმისთვის შემუშავებულია გაიდლაინები სპეციალისტთან მიმართვის საჭიროების დადგენისათვის. მისი მიზანია აღმოიფხვრას პაციენტთა თვითმიმართვები სპეციალისტებთან, მიმართვების მიზეზების განხილვა, თვითმიმართვებზე კონტროლის დაწესება.

ინსტიტუციონალური სერვისების მენეჯმენტი – სტაციონარში გაგზავნილას ზ.პ. ექიმი აცნობებს სამედიცინო მეჯნეჯერს. გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების შემთხვევაში პაციენტი აცნობებს ინტეგრირებულ მიმწოდებელთა ორგანიზაციას სტაციონარში მკურნალობის შესახებ, აგრეთვე თუ თვითონ მიმართა სასწრაფო დახმარებას, ან ღიაგნოსტიკურ ცენტრს.

პარალელური მენეჯმენტი

გაგრძელებული, გახანგრძლივებული დაყოვნების განხილვა გულისხმობს თუ რამდენად აუცილებელია საავადმყოფოში დაყოვნების გახანგრძლივება.

შემთხვევის მენეჯმენტი გულისხმობს რთული, ქრონიკული, მაღალხარჯიანი მომსახურების შეფასებას, დაგეგმვას და მენეჯმენტს. მისი მიზანია პაციენტმა მიიღოს შესაბამისი და ხელსაყრელი სამედიცინო მომსახურება.

გაწერის მენეჯმენტი გულისხმობს საავადმყოფოდან გაწერის მენეჯმენტს.

რეტროსპექტული მენეჯმენტი

“ცეზი” მოთხოვნის განხილვა ხორციელდება სამედიცინო მომსახურების დასრულების შემდეგ, როცა პაციენტს ჩაუტარდა გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება, ან ზ.პ. ექიმის (ან პაციენტის) მიერ მიმართვიანობის სქემის დარღვევის შემთხვევაში.

შემთხვევის განხილვა გულისხმობს გაწეული მომსახურების შესწავლას მისი შესაბამისობის დადგენის, ანგარიშფაქტურის შეცდომების და სხვა პრობლემების განხილვის მიზნით.

სტრუქტურის ანალიზი გულისხმობს მონაცემთა დიდი ბაზის შესწავლას რაიმე სპეციფიკური პრობლემის, სპეციფიკური გეგმის დადგენის მიზნით.

დაავადებათა მენეჯმენტი

დაავადებათა მენეჯმენტი გულისხმობს დაზღვეულთა ჯანმრთელობის სისტემატურ შესწავლას რისკის მქონე პაციენტების იდენტიფიკაციის მიზნით, დაზღვეულთა ადრეულ პრევენციას, დაავადების ადრეულ გამოვლენას, მწვავე და ქრონიკულ დაავადებათა მენეჯმენტს. ძირითადად შემდეგი მაღალხარჯიანი დაავადებების მენეჯმენტი ხორციელდება – ასთმა, გართულებული მშობიარობა, ობსტრუქციული პულმონარული დაავადებები, დიაბეტი, გულის უკმარისობა, კორონარული არტერიების დაავადებები, სიმსივნეები.

საკონტროლო კითხვები

1. რას წარმოადგენს მართული ჯანდაცვა?
2. ჩამოთვალეთ მართული ჯანდაცვის ძირითადი ნიშნები;
3. ჩამოთვალეთ მართული ჯანდაცვის შემადგენელი ნაწილები;
4. რით განსხვავდება მართული ჯანდაცვის სქემა ჯანდაცვის ტრადიციული სქემისგან;
5. ჩამოთვალეთ მართული ჯანდაცვის ძირითადი სახეები;
6. ახსენით ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ორგანიზაციის (HMO) ძირითადი თავისებურებები.
7. ჩამოთვალეთ HMO-ს მოდელები;
8. ჩამოთვალეთ ჯანდაცვის არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციების ძირითადი თავისებურებები;
9. ჩამოთვალეთ ექსკლუზიური პროვაიდერების ორგანიზაციების ძირითადი თავისებურებები.

ლიტერატურა

1. Clive Riddle, President MCOL The Future of Managed Care An Outline, MCOLE - Seminars, 2000.
2. Shirley Johnson-Lans, A Health Economic Primer, Pearson Education, Addison Wesley, 2005.
3. Glied, Sherry A, "Managed Care" Handbook of Health Economics, Vol. 1A, Anthony J. Culyer and Joseph P. Newhouse, eds. (Amsterdam: Elsevier, 2000).
4. Jensen, Gail A., et al. "The New Dominance of Managed Care: Insurance Care in the 1990s", Health Affairs, 16 (January-February 1997).
5. Gutler, D. M. and R. J. Zeckhauser, "The Anatomy of Health Insurance", Vol. 1A, Handbook of Health Economics.
6. Peter R. Kongstvedt, Essentials of Managed Health Care, 2004.
7. P. Starr, "The Social Transformation of American Medicine" (New York: Basic Books, 1982).
8. Hoechst Marion Roussel, Managed Care Digest Series, Integrated Health Systems Digest (Kansas City, MO, Hoechst Marion Roussel and SMG Marketing Group, 1999).
9. K. Sifferman et al. Volatility Ahead for Health Care Industry (Moody's Investors Service, 1998).

პარი IV.

რესურსების განაწილება ჯანდაცვის სექტორში

თავი XVIII.

სამედიცინო მომსახურების ხარჯები

ჯანდაცვის სფეროში შეუძლებელია რაიმე გადაწყვეტილების მიღება, როგორც სამედიცინო დაწესებულების საერთო ხარჯების, ასევე კონკრეტულ მომსახურებაზე გაწეული ხარჯების გათვლის გარეშე. დაავადებათა მკურნალობაზე გაწეული მოსალოდნელი ხარჯების გათვლის მიხედვით განისაზღვრება სამედიცინო დახმარების მოცულობა. ხარჯების ანალიზი საჭიროა, აგრეთვე, სამედიცინო დაწესებულებების ეფექტური მუშაობის, აგრეთვე, სხვადასხვა პროგრამებს შორის ხარჯების გადანაწილების და ჯანდაცვის სისტემაში პრიორიტეტულ მიმართულებათა დაგეგმვის მიზნით.

18.1. შემოსავალი, ხარჯები, მოგება

განვიხილოთ ასეთი მაგალითი. დავუშვათ, დამწეებმა მეწარმემ გადაწყვიტა ქალაქის ცენტრში დიაგნოსტიკური ცენტრის გახსნა, რისთვისაც შეიძინა მოწყობილობა-დანადგარები, დაიქირავა შენობა და პერსონალი. მეწარმე მოსახლეობას სთავაზობს დიაგნოსტიკურ ღონისძიებების ჩატარებას, რაც ასე აუცილებელია დაავადებათა დროულად გამოვლენისათვის.

შეიძლება ვიფიქროთ, რომ მეწარმემ საქმე დაიწყო ალტრუისტული სურვილის გამო, უზრუნველყოს ყველა პაციენტი დიაგნოსტიკური გამოკვლევებით, ან, ვთქვათ, უბრალოდ იმისთვის, რომ მას სიამოვნებს თვით წარმოების პროცესი. უფრო სარწმუნოა, რომ იგი დაკავებულია ბიზნესით და აინტერესებს ფულის “კეთება”. ეკონომისტები თვლიან, რომ მეწარმის მიზანია მოგების მაქსიმიზაცია.

რა არის მეწარმის თუ ორგანიზაციის მოგება?

მას რასაც მეწარმე (ორგანიზაცია) მიიღებს მის მიერ წარმოებული პროდუქტის თუ მომსახურების გაყიდვით ეწოდება საერთო შემოსავალი ანუ საერთო ამონაგები.

შემოსავალი არის ეკონომიკური საქმიანობის საზომი. იგი დამოკიდებულია საქონლის ან მომსახურების გასაყიდ ფასსა და გაყიდული საქონლის რაოდენობაზე. როგორც წინა თავებიდანაც ცნობილი – საბაზრო ფასები და გაყიდული საქონლის მოცულობა ერთმანეთის მიმართ უკუპროპორციულ დამოკიდებულებაში იმყოფებიან.

ხარჯები შემოსავლიდან წარმოადგენს ორგანიზაციის მიერ გარკვეული დროის განმავლობაში მოხმარებული რესურსების შენატანის ღირებულებას, ან ის, რასაც მეწარმე ხარჯავს წარმოების რესურსების შესაძენად, შეადგენს მის დანახარჯებს.

ორგანიზაციის საქმიანობის შესახებ ერთ-ერთ ყველაზე ხშირ კითხვას წარმოადგენს: არის თუ არა ორგანიზაცია მომგებიანი?

მოგება არის ფინანსური საქმიანობის საზომი. სხვაობა “გამომუშაებულ” შემოსავალსა და შემოსავლის მისაღებად “გამოყენებულ” დანახარჯებს შორის წარმოადგენს ორგანიზაციის მოგებას.

ამგვარად: მოგება = საერთო შემოსავალი – დანახარჯები.

მეწარმის მიზანია მაქსიმალური მოგების მიღება. იმისათვის, რომ წარმოედგინოთ მოგების მაქსიმიზაციის პროცესი, ყოველმხრივ უნდა გავაანალიზოთ საერთო შემოსავალი და დანახარჯები. საერთო შემოსავლის გამოთვლა არ წარმოადგენს განსაკუთრებულ სირთულეს: იგი ტოლია ორგანიზაციის მიერ წარმოებული პროდუქციის მოცულობა გამრავლებული მისი რეალიზაციის ფასზე. თუ მეწარმე ახორციელებს თვეში 200 დიაგნოსტიკურ გამოკვლევას და თითოეულ მომსახურებას ყიდის 10 ლარად, მისი საერთო შემოსავალი იქნება 2000 ლარი.

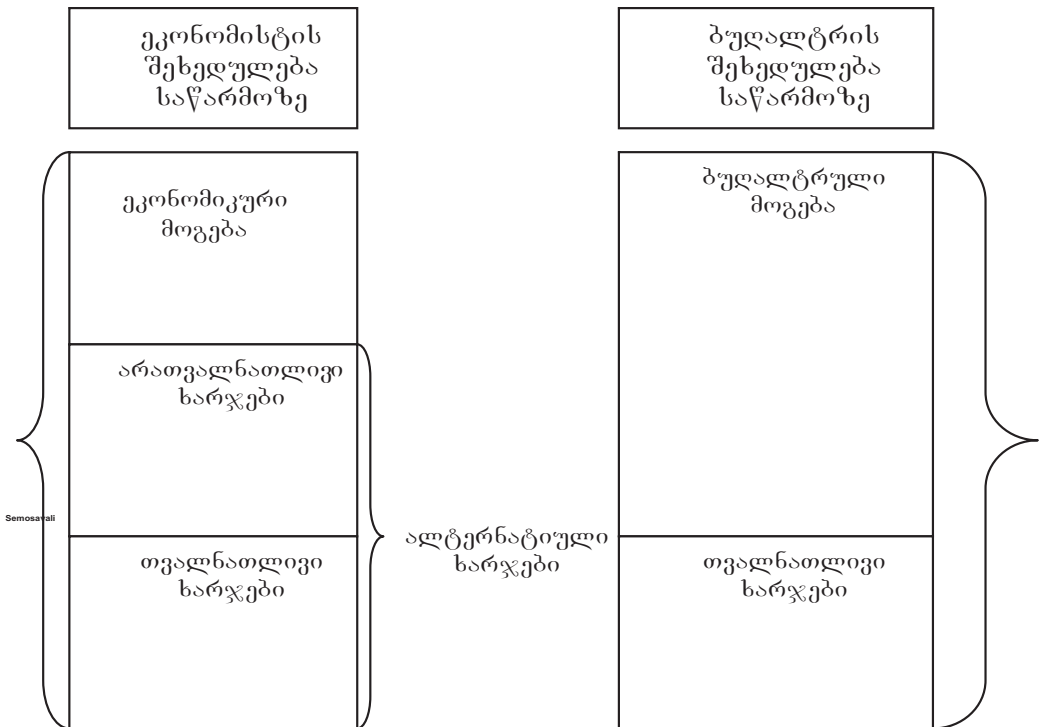
18.2. ეკონომიკური და ბუღალტრული მოგება

რადგანაც ეკონომისტები და ბუღალტრები ხარჯებს სხვადასხვა მეთოდებით გამოითვლიან, ამიტომ მოგების გათვლის მეთოდებიც არ არის ერთნაირი.

ეკონომისტის მიერ გათვლილი ეკონომიკური მოგება წარმოადგენს სხვაობას საერთო შემოსავალსა და საქონლისა და მომსახურების წარმოების ყველა არგამოყენებული შესაძლებლობების ალტერნატიულ ხარჯებს შორის.

ბუღალტრის მიერ გათვლილი ბუღალტრული მოგება წარმოადგენს საერთო შემოსავლებსა და წარმოების თვალნათლივ ხარჯებს შორის სხვაობას.

ნახაზი 1: ეკონომიკურ და ბუღალტრულ მოგებას შორის განსხვავება.



ცხადია, ეკონომიკური მოგება ნაკლებია ბუღალტრულ მოგებაზე. მეწარმის მიზანია მიიღოს რაც შეიძლება მეტი ეკონომიკური მოგება. სრული კონკურენციის

პირობებში საქონელზე ფასები არაა დამოკიდებული მეწარმის ნება-სურვილზე. ამიტომ, მოგების მაქსიმუმის მიღების მიზნით იგი ცდილობს მინიმუმამდე შეამციროს დანახარჯები, რაც შესაძლებელია რესურსების ოპტიმალური კომბინაციის საშუალებით.

18.3. ხარჯების კლასიფიკაცია

დავუბრუნდეთ ისევ ჩვენს მაგალითს. როგორც ცხრილშია მოცემული, მეწარმის დღიური დანახარჯები შენობის დაქირავებასა და მოწყობილობა დანადგარების შენახვაზე შეადგენს 10 ლარს, ხოლო ერთ ექიმზე დანახარჯები – 10 ლარს. თუ მეწარმე ქირაობს ერთ ექიმს, საერთო დღიური დანახარჯები შეადგენს 20 ლარს. თუ მეწარმე დამატებით დაიქირავებს ერთ ექიმს, საერთო დანახარჯები გაიზრდება 30 ლარამდე და ა. შ. ცხრილში მოყვანილი მონაცემები გვიჩვენებენ დაწესებულების პერსონალის რაოდენობას, მიღებულ პაციენტთა რაოდენობას და წარმოების საერთო დანახარჯთა შორის კავშირს.

მეწარმისათვის მნიშვნელოვანია პროდუქციის (ამ შემთხვევაში პაციენტთა რაოდენობა) მოცულობასა და საერთო დანახარჯებს შორის კავშირის დადგენა. ექიმთა რაც უფრო მეტ რაოდენობას დაიქირავებს მეწარმე, მით ნაკლებია თითოეული ექიმის სარგებელი დაწესებულების საქმიანობაში. კლებადი ზღვრული მწარმოებლურობის ეს თვისება იმაში გამოიხატება, რომ რესურსების რაოდენობის მატებით მწარმოებლური ფუნქცია უფრო დამრეცი, ზღვრული ხდება.

ხარჯები შესაძლებელია ორ კატეგორიად დაიყოს:

- < სამედიცინო დახმარების მოცულობის მიხედვით – მთლიანი, მუდმივი და ცვლადი ხარჯები;
- < მკურნალობის ტექნოლოგიურ პროცესთან დაკავშირებული – პირდაპირი და ირიბი (ზედნაღები) ხარჯები;

18.4. მუდმივი და ცვლადი ხარჯები

გამოშვებული პროდუქციის ან გაწეული მომსახურების მოცულობის ყოველ მოცემულ მნიშვნელობაზე მეწარმის მიერ გაწეული ხარჯები შედგება ორი ძირითადი სახის – მუდმივი და ცვლადი ხარჯების ჯამისაგან.

მუდმივი ხარჯები (Fixed costs) ეწოდება ისეთ ხარჯებს, რომლებიც სამედიცინო მომსახურების მოცულობის ცვლილებისას უცვლელი რჩება, მაგრამ იცვლება დროის მიხედვით. ამგვარად, მუდმივი ხარჯები არ არის დამოკიდებული სამედიცინო დახმარების მოცულობის ცვლილებაზე.

მუდმივ ხარჯებს განეკუთვნება შენობის ქირა, ადმინისტრაციული პერსონალის ხელფასი, გაცვეთილი მოწყობილობის რემონტისათვის საჭირო ანარიცხები (ამორტიზაციის ანარიცხები), უძრავი ქონების გადასახადი, პროცენტები კრედიტებზე, კომუნალური გადასახადები, შენობის დასუფთავების, საუწყებო დაცვის, ხანძარსაწინააღმდეგო სიგნალიზაციის ხარჯები და ა. შ. იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც საწარმო არაფერს არ აწარმოებს, იგი ვალდებულია გაიღოს ეს ხარჯები.

ერთეულის მუდმივი (ფიქსირებული) ხარჯი = მთლიანი მუდმივი (ფიქსირებული) ხარჯი/პაციენტების რაოდენობა.

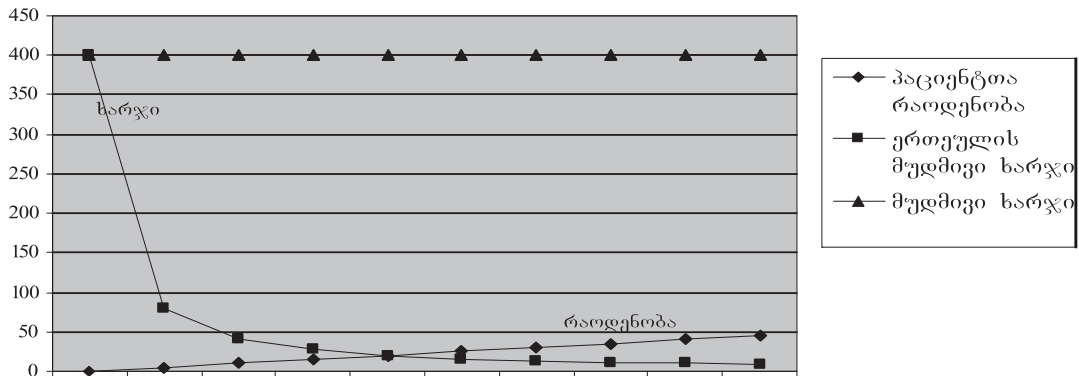
ერთეულის მუდმივი (ფიქსირებული) ხარჯი მცირდება (იზრდება) რაოდენობის ზრდასთან (შემცირებასთან).

როგორც ქვემოთ მოცემულ ცხილშია ნაჩვენები, ერთ პაციენტზე ერთეულის მუდმივი დანახარჯი შეადგენს 400 ლარს, ხოლო 45 პაციენტზე ერთეულის მუდმივი დანახარჯი 9 ლარამდე მცირდება.

ცხრილი 1: ერთეულის მუდმივი (ფიქსირებული) ხარჯების ცვლილების დინამიკა (ლარი)

პაციენტთა რა-ბა	მუდმივი ხარჯი	ერთეულის მუდმივი (ფიქსირებული) ხარჯი
0	400	
1	400	400
5	400	80
10	400	40
15	400	27
20	400	20
25	400	16
30	400	13
35	400	11
40	400	10
45	400	9

ნახაზი 2: მუდმივი (ფიქსირებული) ხარჯები



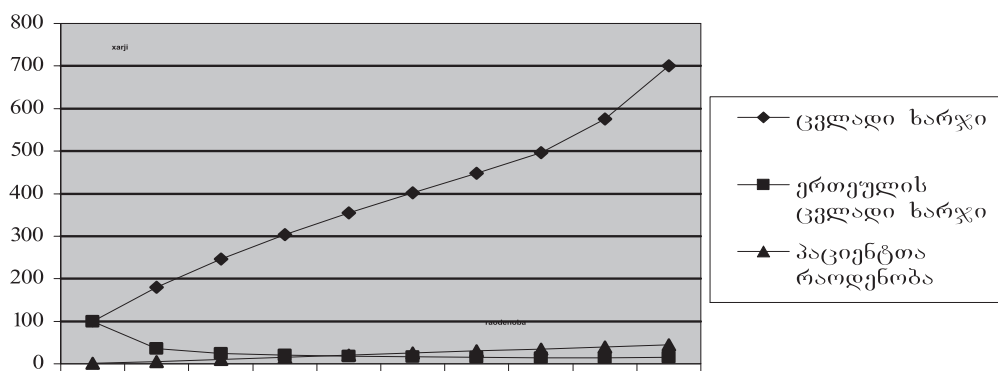
ცვლადი ხარჯები (variable costs) ეწოდება ისეთ ხარჯებს, რომლებიც სამედიცინო დახმარების მოცულობის ცვლილების პროპორციულად იცვლება. ამგვარად, ცვლადი ხარჯები დამოკიდებულია სამედიცინო დახმარების მოცულობის ცვლილებაზე. ცვლად ხარჯებს განეკუთვნება დანახარჯები მედიკამენტებზე, ნედლეულზე, კვებაზე, ელექტროენერგიაზე, სატრანსპორტო მომსახურებაზე, ძირითადი პერსონალის შრომის ანაზღაურებაზე და ა. შ.

როგორც ქვემოთ მოცემულ ცხრილშია ნაჩვენები, ერთ პაციენტზე ერთეულის ცვლადი დანახარჯი შეადგენს 100 ლარს, ხოლო 45 პაციენტზე ერთეულის ცვლადი დანახარჯი 15,6 ლარამდე მცირდება.

ცხრილი 2: ერთულის ცვლადი ხარჯების ცვლილების დინამიკა (ლარი)

პაციენტთა რა - ბა	ცვლადი ხარჯი	ერთულის ცვლადი ხარჯი
0	0	-
1	100	100,0
5	180	36,0
10	246	24,6
15	304	20,3
20	355	17,8
25	402	16,1
30	448	14,9
35	496	14,2
40	576	14,4
45	700	15,6

ნახაზი 3: ცვლადი ხარჯები



მართალია წარმოების მოცულობის გაზრდით ცვლადი დანახარჯებიც მატულობს, მაგრამ ეს ხდება არათანაბრად. თავდაპირველად, ზრდა ნელა წარმოებს (ჩვენს შემთხვევაში 30 პაციენტამდე), ხოლო შემდეგ ტემპი მკვეთრად იზრდება, რაც იგივე ზღვრული სარგებლიანობის კანონით შეიძლება აიხსნას. დროის განსაზღვრულ შუალედში ზღვრული მწარმოებლურობის ზრდა ნიშნავს ცვლადი დანახარჯების სულ უფრო ნაკლებ მატებას პროდუქციის ყოველი დამატებითი ერთეულის წარმოებაზე. შესაბამისად, ცვლადი დანახარჯების ჯამიც კლებადი ტემპის მიხედვით იზრდება. მაგრამ გარკვეული მომენტიდან მოყოლებული, როდესაც ზღვრული მწარმოებლურობა (კლებადი სარგებლიანობის კანონის თანახმად) იწყებს დაცემას, მაშინ ყოველი დამატებითი ერთეული პროდუქციის წარმოებაზე საჭირო ხდება სულ უფრო მეტი ცვლადი ხარჯების გაღება, რის გამოც მათი (ამ დანახარჯების) ჯამური სიდიდეც ზრდადი ტემპით განიცდის მატებას.

მთლიანი ხარჯები (total costs) წარმოადგენს მოცემული მოცულობის სამედიცინო დახმარების მთლიან ღირებულებას, მუდმივი და ცვლადი ხარჯების ჯამს. გარკვეული მოცულობის სამედიცინო დახმარების მთლიანი ხარჯები ცვლად ხარჯებს ერთი და იმავე მუდმივი დანახარჯებით აღემატება.

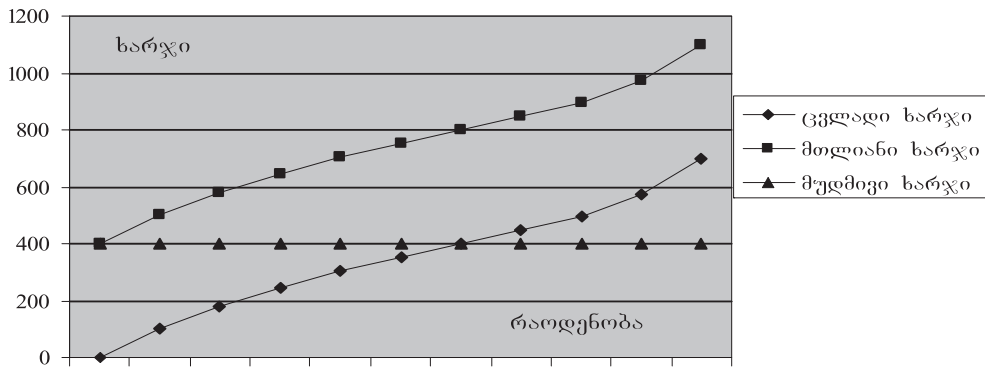
სამედიცინო დახმარების ხარჯების ცვალებადობა, რომელიც დაკავშირებულია მოცულობის ცვლილებებთან, წარმოადგენს გარკვეულ ინდიკატორს და გვიჩვენებს, თუ როგორ სწრაფად რეაგირებს მიწოდების პროცესი სამედიცინო დახმარების მოთხოვნის ცვლილებაზე. მაგალითად, როდესაც პაციენტთა მოსალოდნელზე ბევრად მეტი რაოდენობა მიმართავს სამედიცინო დაწესებულებას, მნიშვნელოვნად იზრდება დახარჯული მედიკამენტების რაოდენობა. ასევე, სამედიცინო დახმარებაზე მოთხოვნის ზრდის შემთხვევაში შეიძლება დადგეს სამედიცინო პერსონალის რაოდენობის ან, უკიდურეს შემთხვევაში, შენობის ფართის გაზრდის საკითხი.

ცხრილი 3: პაციენტის მკურნალობაზე დანახარჯების ცვლილების დინამიკა (ლარი)

პაციენტთა რა-ბა	მუდმივი ხარჯი	ცვლადი ხარჯი	მთლიანი ხარჯი	საშუალო მუდმივი ხარჯი	საშუალო ცვლადი ხარჯი	საშუალო მთლიანი ხარჯი	ზღვრული ხარჯი
0	400	0	400	-	-	-	-
1	400	100	500	400,0	100,0	500	100
5	400	180	580	80,0	36,0	116	80
10	400	246	646	40,0	24,6	64,6	66
15	400	304	704	26,7	20,3	47	58
20	400	355	755	20,0	17,8	37,8	51
25	400	402	802	16,0	16,1	32,1	47
30	400	448	848	13,3	14,9	28,2	46
35	400	496	896	11,4	14,2	25,6	48
40	400	576	976	10,0	14,4	24,4	80
45	400	700	1100	8,9	15,6	24,5	124

როგორც ნახატზეა გამოსახული, მუდმივი ხარჯების მრუდი ჰორიზონტალურია, ცვლადი და მთლიანი ხარჯები გლუვად იზრდება.

ნახაზი 4: მთლიანი, მუდმივი და ცვლადი ხარჯები



რენტგენის მოწყობილობის გამოყენებისას მუდმივ ხარჯებს წარმოადგენს რენტგენის აპარატის შესყიდვის კაპიტალური ხარჯები, ხოლო ცვლად ხარჯებს - რენტგენის ფირი, პერსონალის ხელფასი, ახალი აპარატის შესყიდვის დამატებითი კაპიტალი, როდესაც საჭირო რენტგენოლოგიური გამოკვლევების რაოდენობა აღემატება აპარატის არსებულ შესაძლებლობებს.

ამგვარად, $TC = VC + FC$

წარმოების ორი ფაქტორის, კაპიტალის (K) და შრომის (L) გათვალისწინებით, მთლიანი ხარჯები გამოისახება შემდეგნაირად $TC = wL + rK$, სადაც w – არის სახელფასო განაკვეთი, ხოლო r – კაპიტალის ერთეულის ღირებულება. დროის მცირე პერიოდში K მუდმივია, ხოლო L – ცვალებადი.

ექიმის ხელფასი შეიძლება შეიცავდეს როგორც ფიქსირებულ ასევე ცვლად კომპონენტს. ასე მაგალითად, ექიმის ფიქსირებული ხელფასი შეადგენს 5000 ლარს წელიწადში, ხოლო ცვლად ნაწილს 50 ლარი თითო ჩატარებულ მომსახურებაზე. ამ შემთხვევაში, ფიქსირებული კომპონენტი არის 5000 ლარი წელიწადში, ხოლო ცვლადი კომპონენტი 50 ლარი თითო ჩატარებულ მომსახურებაზე. წლიური საერთო ხარჯი = $5000 + 50 X$ წლის განმავლობაში ჩატარებული მომსახურების რაოდენობა.

მთლიანი ხარჯი არის ფიქსირებული და ცვლადი ხარჯების ჯამი - $TC = TFC + UVC X Q$

სადაც TFC არის მთლიანი ხარჯი, UVC არის მთლიანი ფიქსირებული ხარჯი, Q არის ერთეულის ცვლადი ხარჯი.

ხარჯების კლასიფიკაცია.

მეწარმისათვის პრინციპული მნიშვნელობა გააჩნია მუდმივ და ცვლად დანახარჯებს შორის განსხვავებას, რადგან რესურსების ოპტიმალური კომბინაციის არჩევისას მის კონტროლს ექვემდებარება ცვლადი და არა მუდმივი ხარჯები.

მუდმივი და ცვლადი ხარჯების ერთმანეთისაგან გამოყოფა ყოველთვის არ წარმოადგენს მართი პროცესს. მაგალითად, ექიმის ხელფასი შეიძლება შეიცავდეს როგორც ფიქსირებულ ანაზღაურებას, ასევე სერვისების მიხედვით ანაზღაურებას (fee for service). თუ სამედიცინო პერსონალის ხელფასი ფიქსირებულია და თანამშრომელთა რაოდენობა ხშირად არ იცვლება, იგი შეიძლება მუდმივ ან ნახევრადმუდმივ ხარჯებს მივაკუთვნოთ (შესაძლოა დროის გარკვეულ პერიოდში). ასევე, ელექტროენერჯის ხარჯები შესაძლოა იყოს როგორც მუდმივი, ასევე ცვლადი.

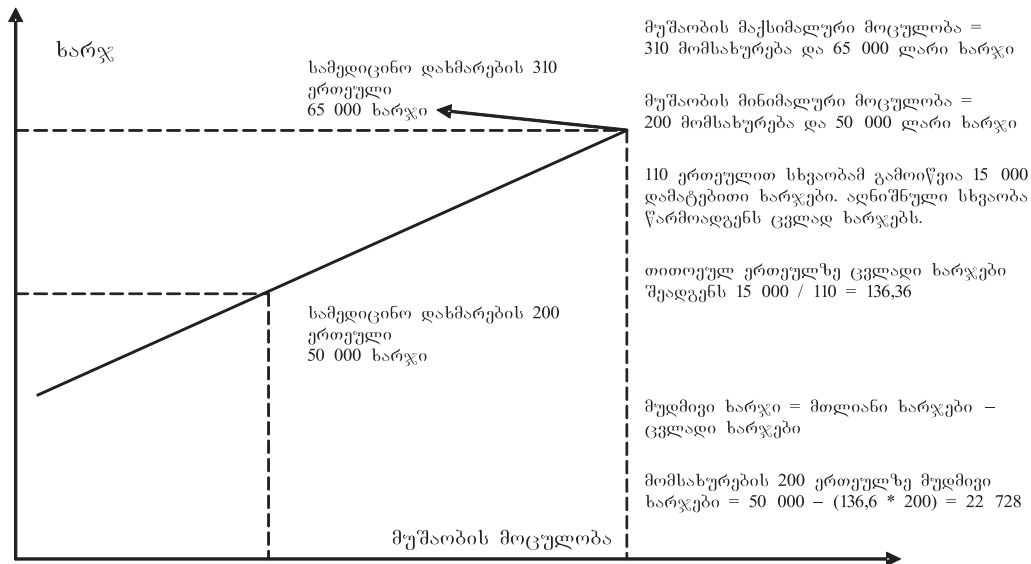
გარკვეული სიზუსტით მუდმივ და ცვლად ხარჯებად დაყოფა შესაძლებელია შემდეგი სამი მეთოდის გამოყენებით:

- < ბუღალტრული კლასიფიკაციის მეთოდი
- < მაქსიმალური და მინიმალური წერტილების მეთოდი
- < გრაფიკული (რეგრესიული) მეთოდი

ბუღალტრული კლასიფიკაციის მეთოდი. ბუღალტერი ყველა ხარჯების კლასიფიკაციას მუდმივ და ცვლად ხარჯებად ახორციელებს მარტივად, უბრალოდ გამოცდილების, კონკრეტული სიტუაციისა და ჩამოყალიბებული აზრის საფუძველზე. მეთოდის დადებით მხარეს წარმოადგენს სიცხადე და დამაჯერებლობა; უარყოფით მხარეს წარმოადგენს გადაწყვეტილების თვითნებურად მიღების ფაქტორი. აღსანიშნავია, რომ უმეტეს შემთხვევებში აღნიშნული მეთოდი გამოიყენება.

მაქსიმალური და მინიმალური წერტილების მეთოდი. არ არის აუცილებელი ხარჯები ყოველთვის დავეყოთ მუდმივ და ცვლად ხარჯებად. საკმარისია მხოლოდ მთლიანი ხარჯების გამოყენება, მუშაობის მაქსიმალური და მინიმალური მოცულობების დროს. მეთოდის უარყოფით მხარეს წარმოადგენს ზღვრული წერტილების გამოყენება, რომლებიც შესაძლოა სამედიცინო დაწესებულების საქმიანობისათვის არ იყოს დამახასიათებელი. გარდა ამისა, მუდმივი და ცვლადი ხარჯების ასეთი გაზომვისას გაურკვეველია მუდმივი და ცვლადი ხარჯების წყაროები, ამიტომ ცვლილებების მაინც მუდმივი და ცვლადი ხარჯების მუხლობრივ დადგენას მიმართავენ.

ნახაზი 5: მაქსიმალური და მინიმალური წერტილების მეთოდი



გრაფიკული (რეგრესიული) მეთოდი. მუშაობის მოცულობის მიხედვით ხარჯები გრაფიკზე გამოსახება წერტილების საშუალებით. თითოეული წერტილი შეესაბამება მომსახურების გარკვეული მოცულობის ხარჯებს. წერტილებს შორის ტარდება წრფივი ხაზი, ისე რომ წერტილებსა და წრფე ხაზს შორის დაშორება რაც შეიძლება მცირე იყოს. წრფივი ხაზის ხარჯების ღირებთან გადაკვეთის წერტილი შეესაბამება მუდმივ ხარჯებს, ხოლო წრფივი ხაზის გადახრის დონით ადგენენ სამედიცინო დახმარების თითოეულ ერთეულზე ცვლად ხარჯებს. აღსანიშნავია, რომ შესაძლებელია კომპიუტერული პროგრამების გამოყენება, რომელშიც შეაქვთ შესაბამისი სტატისტიკური მონაცემები.

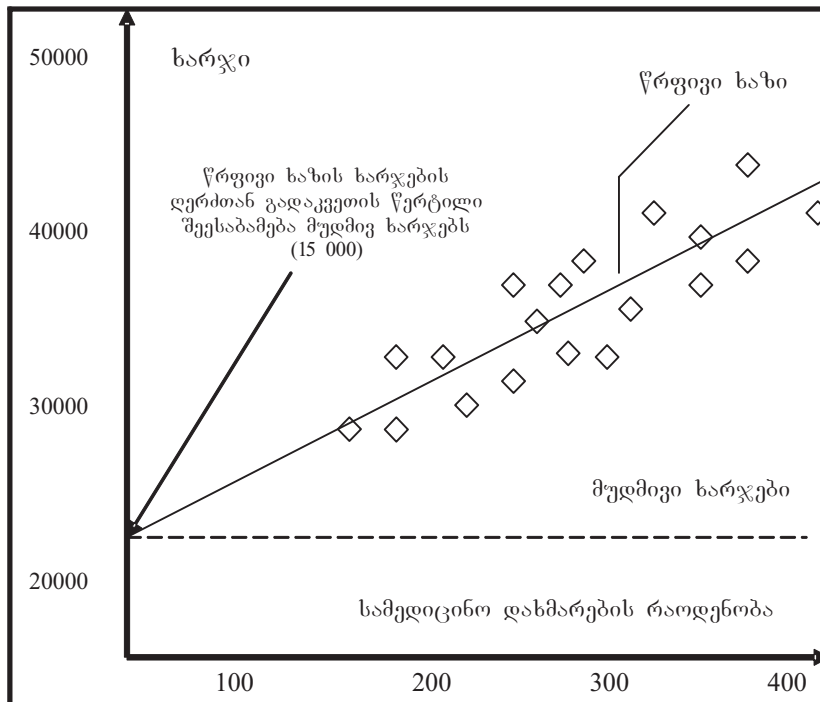
მუდმივი და ცვლადი ხარჯების ერთმანეთისაგან გამოყოფა საშუალებას გვაძლევს მუშაობის მოცულობის ცვალებადობის პირობებში უფრო ზუსტად გავთვალთ სამედიცინო დახმარების თითოეულ ერთეულზე მოსალოდნელი ხარჯები. (ნახაზი 6).

18.5. საშუალო და ზღვრული (მარბინალური) დანახარჯები

სამედიცინო დახმარების მოცულობის გაზრდის ან შემცირების დასაგეგმად მნიშვნელოვანია ერთმანეთისაგან განვსხვავოთ საშუალო და ზღვრული ხარჯები.

საშუალო ხარჯები (average costs) წარმოადგენს საქონლის ერთეულის წარმოების ღირებულებას, რომელიც მიიღება მუდმივი და ცვლადი ხარჯების გაყოფით წარმოებული პროდუქციის ერთეულის რაოდენობაზე, ანუ მომსახურების მთლიან ხარჯებს, გაყოფილს გაწეული მომსახურების მთლიან რაოდენობაზე. საშუალო ხარჯი გვიჩვენებს თითოეულ პაციენტზე, სამედიცინო დახმარების მოცულობის ერთეულზე გახარჯული თანხის საშუალო ღირებულებას. იგი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სამედიცინო დაწესებულების საერთო ბიუჯეტის განსაზღვრის პროცესში.

ნახაზი 6: მუდმივი და ცვლადი ხარჯების განსაზღვრის რეგრესიული მეთოდი

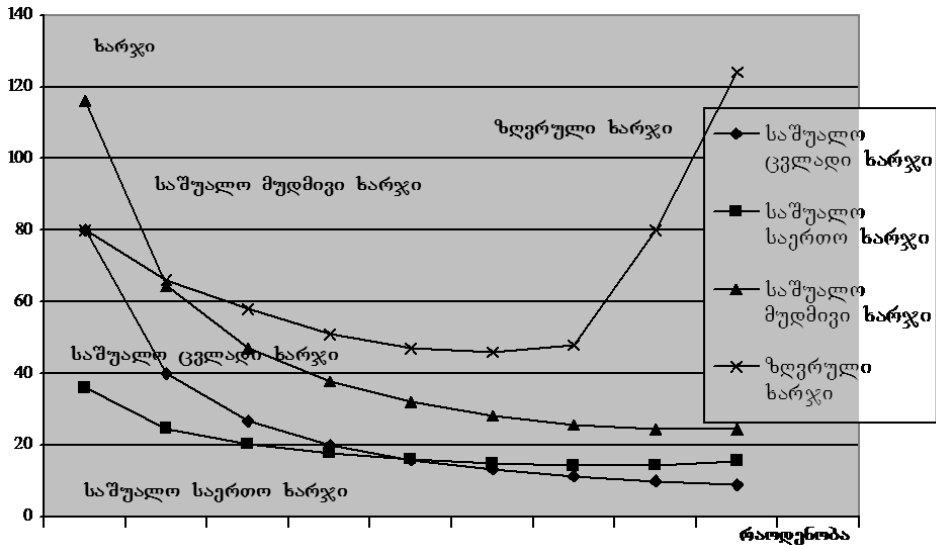


საშუალო შეიძლება იყოს როგორც საერთო, ასევე მუდმივი და ცვლადი დანახარჯები. სამედიცინო მომსახურების მოცულობის ერთეულზე საშუალო ცვლადი ხარჯები არ არის დამოკიდებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობაზე, ხოლო საშუალო მუდმივი ხარჯები მცირდება სამედიცინო მომსახურების მოცულობის გაზრდისას.

პროდუქციის გამოშვების გაზრდისას საშუალო დანახარჯების ცვლილება განსხვავდება ჯამური საერთო დანახარჯების ცვლილებებისაგან. **საშუალო მუდმივი დანახარჯები მიიღება მუდმივი საერთო დანახარჯების გაყოფით გამოშვებული პროდუქციის რაოდენობაზე.** ამასთან, რადგან მუდმივი ჯამური დანახარჯები, განმარტების თანახმად, მუდმივია და არაა დამოკიდებული პროდუქციის მოცულობაზე, ამიტომ მისი სიდიდე ერთეულ პროდუქციაზე გაანგარიშებით შემცირებას განიცდის წარმოების გადიდებისას. ასე, მაგალითად, 20 პაციენტის მკურნალობის შემთხვევაში საშუალო მუდმივი დანახარჯები შეადგენს 20 ლარს ($400/20$), ხოლო 40 პაციენტის მკურნალობის შემთხვევაში მხოლოდ 10 ($400/40$) ლარს.

საშუალო ცვლადი დანახარჯები მიიღება ჯამური ცვლადი დანახარჯების გაყოფით პროდუქციის მოცულობაზე. იგი თავიდან კლებადაა, მაგრამ შემდეგ მატებას იწყებს კლებადი სარგებლიანობის კანონიდან გამომდინარე. ჩვენს მაგალითში, ერთი პაციენტის მკურნალობის შემთხვევაში საშუალო ცვლადი დანახარჯები მაქსიმალურია (100 ლარი), ხოლო 35 პაციენტის მკურნალობისას მინიმალური (14,2 ლარი), რის შემდეგ ხელახლა იწყება მისი მატება და 45 პაციენტზე 24,5 ლარი ხდება. ამ გრაფიკებს ჩაზნექილი რკალის ფორმა გააჩნიათ (იხ. გრაფიკი).

ნახაზი 8: საშუალო დანახარჯების მრუდები



საშუალო საერთო დანახარჯები შეიძლება გავიანგარიშოთ ჯამური საერთო დანახარჯების გაყოფით წარმოებული პროდუქციის მოცულობაზე ან მუდმივი და ცვლადი საშუალო დანახარჯების შეჯამებით. გრაფიკზე იგი წარმოდგენილია დაღმავალი მრუდის სახით, რომელიც ბოლოში ოდნავ ზემოთ გადახრას განიცდის. როდესაც საშუალო ხარჯი მნიშვნელოვნად შემცირდება და შემდეგ ისევ ზრდას იწყებს, მოღვაწეობის ოპტიმალურ დონეს შემცირების უმდაბლესი წერტილი წარმოადგენს.

ზღვრული დანახარჯები (marginal costs) ეწოდება იმ დამატებით ხარჯებს, რომელიც აუცილებელია კიდევ ერთი ერთეული პროდუქციის წარმოებისათვის (მაგალითად, დამატებით ერთი პაციენტის მკურნალობაზე ან დამატებით ერთ სამედიცინო მომსახურებაზე გაწეული ხარჯები).

როდესაც n რაოდენობის მომსახურების წარმოებისათვის საჭიროა TC_n ხარჯების გაწევა, ხოლო $n+1$ რაოდენობის მომსახურების წარმოებისათვის, ხარჯები შეადგენს TC_{n+1} -ს, მაშინ ზღვრული ხარჯები გამოითვლება ფორმულით: $TC_{n+1} - TC_n$.

ჩვენს მაგალითში ერთ პაციენტზე საერთო დანახარჯები იზრდება 400-დან 500 ლარამდე. შესაბამისად, წარმოების ზღვრული დანახარჯები შეადგენს 100 ლარს ($500 - 400$); 5 პაციენტის მკურნალობაზე გვაქვს 80 ლარი ($580-500$), 15 პაციენტზე - 66 ლარი ($646-580$) და ა. შ.

საშუალო და ზღვრული ხარჯები ერთმანეთისგან განსხვავდება იმ გარემოებით, რომ საშუალო ხარჯები მოიცავს როგორც მუდმივ, ასევე ცვლად ელემენტებს, ხოლო ზღვრული ხარჯები მოიცავს მხოლოდ იმ ელემენტებს, რომლებიც წარმოიქმნება წარმოების გაზრდისას. როდესაც წარმოების ზრდისათვის არ არის საჭირო საწარმოო სიმძლავრეების ზრდა, მაშინ ზღვრული ხარჯების დიდ ნაწილს წარმოადგენს ცვლადი ხარჯები.

მაგალითად, როდესაც 10 დოზა მედიკამენტის წარმოების ღირებულება შეადგენს 50 000 ლარს, ერთი დოზის საშუალო ღირებულება შეადგენს 5000 ლარს. მაგრამ, როდესაც 9 დოზის წარმოების ღირებულება შეადგენს 49000 ლარს, ხოლო 10 დოზის - 50 000 ლარს, მაშინ ზღვრული ხარჯი შეადგენს 1000 ლარს.

თუ ერთმანეთს შევადარებთ საშუალო და ზღვრული დანახარჯების გრაფიკებს დავინახავთ, რომ ზღვრული დანახარჯების მრუდი ჯერ მდორედ ეშვება ძირს, შემდეგ კი საკმარისად ციცაბოდ მიემართება ზემოთ და კვეთს საშუალო საერთო და საშუალო ცვლადი დანახარჯების მრუდებს მათი მინიმალური მნიშვნელობების (მინიმუმების) წერტილებში.

ზღვრული ხარჯები გვიჩვენებს, თუ რამდენად გაიზრდება ხარჯები სამედიცინო დახმარების მოცულობის ერთი ერთეულით გაზრდის შემთხვევაში. იგი დამოკიდებულია სამედიცინო დახმარების საწყის და გაფართოების შესაძლო მოცულობაზე. ზღვრული ხარჯები შეიძლება იყოს საშუალო ხარჯებზე დიდი ან მცირე. თუ სამედიცინო დახმარების მოცულობის გაზრდა არ არის დაკავშირებული მუდმივი ხარჯების ნახტომისებურ ზრდასთან (მაგალითად ახალი სიმძლავრეების დანერგვის შემთხვევაში), მაშინ ზღვრული ხარჯები საშუალოზე ქვევით აღმოჩნდება, რადგანაც ისინი მხოლოდ ცვლად ხარჯებს შეიცავს, მაშინ როდესაც საშუალო მაჩვენებელი მუდმივ ხარჯებსაც ითვალისწინებს.

ნებისმიერ შემთხვევაში საჭიროა ზღვრული ხარჯების განსაზღვრა, რადგანაც ისინი გამოხატავს სამედიცინო დახმარების მოცულობის გაზრდის ან შემცირების ღირებულებას. როდესაც მუდმივი ხარჯები მთლიანი ხარჯების დიდ ნაწილს შეადგენს, ზღვრული ხარჯები შესაძლოა მცირე აღმოჩნდეს. ასეთ შემთხვევაში საშუალო ხარჯების განხილვამ შესაძლოა არამართებულ შედეგამდე მიგვიყვანოს. საშუალო ხარჯების შეფასებით შესაძლებელია მივიღოთ გაზრდილი ან შემცირებული მაჩვენებელი.

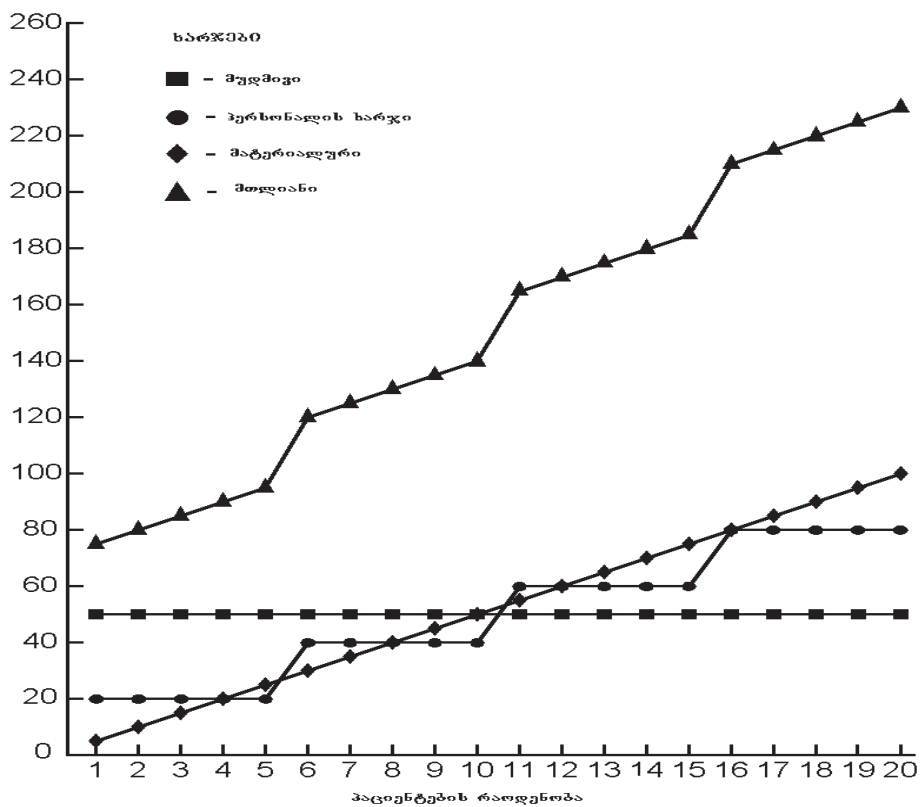
განვიხილოთ მაგალითი, სტაციონარი უზრუნველყოფს 20 პაციენტის მკურნალობას, ამასთან კომუნალური მომსახურების და საერთო შენახვის ხარჯები მუდმივია. დაუშვათ, რომ ყოველი ხუთი დაკავებული საწოლი მოითხოვს ერთ მედლას; მედიკამენტებზე, კვებაზე, სამრეცხაოზე მატერიალური ხარჯები იზრდება პაციენტების რაოდენობის პირდაპირპროპორციულად.

ამგვარად, კომუნალური გადასახადები – მუდმივი ხარჯებია, მატერიალური ხარჯები – ცვლადი, ხოლო პერსონალის ხარჯები იცვლება საფეხურებრივად და ერთდროულად წარმოადგენს მუდმივ (მცირე პერიოდში) და ცვლად (საშუალო პერიოდში) ხარჯს. ეს განაპირობებს ხარჯების “საფეხურებრივ” ფუნქციას. ეს ფუნქციები ნაჩვენებია ნახატზე.

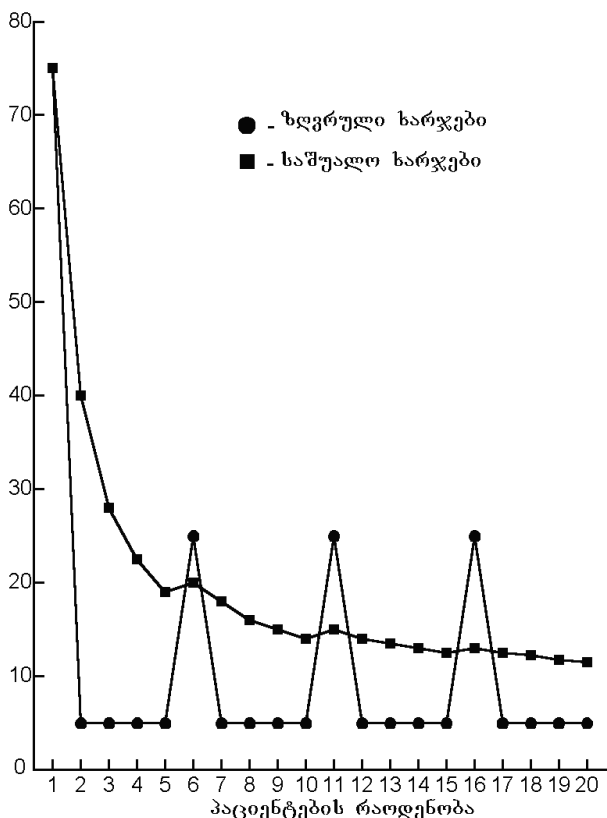
საშუალო ხარჯები პაციენტთა რაოდენობის ზრდისას მცირდება, და მცირედ იზრდება დამატებითი პერსონალის დაქირავებისას. ზღვრული ხარჯები იცვლება უფრო მკვეთრად, ხოლო ახალი პერსონალის დამატებისას კიდევ უფრო ძლიერად. ამ შემთხვევაში მთავარია, რომ ზღვრული ხარჯები წარმოადგენს დამატებით რესურსებს, რომლებიც საჭიროა დამატებითი პაციენტების სამკურნალოდ. 16 და არა 15 პაციენტის სამკურნალოდ, საჭიროა ხარჯების ზრდა 25 ერთეულით, რომლებიც შეიძლება გამოვიყენოთ პაციენტის სტაციონარის გარეშე სამკურნალოდ. ამ დროს საშუალო ხარჯები იზრდება 12,3-დან 13,1-მდე, ამგვარად არ არის საკმარისი მხოლოდ საშუალო ხარჯების ანალიზი. საშუალო და ზღვრული ხარჯები გამოსახულია ნახატზე.

საშუალო ხარჯები სისტემატურად იზრდება, რადგან მუდმივი ხარჯები მომსახურების დიდ რაოდენობაზე ნაწილდება. იგი ისევ გაიზრდება, როდესაც მომსახურების დიდი რაოდენობით მიწოდების შემთხვევაში არსებული საწარმოო სიმძლავრეები ნაკლებად ეფექტური გახდება: მოწყობილობის ექსპლუატაცია უფრო ძვირი ხდება, როდესაც მისი დატვირთვის დონე იზრდება, ხოლო მოცულობის გაზრდის შემთხვევაში შესაძლებელია არაპროპორციულად გაიზარდოს ადმინისტრაციული ხარჯები. იგი ვლინდება პროდუქციის ერთეულის ღირებულების გაზრდისას, ამასთან, ბევრ შემთხვევაში გამოშვებული პროდუქციის ხარისხი მცირდება.

ნახაზი 9: მუღმეი, ცვლადი და მთლიანი ხარჯები



ნახაზი 10: საშუალო და ზღვრული ხარჯები



18.6. პირდაპირი (ძირითადი) და ზედნადები (არაპირდაპირი) ხარჯები

მკურნალობის ტექნოლოგიური პროცესის მიხედვით გამოყოფენ პირდაპირ (ძირითად) და ზედნადებ (არაპირდაპირ) ხარჯებს. **პირდაპირს (ძირითადი) განეკუთვნება ისეთი ხარჯები, რომლებიც უშუალოდ სამედიცინო დახმარების ტექნოლოგიასთან არის დაკავშირებული და მათ გარეშე შეუძლებელია მისი ჩატარება.** ასეთ ხარჯებს განეკუთვნება მედიკამენტებზე და სხვა მასალებზე გაწეული ხარჯები, პერსონალის ხელფასი, ელექტროენერგიის ხარჯები (რომელიც უშუალოდ არის დაკავშირებული მოცემულ მომსახურებასთან) და სხვა.

ზედნადები (არაპირდაპირი) ხარჯები უშუალოდ არ არის დაკავშირებული მოცემულ სამედიცინო დახმარებასთან, მაგრამ მათ გარეშე შეუძლებელია სამედიცინო დაწესებულების მუშაობა. მათ განეკუთვნება ადმინისტრაციული პერსონალის ხელფასი, საერთო პარაკლინიკური ქვეგანყოფილებების (რენტგენოლოგიური კაბინეტი, საოპერაციო, კლინიკური ლაბორატორია...) და დამხმარე ქვეგანყოფილებების შენახვის ხარჯები, დაწესებულების დასუფთავება, საინფორმაციო სისტემები, დაცვა, კავშირგაბმულობის ხარჯები და ა. შ. ზედნადებმა ხარჯებმა შესაძლებელია მთლიანი ხარჯების მნიშვნელოვანი ნაწილი შეადგინოს, ამიტომ სამედიცინო დახმარების ღირებულების დადგენისას არ შეიძლება მისი უგულებელყოფა.

ზედნადები ხარჯების ნორმა = ზედნადები ხარჯების ჯამი / ხარჯის გამომწვევი მიზეზების რაოდენობა.

ასე მაგალითად, განვიხილოთ ასეთი შემთხვევა: წლიური ადმინისტრაციული ხელფასები შეადგენს 100 000 ლარს. როდესაც წლიური მომსახურების საათები შეადგენს 50 000, მაშინ ზედნადები ხარჯების ნორმა უდრის 2 ლარს/საათზე (100000/50000=2).

ცხრილი 4: ზედნადები ხარჯები

განყოფილებები	სამუშაო საათები	ზედნადები ხარჯების ნორმა ლარი/საათზე	ზედნადები ხარჯები
სამკურნალო	20 000	2	40 000
პარაკლინიკური	15 000	2	30 000
სამრეცხაო	5 000	2	10 000
სამწეო	10 000	2	20 000
სულ	50 000	2	100 000

როდესაც ზედნადებ (არაპირდაპირ) ხარჯები ერთი განყოფილების (სამკურნალო განყოფილება, პარაკლინიკური განყოფილება) შიგნით იწარმოება, მაშინ ამ ხარჯებს მიაკუთვნებენ მომსახურების ცალკეულ სახეებს წინასწარ განსაზღვრული მაჩვენებლების შესაბამისად. ამასთან, დანახარჯების სხვადასხვა სახეებისათვის შეიძლება გამოვიყენოთ სხვადასხვა მაჩვენებლები.

18.7. კონკრეტულ სამედიცინო დახმარებაზე მილიანი ხარჯების გამოთვლა

სამედიცინო დაწესებულების ხარჯების ანალიზი აუცილებელია კონკრეტული სახის სამედიცინო დახმარების ხარჯების დასადგენად, მაგალითად, ცალკეული დაავადების მკურნალობა ან კონკრეტული მომსახურების გაწევა.

განვიხილოთ შემდეგი მაგალითი: პაციენტი მწვავე პნევმონიის დიაგნოზით იმყოფება ათდღიან სტაციონარულ მკურნალობაზე. მკურნალობა ტარდება რაიონული საავადმყოფოს თერაპიულ განყოფილებაში, რომელიც გაშლილია 40 საწოლზე. მოცემულ ეტაპზე პაციენტებს უტარდებათ მედიკამენტოზური მკურნალობა, რომლის ხარჯები შეადგენს 74 ლარს დღეში; 100-დან 30 პაციენტს ენიშნება ელექტროკარდიოგრაფიული გამოკვლევა, რომელიც ტარდება კარდიოლოგიურ განყოფილებაში (თითოეული გამოკვლევის ღირებულებაა 22 ლარი), 100-დან 10 პაციენტს ენიშნება სისხლის საერთო ანალიზი (ანალიზის ღირებულებაა 21 ლარი). სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტი მოცემულ ეტაპზე ითვალისწინებს 100 პაციენტზე 50 კარდიოლოგის, 50 ნევროპათოლოგის, 50 გინეკოლოგის, 20 ოტოლარინგოლოგის, 30 ქირურგი-ენდოკრინოლოგის კონსულტაციას. ნებისმიერი სპეციალისტის კონსულტაციის ღირებულებაა 19,5 ლარი. პაციენტის კვებაზე იხარჯება 35 ლარი დღეში. აღნიშნული ხარჯები წარმოადგენენ ცვლად ხარჯებს. მათი ჯამი 100 პაციენტზე გათვლით შეადგენს:

$$35 \times 10 \times 100 + 74 \times 10 \times 100 + 22 \times 30 + 19,5 \times (50 + 50 + 50 + 20 + 30) + 21 \times 100 = 115660$$

კვება მედიკამენტები ე.კ.გ. კონსულტაციები სისხ. ანალიზი

ამგვარად, ერთი პაციენტის მკურნალობის ცვლადი ხარჯები შეადგენს 115 660 / 100 = 1156,6 ლარი.

მკურნალობის დანარჩენ ხარჯებს წარმოადგენს განყოფილების პერსონალის ხელფასი და ზედნადები ხარჯები. განყოფილების პერსონალის შრომის ანაზღაურებაზე ყოველწლიური დანახარჯები (დანარიცხთან ერთად) შეადგენს 217 600 ლარს, ზედნადები ხარჯები – 530400 ლარს წელიწადში. ამგვარად, განყოფილების მუდმივი ხარჯები შეადგენს $217\ 600 + 530400 = 748000$ ლარი.

თუ წელიწადში განყოფილების საწოლთა დატვირთვა 340 საწოლს შეადგენს, ხოლო 40 საწოლიანი განყოფილება წელიწადში შესაბამისად $340 \times 40 = 13600$ საწოლ დღეს გამოიმუშავებს, მაშინ ერთ საწოლ დღეზე მუდმივი ხარჯები შეადგენს $748000 / 13600 = 55$ ლარი. შესაბამისად, ერთი პაციენტის მკურნალობაზე მუდმივი ხარჯები შეადგენს $55 \times 10 = 550$ ლარი.

ერთი პაციენტის მკურნალობის მთლიანი ხარჯები (მთლიანი თვითღირებულება) შეადგენს: $1156,6 + 550 = 1706,6$ ლარი.

თითოეული დაავადების მკურნალობის ხარჯების შეფასებას დიდი მნიშვნელობა აქვს მრავალი პრაქტიკული საკითხის გადასაწყვეტად. მაგალითად, მწვავე პნევმონიის ერთი შემთხვევის მკურნალობისათვის სადაზღვევო კომპანია სამედიცინო დაწესებულებას სთავაზობს 1750 ლარს. ისმება კითხვა, დათანხმდეს თუ არა სამედიცინო დაწესებულება ამ თანხით ანაზღაურებას? პასუხი რასაკვირველია დადებითია, რადგან იგი აღემატება დაწესებულების მიერ რეალურად გაწეულ ხარჯებს. თუმცა შემოთავაზებულ ღირებულებასა და რეალურ ხარჯებს შორის განსხვავება მცირეა და ამიტომ ასეთ წინადადებას გარკვეული სიფრთხილით უნდა დათანხმდნენ. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ერთ პაციენტზე მუდმივი ხარჯების გათვლისას გამოიყენებოდა შემდეგი პირობა – საწოლთა დატვირთვა შეადგენდა 340 დღეს წელიწადში. როდესაც განყოფილება ვერ შეძლებს საწოლთა მთლიან დატვირთვას, და იგი 340-ის ნაცვლად შეადგენს 300 წელიწადში, მაშინ მთლიანი მუდმივი ხარჯები უნდა გაიყოს არა 13600 საწოლ დღეზე, არამედ 12000-ზე. შესაბამისად, მუდმივი ხარჯები საწოლ დღეზე შეადგენს 62,3 ლარს ($748\ 000 / 12000 = 62,3$), ხოლო პაციენტის მკურნალობაზე მუდმივი ხარჯები შეადგენს $62,3 \times 10 = 623$ ლარს. ამრიგად, მკურნალობის მთლიანი თვითღირებულება შეადგენს $1156,6 + 623 = 1773$ ლარს, რაც აღემატება სადაზღვევო კომპანიის მიერ შემოთავაზებულ ფასს (1750 ლარი) და განყოფილება წამკებიანი გახდება.

გადაწყვეტილების მიღება არსებითად რთულდება იმ შემთხვევაში, როდესაც ერთდროულად სამედიცინო დახმარების რამდენიმე სახეზეა ლაპარაკი. ამასთან, როგორც აღნიშნული იყო თითოეულ მომსახურებაზე ხარჯები დამოკიდებულია განყოფილების დატვირთვაზე და შესაბამისად – სამედიცინო დახმარების არამარტო მოცემული, არამედ სხვა სახეების რაოდენობაზე. გაუარძელოთ შემთხვევის განხილვა. თერაპიულ განყოფილებაში ხორციელდება დაავადებათა სამი ჯგუფის მკურნალობა. დაავადებათა “ა” ჯგუფზე, რომელსაც განეკუთვნება მწვავე პნევმონია და რომელიც ჩვენს მიერ ზემოთ იქნა განხილული, განსაზღვრულია ჰოსპიტალიზაციის 10 დღიანი ვადა, ხოლო ერთი შემთხვევის მკურნალობის საშუალო ცვლადი ხარჯი შეადგენს 1156,6 ლარს, “ბ” ჯგუფზე – განსაზღვრულია ჰოსპიტალიზაციის 12 დღიანი ვადა, ხოლო ერთი შემთხვევის მკურნალობის ცვლადი ხარჯი 1200 ლარს შეადგენს, “გ” ჯგუფზე განსაზღვრულია ჰოსპიტალიზაციის 18 დღიანი ვადა, ხოლო ერთი შემთხვევის მკურნალობის ცვლადი ხარჯი შეადგენს 1720 ლარს. დაუშვათ, რომ “ა” ჯგუფის დაავადებით მთელი წლის განმავლობაში ტარდება დაახლოებით 280 პაციენტი, “ბ” ჯგუფის დაავადებით - 300 პაციენტი და “გ” ჯგუფის დაავადებით - 400 პაციენტი. სადაზღვევო კომპანია სამედიცინო დაწესებულებას სთავაზობს ხელშეკრულებას, რომლის მიხედვით “ა” ჯგუფის დაავადებათა თითოეული შემთხვევის მკურნალობაზე დაწესებულია 1740 ლარი, “ბ” ჯგუფის დაავადებებზე - 2000 ლარი, “გ” ჯგუფის დაავადებებზე – 2680 ლარი. სამედიცინო დაწესებულება მუშაობს სრული დატვირთვის პირობებში, ე.ი. საწოლთა დატვირთვა წელიწადში შეადგენს 340 დღეს და ამასთან ერთად დაავადებათა მოსალოდნელი რაოდენობა იქ-

ნება ნამკურნალევი. მიზანშეწონილია თუ არა სადაზღვევო კომპანიის მიერ შემოთავაზებულ ხელშეკრულებაზე თანხმობის მიცემა?

ზემოთ განხილულ შემთხვევაში “ა” ჯგუფში შემაჯავალი დაავადებების ერთი შემთხვევის მკურნალობის მთლიანი ხარჯები შეადგენდა 1706,6 ლარს. ანალოგიური გათვლებით “ბ” ჯგუფში დაავადებების ერთი შემთხვევის მკურნალობის მთლიანი ხარჯები შეადგენს 1860 ლარს (55 X 12 + 1200). “გ” ჯგუფში შემაჯავალი დაავადებების ერთი შემთხვევის მკურნალობის მთლიანი ხარჯები შეადგენდა 2710 ლარს (55 X 18 + 1720). სადაზღვევო კომპანიის მიერ შემოთავაზებული ფასებიდან “ა” და “ბ” ჯგუფების დაავადებათა მკურნალობა სამედიცინო დაწესებულებისათვის მისაღებია, რადგან იგი აღემატება მათ (1740 > 1706,6; 2000 > 1860), რაც შეეხება სადაზღვევო კომპანიის მიერ “გ” ჯგუფის დაავადებათა მკურნალობისათვის შემოთავაზებულ ფასს (2680 ლარი), იგი მნიშვნელოვნად ჩამორჩება სამედიცინო დაწესებულების რეალურ ხარჯებს (2710 ლარი), რის გამოც მასზე შეთანხმება არახელსაყრელია. ასეთ შემთხვევაში მათ შორის ტარდება მოლაპარაკება ღირებულების მომატების მიზნით. როდესაც სადაზღვევო კომპანია უარს იტყვის ფასის მომატებაზე და სხვა სამედიცინო დაწესებულებასთან მიაღწევს მისთვის სასურველ ღირებულებაზე შეთანხმებას, აღნიშნული საავადმყოფო უფრო უარეს შემთხვევაში ჩავარდება, რადგან შემცირდება დატვირთვის მაჩვენებელი და გაიზრდება “ა” და “ბ” ჯგუფის მომსახურების ხარჯები. ამის გამო, გადაწყვეტილების მისაღებად აუცილებელია მომსახურების ყველა სახეზე გაწეული მთლიანი ხარჯების შეფასება და მთლიან მოსალოდნელ მოგებასთან მათი შედარება. გათვლებისას შემდეგ შედეგებს ვლუბულობთ:

მთლიანი ხარჯები ტოლია: $280 \times 1700 + 300 \times 1860 + 400 \times 2710 = 2\,118\,000$.

მთლიანი ამონაგები ტოლია: $280 \times 1740 + 300 \times 2000 + 400 \times 2860 = 2\,159\,000$.

რადგანაც მთლიანი ამონაგები აღემატება მთლიან ხარჯებს, სამედიცინო დაწესებულებისათვის ხელსაყრელია დათანხმდეს სადაზღვევო კომპანიის მიერ შემოთავაზებული კონტრაქტის პირობებს.

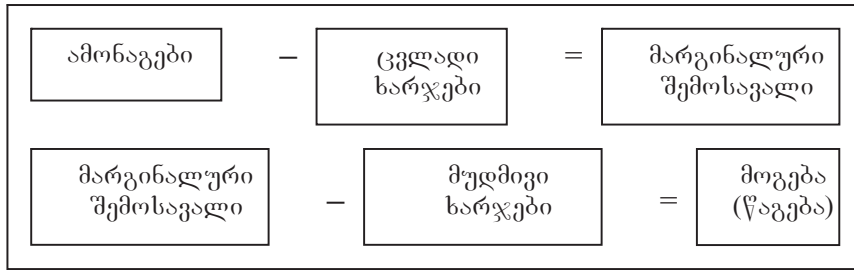
18.8. ცვლადი ხარჯების შეფასების მეთოდი

ცვლადი ხარჯების შეფასების მეთოდი არ წარმოადგენს რთულ პროცესს, რადგან სამედიცინო მომსახურების თვითღირებულებაში მხოლოდ ცვლადი ხარჯები შედის. მუდმივი ხარჯები არ შედის თვითღირებულებაში და მარგინალური (ზღვრული) შემოსავლების ხარჯზე იფარება. ზღვრული შემოსავალი წარმოადგენს სიდიდეს, რომელიც სამედიცინო მომსახურების გაყიდვისას მიღებული ამონაგების ტოლია, გამოკლებული თვითღირებულება, რომელიც გათვლილია ცვლადი ხარჯების საფუძველზე. რადგანაც საწყის ვარიანტში მოცემული მეთოდი მოიცავდა მხოლოდ პირდაპირ ხარჯებს, მან *direct-costing-ის სახელწოდება* მიიღო (სიტყვასიტყვით – პირდაპირი ხარჯების მიხედვით შეფასება). გამოიყენება აგრეთვე, *“მარგინალური (ზღვრული) ხარჯების”* ტერმინიც.

სამედიცინო დაწესებულების ან მისი განყოფილების საქმიანობის მოგებისა და წაგების დასადგენად მეთოდის გამოყენებისათვის საკმარისია გაწეული სამედიცინო დახმარების ყველა სახის მიერ მიღებული მთლიანი მოგება, მთლიანი ცვლადი და მუდმივი ხარჯები. შემდეგ გამოითვლება მოგებასა და ცვლად ხარჯებს შორის სხვაობა, რომელიც მუდმივი ხარჯების დასაფარავად გამოიყენება და მარგინალურ (ზღვრულ) შემოსავალს წარმოადგენს. შემდგომ გამოითვლება მარგინალურ შემოსავალსა და მუდმივ ხარჯებს შორის სხვაობა. თუ აღნიშნული სხვაობა დადებითია, სამედიცინო დაწესებულების მოღვაწეობა მომგებიანია, უარყოფითი შედეგის პირობებში – წამგებიანი.

ზღვრული შემოსავლის, აგრეთვე, სამედიცინო დაწესებულების მოღვაწეობის მომგებიანობისა და წამგებიანობის გათვლის ალგორითმი წარმოდგენილია ნახატზე:

ნახაზი 11: მარგინალური შემოსავლის და მოგების გამოთვლის ალგორითმი



აღნიშნული მეთოდი გამოიყენეთ წინა თავში განხილული მაგალითის შემთხვევაში. მოსალოდნელი მოგების, ცვლადი ხარჯების, მარგინალური შემოსავლებისა და მოგების გამოთვლის შედეგები მოცემულია ცხრილში. ამ შედეგებიდან შეიძლება დავასკვნათ, რომ სადაზღვევო კომპანიის მიერ შემოთავაზებული კონტრაქტი სამედიცინო დაწესებულებისათვის მომგებიანია, როდესაც მოსალოდნელი მოგება მცირეა: 2414 ლარი წელიწადში. მიუხედავად ამისა, მოცემული მოგება ქმნის გარკვეულ სიმყარის მარაგს: მაგალითად, თუ განყოფილებამ გაატარა დაავადებათა “ა” ჯგუფის არა 100 პაციენტი, არამედ 97 შესაბამისად 362,4 ლარით ნაკლებს მიიღებს, მაგრამ მაინც მოგებული დარჩება, რადგან 2414 ლარის ნაცვლად მიიღებს 2051,6 ლარის მოგებას.

ამგვარად, მიუხედავად იმისა, რომ დასკვნამდე რაც წინა თავში განვიხილეთ, მაგრამ უფრო მარტივი საშუალებებით – ცალკეულ სახეებს შორის მუდმივი ხარჯების განაწილება აუცილებლობას არ წარმოადგენდა.

ცხრილი 5: დირექტ-ქოსტინგის სისტემის გამოყენება

მაჩვენებლები	მომსახურების სახეები			სულ
	“ა”	“ბ”	“გ”	
რეალიზაციიდან ამონაგები	333 X 100 = 33300	130 X 450 = 58500	150 X 475 = 71250	163050
ცვლადი ხარჯები	212,2 X 100 = 21220	212,2 X 130 = 27586	212,2 X 150 = 31830	80636
მარგინალური შემოსავალი	33300 – 21220 = 12080	58500 – 27586 = 30914	71250 – 31830 = 39420	82414
მუდმივი ხარჯები				80000
მოგება (წაგება)				2414

როგორც ცხრილიდან ირკვევა, მომსახურების ყველა სახე დადებით მარგინალურ შემოსავალს იძლევა, ამიტომ დაავადებათა “გ” ჯგუფზე მომსახურების გაწევა არცთუ ისე უსაფუძვლოა: “ა” და “ბ” ჯგუფთან ერთად იგი მუდმივი ხარჯების კომპენსაციაში მონაწილეობს. მის მომსახურებაზე უარის თქმა უფრო არახელსაყრელ მდგომარეობაში ჩააგდებს სამედიცინო დაწესებულებას, რადგანაც ამ სახის მომსახურებით დაფარული მუდმივი ხარჯები არ შეიძლება დაფინანსდეს “ა” და “ბ” ჯგუფების ხარჯების ხარჯზე.

ცვლადი ხარჯების შეფასებაზე დაფუძნებული მეთოდით შესაძლებელია ხარჯების ეფექტური მართვა, მათი ობიექტურად და ადვილად გასაგები სახით გამოთვლა, გათვლების სირთულის შემცირება და შესაბამისად – დაგეგმარების, ნორმირების, აღრიცხვის და კონტროლის გამარტივება. მეთოდის სიმარტივის გამო, ფართოვდება აღრიცხვის ანალიტიკური შესაძლებლობები, ადვილდება გადაწყვეტილებების მიღება ისეთ კითხვებზე, როგორიცაა:

- სამედიცინო დაწესებულებამ რა ფასები უნდა დაადგინოს მომსახურებაზე, როდესაც მისი კონკურენტის მიერ დაწესებული ფასი ცნობილია;

- რა ნიშნებით უნდა ხელმძღვანელობდეს სამედიცინო დაწესებულება მოწყობილობა-დანადგარების შერჩევისას;

- რა უფრო ხელსაყრელია: სამედიცინო დაწესებულებამ თვითონ განახორციელოს კონკრეტული პარაკლინიკური მომსახურება თუ სხვისგან იყიდოს;

- შესაძლებელია თუ არა გარკვეული კატეგორიის პაციენტებზე შედგაუთების დაწესება;

აღსანიშნავია, რომ შეფასებისათვის მხოლოდ ცვლადი ხარჯების გამოყენება ყოველთვის არ იძლევა ამომწურავ ინფორმაციას. კერძოდ, მუდმივი ხარჯების განაწილების გამოყენების გარეშე შეუძლებელია შეფასდეს, რომელი მეთოდი უფრო ხელსაყრელია განყოფილებისათვის. მაგ., როდესაც განხილულ შემთხვევაში თითოეული ჯგუფის ცალკეული მომსახურების მარგინალურ შემოსავალს გამოვითვლით, მივიღებთ, რომ “ა” ჯგუფის მომსახურებისათვის იგი შეადგენს $12080 / 100 = 120,8$ ლარს, “ბ” ჯგუფის მომსახურებისათვის – 237,8 ლარს, “გ” ჯგუფის მომსახურებისათვის 262,8 ლარს. აქედან შეიძლება დავასკვნათ, რომ “გ” ჯგუფის მომსახურება უფრო ხელსაყრელია განყოფილებისათვის, მაგრამ სწორედ “გ” ჯგუფის მომსახურებაზე დაწესებული ფასი არ ფარავს მთლიან ხარჯებს. მცდარი გადაწყვეტილების მიზეზს წარმოადგენს ის გარემოება, რომ დირექტ-ქოსთინგის მეთოდი არ ითვალისწინებს მუდმივ ხარჯებს, ხოლო “გ” ჯგუფის მომსახურების მუდმივი ხარჯები რამდენადმე აღემატება “ა” ჯგუფისას. როდესაც მომსახურების მთელი კომპლექსი წინასწარ ცნობილი თანაფარდობით იგეგმება (ჩვენს მაგალითზე – “ა” ჯგუფის 100 მომსახურება, “ბ” ჯგუფის 130 მომსახურება, “გ” ჯგუფის 150 მომსახურება, მაშინ აღნიშნული შეცდომა დიდ როლს არ თამაშობს. როდესაც განყოფილებას შეუძლია თვითონ მართოს მომსახურების მოცულობა (მაგალითად, ჩაატაროს “ა” ჯგუფის უფრო მეტი მოცულობა და “გ” ჯგუფის შედარებით ნაკლები მოცულობა), მაშინ “გ” ჯგუფის მომსახურების ხელსაყრელობის შესახებ მცდარი დასკვნა სხვათა ხარჯზე ასეთი სახის მომსახურების გაზრდის არასწორ პოლიტიკას და შესაბამისად განყოფილების წამგებთანობას განაპირობებს. როგორც წინა თავში აღვნიშნეთ, მუდმივი ხარჯების გათვალისწინებით, “ა” ჯგუფის ერთი მომსახურების გაწევა სამედიცინო დაწესებულებისათვის 2,8 ლარის მოგებას იძლევა, “ბ” ჯგუფის გაწევა 59,2 ლარის მოგებას, “გ” ჯგუფის – 11,2 ლარის წაგებას. ამგვარად ყველაზე ხელსაყრელია “ბ” ჯგუფის მომსახურების გაწევა, “გ” ჯგუფის მომსახურების შემცირების ხარჯზე, ამავე დროს განყოფილება ყოველთვის მთლიანი დატვირთვით უნდა მუშაობდეს.

აღსანიშნავია, რომ მომსახურების ცალკეული სახეების გადანაცვლების მიზანშეწონილობის შესახებ დასკვნის გაკეთება (“ბ” ჯგუფის მომსახურების გაზრდა და “გ” ჯგუფის შემცირება) შესაძლებელია მარგინალური (ზღვრული ხარჯების) სისტემის გამოყენებითაც. მაგ., თუ “ბ” ჯგუფის მომსახურება ჩატარდება არა 130, არამედ 150, ხოლო “გ” ჯგუფის მომსახურება არა 150, არამედ 100 (საწოლ-დღეთა მთლიანი რაოდენობა და მთლიანი მუდმივი ხარჯები უცვლელია), მაშინ განყოფილება მაინც მოგებას მიიღებს.

18.9. ხარჯების განაწილების მეთოდები

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, მკურნალობის ტექნოლოგიურ პროცესთან მიმართებაში ორი სახის ხარჯები არსებობს:

< პირდაპირი ხარჯები, რომლებიც პირდაპირ არიან დაკავშირებული მოცემულ პროგრამასთან, პროცედურასთან ან მომსახურებასთან (მაგალითად, ხარჯები მედიკამენტებზე, კვებაზე, პერსონალის ხელფასი);

< არაპირდაპირი, ირიბი ხარჯები, რომლებიც პირდაპირ არ არიან დაკავშირებული მოცემულ პროგრამასთან, მკურნალობის პროცესთან, განყოფილებასთან, პროცედურასთან (მაგ., სატრანსპორტო ხარჯები, კომუნალური ხარჯები, ადმინისტრაციული პერსონალის ანაზღაურება, დამხმარე ნაგებობები)..

მიუხედავად იმისა, რომ ირიბი ხარჯები პირდაპირ არ არის დაკავშირებული საკუთრივ მკურნალობის პროცესთან, იგი გამოიყენება სამედიცინო დაწესებულების საერთო საჭიროებისათვის, რომელთა გარეშე სამკურნალო დაწესებულების ფუნქციონირება შეუძლებელია. ამიტომ მნიშვნელოვანია ასეთი ზედნაღები ხარჯების თითოეულ პროცედურაზე ან მომსახურებაზე შესაბამისი წილის მიხედვით გადანაწილება. ზედნაღები ხარჯების გარდა, აუცილებელია ამა თუ იმ პროგრამაზე ან მომსახურებაზე იმ ხარჯების გადანაწილება, რომელიც უშუალოდ არის დაკავშირებული მკურნალობასთან, მაგრამ ახორციელებს განყოფილებები, რომლებიც ერთდროულად ემსახურებიან რამდენიმე განყოფილებას (მაგ., რენტგენის კაბინეტი, კლინიკური ლაბორატორია, საერთო საოპერაციო).

როგორც პირდაპირი, ასევე ირიბი ხარჯები შეიძლება იყოს როგორც მუდმივი ასევე ცვლადი. ასე მაგალითად, დაცვის ხარჯები მუდმივ ხარჯებს წარმოადგენს, ხოლო რენტგენის კაბინეტის ხარჯები – ცვლადს, რადგანაც თითოეული პროცედურა მოითხოვს ლაბორანტის გარკვეულ თანხას, რენტგენის ფირმების რაოდენობას და ა. შ., პროცედურების რაოდენობა კი პაციენტების რაოდენობის პირდაპირპროპორციულია.

აღნიშნული მდგომარეობის გასაადვილებლად ზოგჯერ ეკონომისტები იყენებენ უფრო გამარტივებულ მიდგომას. ასე მაგალითად, სტაციონარებისათვის – მკურნალობის ხარჯების შეფასება საწოლ-დღის საშუალო ღირებულების მიხედვით. ხარჯების შეფასება გამარტივებულია: საავადმყოფოს მთლიანი ხარჯები იყოფა საწოლ-დღეების საერთო რაოდენობაზე. გარკვეული პროგრამის რეალიზაციისათვის საჭირო ხარჯები ფასდება აღნიშნული პროგრამით გატარებული საწოლ-დღეების საერთო რაოდენობის გამრავლებით საწოლ-დღის საშუალო ღირებულებაზე. ცხადია, ასეთი მიდგომა უხეშია. უპირველეს ყოვლისა, არ არსებობს “საშუალო” პაციენტი, ისევე როგორც არ არსებობს “საშუალო” საწოლ-დღე. ინტენსიური თერაპიისა და რეანიმაციის საწოლ-დღის საშუალო ღირებულება საგრძობლად აღემატება სხვა განყოფილებების საწოლ-დღეთა საშუალო ღირებულებას, აგრეთვე ჰემატოლოგიური განყოფილების საწოლ-დღის ღირებულება მნიშვნელოვნად განსხვავდება პულმონოლოგიური განყოფილების საწოლ-დღის ღირებულებას. ამიტომ საწოლ-დღის საფუძველზე ხარჯების უხეშმა შეფასებამ შესაძლებელია განაპირობოს რეალურ ხარჯებთან შედარებით მისი როგორც მკვეთრი ზრდა, ასევე მკვეთრი შემცირება. სისტემის სრულყოფა შესაძლებელია არა მთლიანი საავადმყოფოს გასაშუალოებული მაჩვენებლის გამოყენებით, არამედ კონკრეტული განყოფილებების მიხედვით. ასეთ შემთხვევაში დგება საკითხი სამკურნალო განყოფილებებს შორის ზედნაღები ხარჯების განაწილების შესახებ.

ამა თუ იმ პროგრამის, პროცედურის, მომსახურების ხარჯების უფრო ზუსტი გამოთვლის რამდენიმე მეთოდი არსებობს. ამ მეთოდების მიხედვით, პროგრამის ხარჯები საჭიროა შეფასდეს ადექვატური ფიზიკური ერთეულებით. მაგალითად, პროფილაქტიკური პროგრამის ხარჯების შეფასება შეიძლება მოიცავდეს სპეციალისტების 500 კონსულტაციას, 100 სისხლის ანალიზს,

მედლის 10 კვირიანი სამუშაო დღის ანაზღაურებას, პოლიკლინიკის 100 კვ. მ. ფართის 10 კვირიანი გამოყენებას, 100 ფლუროგრაფიულ გამოკვლევას და ა. შ. ამასთან, ერთ ფლუროგრაფიულ გამოკვლევაზე ხარჯები მოიცავს ერთ ფირს, ლაბორანტის 10 სამუშაო წთ-ს, ექიმ-რენტგენოლოგის 10 სამუშაო წთ-ს, ფლუროგრაფიის კაბინეტის 20 კვ. მ. ფართის 10 წთ-ით ექსპლუატაციას.

პარაკლინიკური განყოფილებების მომსახურება მრავალგვარია, ამიტომ მათი გამოთვლისათვის გამოიყენებენ პირობით ერთეულებს. მაგალითად, როდესაც კლინიკური ლაბორატორიისათვის პირობით ერთეულს წარმოადგენს სისხლის ანალიზი, რომლის შესრულებას სჭირდება 10 წთ, მაშინ ანალიზი, რომელიც მოითხოვს 20 წთ-ს, შეფასდება 2 პირობითი ერთეულით. როდესაც ყველა ხარჯები გათვლილია ადექვატურ ფიზიკურ ერთეულებში, შესაძლებელია შეფასდეს თითოეული ფიზიკური ერთეულის ხარჯები. ასე მაგალითად, ლაბორატორიული გამოკვლევის ერთ ერთეულზე ხარჯები გამოითვლება ლაბორატორიის ყველა ხარჯების გაყოფით შესრულებული ერთეულების რაოდენობაზე.

ასეთივე სახით გამოითვლება რენტგენოლოგიური, ფიზიოთერაპიული და სხვა განყოფილებების პერსონალის შრომის ანაზღაურება თითოეული პროგრამების მიხედვით. კომუნალურ გადასახადზე ხარჯები შეიძლება განაწილდეს დროის მოცემულ მონაკვეთში გამოყენებული ფართის მიხედვით.

როდესაც შეუძლებელია ხარჯების ზუსტი განაწილება, იგი ხორციელდება მოცულობისა და წონის მიხედვით. პერსონალის ხელფასზე ხარჯები შეიძლება განაწილდეს სამუშაოს მოცულობის მიხედვით. ამ მოცულობის შეფასების სირთულის შემთხვევაში იგი შეიძლება განვახორციელოთ გარკვეული დაავადებით ნამკურნალეე პაციენტთა რაოდენობის ნამკურნალეე პაციენტთა საერთო რაოდენობასთან შეფარდებით.

ცხრილი ნ: რესურსების ღირებულების განმსაზღვრელი საზომი ერთეულები

რესურსი	ღირებულების განმსაზღვრელი საზომი ერთეული
ტრანსპორტი	გაელილი მანძილი ან დახარჯული დრო
სამედიცინო დანიშნულების საგნები	წონა ან მოცულობა
მოწყობილობა-დანადგარები	გამოყენების დრო
კომუნალური ხარჯები	გამოყენებული ფართობები და მათი გამოყენების დრო
პერსონალი	დახარჯული სამუშაო დრო
ადმინისტრაციული ხარჯები	ხელფასი
შენობის კაპიტალური ხარჯები	გამოყენებული ფართობი და მისი გამოყენების დრო

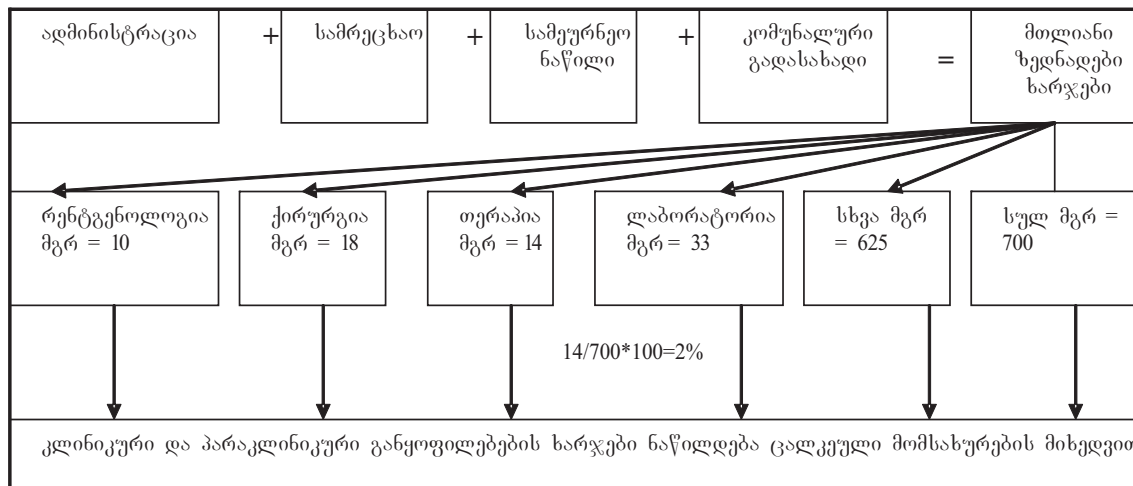
ხარჯების განაწილების სხვადასხვა სირთულის რამდენიმე მეთოდი გამოიყენება. განვიხილოთ თითოეული მათგანი.

ზეუნადები ხარჯების ერთიანი მაჩვენებლის მიხედვით (აგრეგირებული) განაწილება (ერთნაბიჯიანი განაწილება)

ასეთი მეთოდის გამოყენებისას სამედიცინო დაწესებულების ყველა ზეუნადები ხარჯები ჯამდება და ნაწილდება კლინიკური და პარაკლინიკური ქვეგანყოფილებების მიხედვით, ერთიანი მაჩვენებლის (მაგ., ქვეგანყოფილების მიერ გამოყენებული მთლიანი განაკვეთის რაოდენობა ან ქვეგანყოფილების მთლიანი პირდაპირი ხარჯები) საფუძველზე. მეთოდი მარტივია, რადგან იგნორირებულია ურთიერთქმედება ქვეგანყოფილებებს შორის, რომლებიც მრავალ პროგრამას ემსახურებიან. ასე მაგალითად, კონკრეტულ პროგრამაზე (პროცედურაზე, მომსახურებაზე) ადმინისტრაციული ხარჯები განისაზღვრება ყველა კლინიკური განყოფილებების პერსონალის

ანაზღაურებაში მოცემულ პროგრამაზე (პროცედურაზე, მომსახურებაზე) ხელფასის წილით. ასეთივე წესით განისაზღვრება სხვა ზედნადები ხარჯები. აღნიშნული მეთოდი იძლევა საკმაოდ უხემ შედეგს, რომელიც ზოგჯერ არ შეესაბამება საქმის რეალურ მდგომარეობას.

ნახაზი 12: ზედნადები ხარჯების განაწილება ერთიანი მაჩვენებლის – მთლიანი განაკვეთის რაოდენობის (მგრ) მიხედვით.



განვიხილოთ ასეთი შემთხვევა: დაუშვათ პაციენტის ამბულატორიული გამოკვლევისათვის საჭიროა 10 წთ, კაბინეტს აქვს ფართი 12 კვ. კმ. ყველა საექიმო კაბინეტის ფართობი შეადგენს 600 კვ. კმ-ს. პოლიკლინიკა მუშაობს დილის 8 საათიდან საღამოს 7 საათამდე, თვეში 25 დღე, და მთელი ამ დროის განმავლობაში კაბინეტში მიმდინარეობს მიღება. პოლიკლინიკის კომუნალური გადასახადების მთლიანი თანხა შეადგენს 1000 ლარს თვეში. როგორ გამოვთვალოთ ერთ გასინჯვაზე კომუნალური გადასახადი?

თავდაპირველად განვსაზღვროთ ყველა კომუნალური გადასახადის წილი, რომელიც კაბინეტის მუშაობას განეკუთვნება. კომუნალური გადასახადი ნაწილდება სამუშაო ფართის შესაბამისად, ამიტომ იგი კაბინეტის ფართის პოლიკლინიკის ფართთან შეფარდების ტოლია: $12 : 600 = 0,02$.

კაბინეტზე განკუთვნილი კომუნალური გადასახადის სიდიდე უდრის $0,02 \times 1000 = 20$ ლარს თვეში. კაბინეტი მუშაობს 25 დღე 10 სთ-ს განმავლობაში, ანუ 250 სთ თვეში, შესაბამისად ერთი საათის ღირებულება შეადგენს $20 : 250 = 0,08$ ლარს საათში, ანუ 0,013 ლარს 10 წთ-ში. შესაბამისად, თითოეული პაციენტის ამბულატორიულ მიღებას შეესაბამება 0,013 ლარი კომუნალური გადასახადი. დაუშვათ, პროფგასინჯვების პროგრამა ითვალისწინებს 500 პაციენტის გასინჯვას, მაშინ ამ პროგრამით კომუნალური ხარჯები შეადგენს 6,5 ლარს.

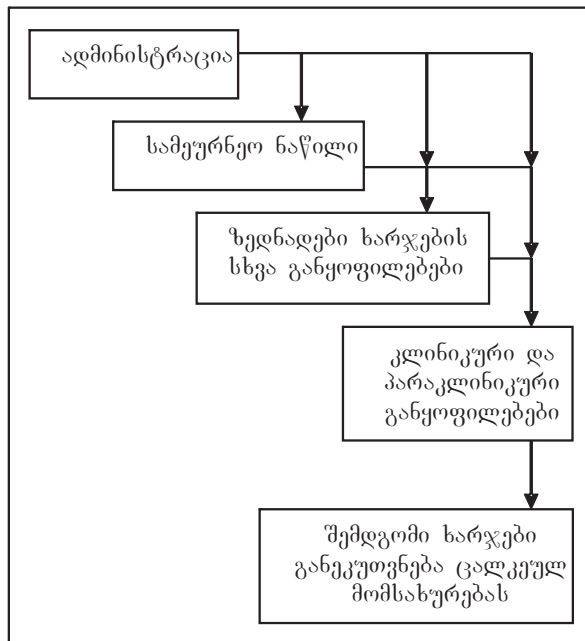
ასეთივე სახით განისაზღვრება სხვა ზედნადები ხარჯების განაწილება კონკრეტული პროგრამების მიხედვით. როგორც მაგალითიდან ჩანს, აღნიშნული მეთოდის გამოყენებით ყველა კომუნალური ხარჯები განაწილებულია საექიმო კაბინეტების მიხედვით, სადაც ხორციელდება მომსახურების გაწევა. ამასთან, რუგისტრატურის, დერეფნების, საპირფარეშოს, პროცედურების კაბინეტის, ლაბორატორიის მიერ დაკავებულ ფართებზე კომუნალური ხარჯები ნაწილდება ექიმების მიერ გაწეულ მომსახურებებს შორის.

ზედნადები ხარჯების საფეხურებრივი განაწილება

აღნიშნული მეთოდი მოიცავს დაწესებულების საერთო ქვეგანყოფილებების საქმიანობის კორექციას. კერძოდ, ითვალისწინებენ იმ ფაქტს, რომ კომუნალური ხარჯები განეკუთვნება არამარტო სამკურნალო განყოფილებებს, არამედ საერთო განყოფილებებსაც, ადმინისტრაციული ხარჯები უნდა გადანაწილდეს სხვა განყოფილებებს შორის, ადმინისტრაციის გარდა და ა. შ. საერთო ქვეგანყოფილებების ხარჯები ეტაპობრივად, თანმიმდევრობით განაწილდება სხვა საერთო ქვეგანყოფილებებზე და ცალკეულ მომსახურებებზე. ხარჯების განაწილების ეტაპობრივი თანმიმდევრობა წინდაწინაა განსაზღვრული. მაგალითად, თავდაპირველად ნაწილდება საერთო ქვეგანყოფილებების ხარჯები, რომლებიც ემსახურებიან ყველა ქვეგანყოფილებას. ამავე დროს, პირველ რიგში იმ განყოფილებების ხარჯები ნაწილდება, სადაც ხარჯები დიდია, შემდგომ – ხარჯების შემცირების რიგის მიხედვით. მეორე რიგში იმ საერთო განყოფილებების ხარჯები ნაწილდება, რომლებიც ემსახურებიან სამკურნალო და პარაკლინიკურ განყოფილებებს. როდესაც განაწილების თანმიმდევრობა სწორადაა არჩეული, მეთოდი ზუსტ შედეგებს იძლევა, მაგრამ ქვეგანყოფილებების დიდი რაოდენობით არსებობისას მისი რეალიზაცია საკმაოდ დიდ ძალისხმევას მოითხოვს. ნახატზე გამოსახულია ზედნადები ხარჯების საფეხურებრივი განაწილების მაგალითი.

თავდაპირველად ადმინისტრაციული (ან კომუნალური) ხარჯები ნაწილდება ყველა ქვეგანყოფილებებს შორის (როგორც სამკურნალო, ასევე პარაკლინიკური და დამხმარე), შემდეგ ადმინისტრაციული ხარჯები ნაწილდება ყველა დანარჩენ ქვეგანყოფილებებს შორის, ადმინისტრაციის გარდა, შემდგომ ეტაპზე - ყველა ქვეგანყოფილებებს შორის, გარდა ადმინისტრაციისა და სამეურნეო ნაწილისა და ასე შემდეგ. პროცესი გრძელდება მანამ, სანამ არ განაწილდება ყველა ზედნადები ხარჯები.

ნახაზი 13: ზედნადები ხარჯების საფეხურებრივი განაწილება



ცხადია, ასეთი განაწილების შედეგი დამოკიდებულია ზედნადები ხარჯების განაწილების რიგზე. განაწილების მაქსიმალური სიზუსტის მისაღწევად მკვლევარები იყენებენ ხარჯების განაწილების შემდეგ თანმიმდევრობას. ქვეგანყოფილებებს ყოფენ სამ ძირითად ჯგუფებად: ადმინისტრაციულ-სამეურნეო, რომელიც ემსახურება ყველა ქვეგანყოფილებას; პარაკლინიკური, რომელიც ემსახურება მხოლოდ სამკურნალო ქვეგანყოფილებას, და სამკურნალო, რომელიც იყენებს ადმინისტრაციულ-სამეურნეო და პარაკლინიკურ ქვეგანყოფილებებს, მაგრამ არ ემსახურებიან ამ ქვეგანყოფილებებს. ხარჯების საფეხურებრივი განაწილება წარმოებს ზემოდან ქვემოთ ამ ქვეგანყოფილებების ჩამონათვალის რიგის მიხედვით. თითოეული ჯგუფის შიგნით ასევე შენარჩუნებულია ხარჯების განაწილების განსაზღვრული იერარქიულობა. კერძოდ, ადმინისტრაციულ-სამეურნეო ქვეგანყოფილებებს შორის გამოიყოფა სამი ქვეჯგუფი: საერთო ადმინისტრაცია, კანცელარია, ბუღალტერია, დაცვა და ა. შ. უწინარეს ყოვლისა ამ ქვეგანყოფილებების ხარჯები ნაწილდება. ხარჯების განაწილების დანაკარგების მინიმიზაციის მიზნით, განაწილება წარმოებს ქვეგანყოფილებების ხარჯების კლების რიგის მიხედვით. შედეგად, ხარჯების მოცულობის თვალსაზრისით რაც უფრო მსხვილია ქვეგანყოფილება, მით უფრო სიზუსტით ხდება ამ ხარჯების განაწილება ქვემო განყოფილებებზე. მეორე ქვეჯგუფი – ქვეგანყოფილებები, რომლებიც მუშაობენ მხოლოდ სამკურნალო განყოფილებებზე (საოპერაციო, სამრეცხაო, კვების ბლოკი). ამ ქვეგანყოფილებების ხარჯები შესაძლებელია ადვილად მივაკუთვნოთ სამკურნალო განყოფილებებს და ისინი მათზე განაწილება მეორე რიგში ხდება. მესამე ჯგუფი – წარმოადგენს ქვეგანყოფილებებს, რომლებიც ემსახურებიან როგორც პარაკლინიკურ, ასევე კლინიკურ ქვეგანყოფილებებს (სამედიცინო სტატისტიკის სამსახური). მათი ხარჯები ყველზე ბოლო რიგში ნაწილდება სამკურნალო და პარაკლინიკურ ქვეგანყოფილებებს შორის.

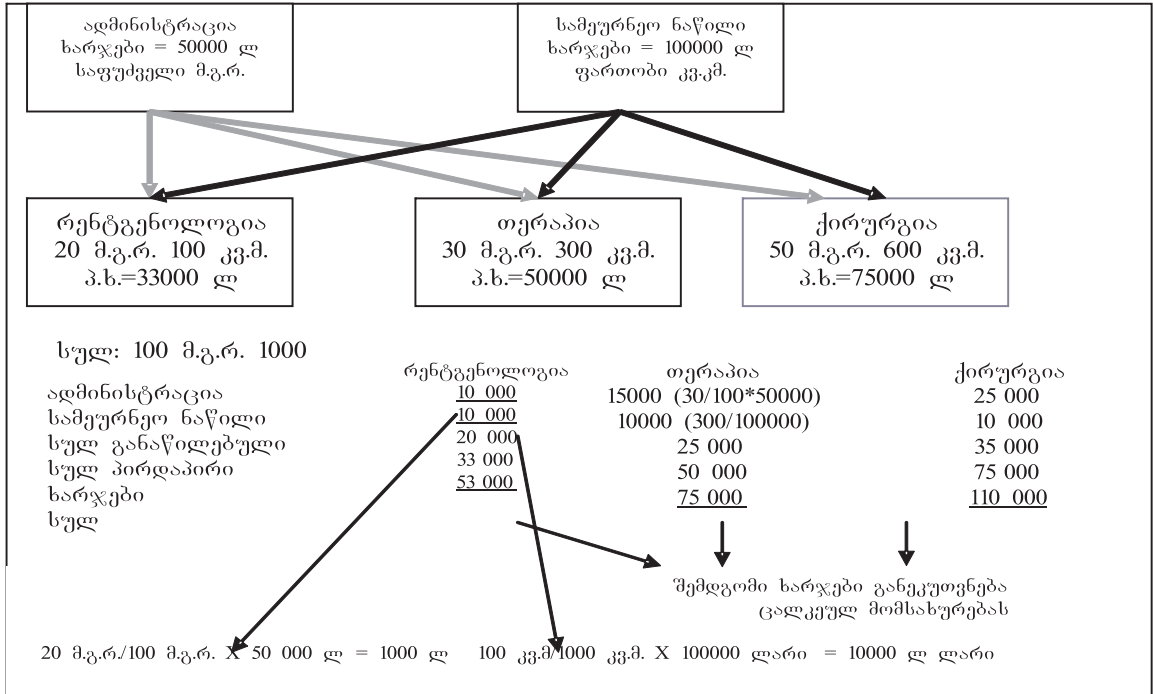
პარაკლინიკური ქვეგანყოფილებები აგრეთვე იყოფიან ქვეგანყოფილებებად: პირველი ქვეჯგუფი – ემსახურება როგორც სამკურნალო, ასევე პარაკლინიკურ ქვეგანყოფილებებს (აფთიაქი, მიმღები განყოფილება, სასტერილიზაციო განყოფილება), მეორე – მხოლოდ სამკურნალო ქვეგანყოფილებებს. მესამე ქვეჯგუფს განეკუთვნება ფუნქციონალური დიაგნოსტიკის განყოფილება, ენდოსკოპიური განყოფილება, ფიზიოთერაპიული განყოფილება. პარაკლინიკური ქვეგანყოფილებების ხარჯების კონკრეტულ სამკურნალო განყოფილებებზე განაწილების შემდგომ განაწილება ითვლება დასრულებულად.

ზედნადები ხარჯების პირდაპირი პროპორციული (იტერაციული) განაწილების მეთოდი

პირდაპირი პროპორციული განაწილების მეთოდს ნაბიჯ-ნაბიჯ განაწილების მეთოდსაც უწოდებენ. იგი ითვალისწინებს საერთო ქვეგანყოფილებებს შორის ურთიერთობებს. ზედნადები ხარჯების განაწილება ხორციელდება კლინიკურ და პარაკლინიკურ ქვეგანყოფილებებს შორის, ამასთან ზოგიერთი საერთო ქვეგანყოფილება ემსახურება არამარტო კლინიკურ და პარაკლინიკურ განყოფილებებს, არამედ ერთმანეთსაც (ადმინისტრაცია იყენებს სამრეცხაოს მომსახურებას, სამრეცხაო ადმინისტრაციის შრომას), ანუ თითოეული საერთო ქვეგანყოფილების ხარჯები ნაწილდება სხვა საერთო და სამკურნალო ქვეგანყოფილებებს შორის. როდესაც ადმინისტრაციის ხარჯები ნაწილდება სამრეცხაოს და სხვა ქვეგანყოფილებებს შორის, საკუთრივ სამრეცხაოს ხარჯები ნაწილდება ყველა ქვეგანყოფილებებს შორის, ადმინისტრაციის ჩათვლით. აღნიშნული პროცედურა მეორდება მანამ, სანამ არ ამოიწურება გაუნაწილებელი ნაშთი. ამ მეთოდის უარყოფით მხარეს წარმოადგენს ის გარემოება, რომ ქვეგანყოფილებების დიდი რაოდენობით არსებობის შემთხვევაში ხარჯების განაწილება მოითხოვს დიდ ძალისხმევას. ამ სამუშაოს შესრულება რამდენადმე ადვილდება, როდესაც საჭიროა სამკურნალო დაწესებულების მიერ გაწეული არა თითოეული პროცედურის ან მომსახურების, არამედ ერთ-ერთი ამ პროგრამის ან მომსახურების ხარჯების შეფასება. მაშინ ადვილია ყველა ადმინისტრაციულ-სამეურნეო და პა-

რაკლინიკური ქვეგანყოფილებების გამოყოფა, რომლებიც ასე თუ ისე მოცული არიან ამ მომსახურების გაწევაში, და მცირდება თითოეულ იტერაციაში ნაბიჯების რაოდენობა. თუმცა ასეთ შემთხვევაშიც კი ხარჯების განაწილება საკმაოდ რთულია და უფრო მეტ ხარჯებს მოითხოვს. ნახატზე მოცემულია ადმინისტრაციული და სამეურნეო ხარჯების განაწილება ქირურგიული, თერაპიული და რენტგენოლოგიური განყოფილების მიხედვით.

ნახაზი 14: ადმინისტრაციული და სამეურნეო ხარჯების პირდაპირი პროპორციული განაწილება



შენიშვნა: მ.გ.რ. – მთლიანი განაკვეთის რაოდენობა; პ.ხ. – პირდაპირი ხარჯი.

ერთდროული განაწილების მეთოდი

ერთდროული განაწილების მეთოდი დაფუძნებულია ხაზოვანი გათანაბრების სისტემაზე, რომელშიც უცნობ სიდიდეებს წარმოადგენენ თითოეული ქვეგანყოფილების ხარჯები (როგორც სამკურნალო, ასევე დამხმარე), კოეფიციენტებს – თითოეული ქვეგანყოფილების რესურსების წილი, ხოლო თავისუფალ წევრებს – ისევ თითოეული ქვეგანყოფილებს ხარჯები. როდესაც განხილული ქვეგანყოფილებების რაოდენობა მცირეა, გათანაბრების სისტემა წყდება ერთი მიღებით (ამისათვის გამოიყენება სტანდარტული კომპიუტერული პროგრამები), რაც სწრაფად იძლევა ზუსტ პასუხს. ქვეგანყოფილებების რაოდენობის გაზრდისას სტანდარტული კომპიუტერული პროგრამები გამოიყენებენ ფაქტიურად იმავე იტერაციულ მეთოდებს, რომლებიც ზემოთ იყო განხილული.

ხარჯების განაწილების ზემოაღნიშნული მეთოდები რთულ მეთოდებს წარმოადგენენ. ზოგიერთ შემთხვევაში სტაციონარებისათვის გამოიყენება შემდეგი მნიშვნელოვნად მარტივი (მაგრამ უფრო უხეში) მეთოდები:

< მოცემულ პროგრამასთან დაკავშირებული სტაციონარული ხარჯების განსაზღვრა (ექიმების გასინჯვა, ლაბორატორიული ანალიზები, მედიკამენტები, მასალები). ამ ხარჯებს პირ-

დაპირ განაწილებულ ხარჯებს უწოდებენ.

< სტაციონარის მთლიანი მიმდინარე ხარჯებიდან მუხლობრივი ხარჯების გამოცალკევება, რომლებიც პროგრამებს შორის პუნქტების მიხედვითაა განაწილებული, და მუხლობრივი ხარჯების გამოყოფა, რომლებიც არ განეკუთვნება განსახილველ პროგრამას. შედეგად კლებულობთ წმინდა მიმდინარე ხარჯებს.

< სტაციონარის საექსპლუატაციო ხარჯების განაწილება საწოლ-დღეების რაოდენობის შესაბამისად.

$$\begin{array}{l} \text{პროგრამის მიხედვით} \\ \text{სტაციონარული} \\ \text{ხარჯები} \end{array} = \begin{array}{l} \text{პირდაპირ} \\ \text{განაწილებული} \\ \text{ხარჯები} \end{array} + \frac{\begin{array}{l} \text{ხშირი მიმდინარე} \\ \text{ხარჯები} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{სტაციონარის} \\ \text{მთლიანი საწოლ-} \\ \text{დღეების რაოდენობა} \end{array}} \times \begin{array}{l} \text{პროგრამის} \\ \text{შესაბამისი} \\ \text{სტაციონარული} \\ \text{საწოლ-დღეები} \end{array}$$

4. მგრძობელობის ანალიზის გამოყენება. ყოველი შეფასება შეიცავს გაუკვევლობის ელემენტს. შეიძლება წარმოიქმნას როგორც პროგრამის მიხედვით პირდაპირ განაწილებული ხარჯების მერყეობა (მაგ., მედიკამენტებზე ფასის ცვლილების გამო ან პაციენტების მდგომარეობის სიმძიმის მერყეობის გამო), ასევე ზედნადები ხარჯების (ადმინისტრაციის ხელფასის ცვლილების ან ელექტროენერგიის ღირებულების გაზრდის გამო). ამიტომ მნიშვნელოვანია თუ როგორ ზემოქმედებენ ეს რყევები საბოლოო შედეგზე. ასეთ ანალიზს მგრძობელობის ანალიზი ეწოდება.

18.10. ხარჯების დროში განაწილება, ხარჯების მიმდინარე მნიშვნელობა

სამედიცინო პროგრამები ან საინვესტიციო პროექტები, თუნდაც მიმართული იყოს ერთი მიზნის მისაღწევად, შეიძლება განსხვავდებოდნენ მათ რეალიზაციაზე ხარჯების დროში განაწილებით. სადიაგნოსტიკო მოწყობილობა-დანადგარის ყიდვისთვის საჭირო თანხა შეიძლება გადაიხადოს ერთბაშად, დასაწყისშივე, ან განვადებით: უახლეს და საიმედო სადიაგნოსტიკო მოწყობილობა-დანადგარზე მაღალმა საწყისმა კაპიტალურმა ხარჯებმა შესაძლებელია შემდგომ განაპირობონ მიმდინარე ხარჯების ეკონომია, რომელიც დაკავშირებულია შეკეთებასთან; ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის მომსახურების გაწვევისას ახალი მოწყობილობა-დანადგარების ყიდვა (ენდოსკოპიური გამოკვლევისათვის, ფიზიოთერაპიული მოწყობილობები) წარმოებს პროგრამის რეალიზაციის საწყის ეტაპზე, მაშინ როდესაც ამ მოწყობილობა-დანადგარებით მკურნალობა რამდენიმე წლის განმავლობაში გრძელდება. ჰეპატიტის წინააღმდეგ ვაქცინაცია წარმოებს მცირე დროის განმავლობაში, მაშინ როდესაც მისი შედეგები (დაავადების არარსებობა) ხანგრძლივი დროის განმავლობაში შეინიშნება.

ხშირად სამედიცინო დაწესებულებები, ისევე როგორც მომხმარებლები (პაციენტები, დაზღვეულები) დგანან არჩევანის წინაშე - როგორ შეისყიდონ მოწყობილობა-დანადგარები (იყიდონ ერთბაშად, მთლიანად თუ კრედიტის სახით, თანდათანობით) ან როგორ აანაზღაურონ სამედიცინო მომსახურება (გადაიხადონ ყველაფერი დასაწყისშივე, ერთბაშად თუ გაწეულ მომსახურებაზე გადაიხადონ თანდათანობით, მისი მიღების შესაბამისად). არჩევანის გაკეთებისას მიზანშეწონილია შემდეგი პირობების გათვალისწინება:

- < ინფლაციის გამო დროის სხვადასხვა მომენტში ერთიდაიგივე თანხით შესაძლებელია შექვნილ იქნეს ერთიდაიგივე საქონლის სხვადასხვა რაოდენობა;
- < იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც დაუშვებთ, რომ ინფლაცია არ არის, საწყის პერიოდში

დახარჯული თანხები დროებით შეიძლება არ იქნას გამოყენებული მოგების მისაღებად. თანხის გადახდის დროს შეიძლება დაგროვდეს თანხა, რომელიც აღემატება საწყის თანხას. ასე მაგალითად, თუ გადახდისათვის არგამოყენებულ თანხას ბანკში შევინახავთ, მაშინ მიღებული პროცენტით შეიძლება მოვახდინოთ ინფლაციის კომპენსაცია, და მივიღოთ გარკვეული მოგება.

განვიხილოთ მარტივი მაგალითი: თუ თქვენ შემოგთავაზეს არჩევანი დღევანდელ 1 დოლარსა და ერთი წლის შემდეგ იგივე 1 დოლარს შორის (ნომინალის მიხედვით), რას მიანიჭებდით უპირატესობას? ბევრი დღევანდელ დოლარს მიანიჭებს უპირატესობას შემდეგი მიზეზების გამო:

< **ინფლაცია:** ფასების მატება ნიშნავს, რომ დღევანდელთან შედარებით ერთი წლის შემდეგ დოლარის მსყიდველობითი უნარი იქნება დაბალი;

< **გაურკვევლობა:** ცხოვრება, თავისი არსით, არაპროგნოზირებადს წარმოადგენს. ბანკები შეიძლება გაკოტრდნენ, ნაღდი ფული შეიძლება დაიკარგოს, ხოლო ადამიანები კვდებიან. უკეთესია დოლარი გქონდეს დღეს, ვიდრე გარისკო აღნიშნული ფაქტორების ალბათობით და დაელოდო ერთი წლის შემდეგ დოლარისგან მიღებულ სარგებელს.

იმ შემთხვევაშიც კი როდესაც მყარად ხარ დარწმუნებული ერთი წლის შემდეგ დოლარის კურსის უცვლელობაში, უმრავლესობა უპირატესობას დღევანდელ დღეს მიანიჭებს შემდეგი მიზეზების გამო:

< **ინვესტიციური შესაძლებლობები:** დღეს ინვესტირებულმა თანხამ მოგება შეიძლება მიიღოს ხვალ;

< **ზღვრული სარგებლიანობის შემცირება:** ითვლება, რომ საზოგადოება დროსთან ერთად უფრო მდიდარი ხდება. კეთილდღეობის მატებასთან ერთად განსაზღვრული დონის ზევით ყოველი ფულადი ერთეული შედარებით ნაკლები ეღირება. ამიტომ თანამედროვე საზოგადოებაში ლარი უფრო მეტი ღირს ვიდრე უფრო მდიდარ საზოგადოებაში მომაგალ წელს.

< **წმინდა დროის უპირატესობის მინიჭება:** ბევრ ადამიანს აქვს მოუთმენლობის შეგრძნება. ისინი უპირატესობას ანიჭებენ დღევანდელ დღეს დახარჯონ ლარი, ვიდრე ელოდონ მომაგალ წელს.

წარმოვიდგინოთ ასეთი შემთხვევა: თქვენ უარს ამბობთ, დღეს მიიღოთ ლარი, იმის სანაცვლოდ, რომ მომაგალ წელს ლარს გარკვეული პროცენტებით (ინტერესის გადახდები) დაგიბრუნებენ. დაუშვათ, რომ ლარის სანაცვლოდ 10 % შემოგთავაზეს, მაშინ როდესაც თქვენს მიერ მოთხოვნილი პროცენტი შეადგენს 12 %-ს, რომელშიც გათვალისწინებულია ზემოთაღნიშნული ფაქტორები. მეორე მხრივ, როდესაც თქვენს მიერ მოთხოვნილი პროცენტი შეადგენს 8 %-ს, თქვენ ერთი წლით იძლევით დოლარს. ბანკის ინტერესის განაკვეთი შეიძლება განხილულ იქნეს როგორც დაბრუნების განაკვეთის ზომა, რომელსაც თხოულობს საზოგადოება დოლარზე გარკვეული პერიოდით უარის შემთხვევაში.

როდესაც ინდივიდმა ბანკში შეინახა დოლარი და ინტერესის განაკვეთი შეადგენს 10 %-ს, ერთი წლის შემდეგ მისი ღირებულება იქნება 1,1 დოლარი, მეორე წელს ინტერესის განაკვეთი იქნება 1,21 დოლარი. როდესაც ინტერესის განაკვეთი შეადგენს d -ს, ერთი წლის შემდეგ მისი ღირებულება იქნება $(1 + Z) X$ საერთო კაპიტალი, ორი წლის შემდეგ $-(1 + Z) X (1 + Z)$, $AN (1 + Z) X 2$. 10 წლის შემდეგ მისი ღირებულება იქნება $(1 + Z) X 10$. აღნიშნულ პროცესი ცნობილია, როგორც **რთული პროცენტები**.

ისმება კითხვა, რა ეღირება დოლარი ერთი წლის შემდეგ, მისი დღევანდელ ღირებულებასთან შედარებით? პასუხი შეიძლება იყოს ზემოთაღნიშნული ფორმულის შებრუნებული თანაფარდობა, ანუ 1 გაყოფილი $(1 + Z)$ -ზე. შესაბამისად, ერთი წლის შემდეგ იგი ეღირება $1 : (1 + Z)$, 10 წლის შემდეგ $- 1 : (1 + Z) X 10$.

განვიხილოთ ასეთი შემთხვევა. დაუშვათ, ახალი სამედიცინო მოწყობილობა-დანადგარის

შემენისათვის არსებობს ორი საშუალება: 1200 ათასი ლარის ერთბაშად, საწყის ეტაპზე გადა-რიცხვა ან 650 ათასი ლარის ერთბაშად, საწყის ეტაპზე გადახდა და 750 ათასი ლარის 2 წლის შემდეგ გადახდა. გადახდის რომელი საშუალებაა ეკონომიკურად უფრო მომგებიანი, როდესაც წლიური საბანკო პროცენტული განაკვეთი შეადგენს $r=20\%$?

ერთი შეხედვით, პასუხი კითხვაზე მარტივია: პირველ შემთხვევაში უნდა გადავიხადოთ 1200 ათასი ლარი, ხოლო მეორე შემთხვევაში – 1400 ათასი ლარი. მეორე მხრივ, ლარი დღეს უფრო ღირებულია, ვიდრე ორი წლის შემდეგ – თუმცა შესაძლებელია თანხის ბანკში დაგროვება და 2 წლის საბანკო პროცენტის მიღება. ამიტომ სწორი პასუხის მისაღებად საჭიროა ორივე ვარიანტის ასანაზღაურებლად **ხარჯების მიმდინარე მნიშვნელობის** შედარება, ანუ იმ თანხის, რომელიც უნდა გქონდეს დღეს, რომ გადახდა შესაძლებელი გახდეს.

პირველ შემთხვევაში იგი შეადგენს 1200 ათას ლარს. მეორე შემთხვევაში 650 ათას ლარს პლიუს P_1 რომელიც ბანკში შენახვისას, 2 წლის შემდეგ იძლევა 750 ათას ლარს. რადგანაც ერთი წლის შემდეგ P_1 იზრდება $(1+r)P_1$, ხოლო 2 წლის შემდეგ $(1+r)^2 P_1$, აღნიშნული პირობა შეიძლება ასეთი სახით ჩაიწეროს:

$$(1+r)^2 P_1 = 750 \text{ ათასი ლარი.},$$

$$\text{ანუ, } P_1 = 750 / (1+r)^2 = 750 / 1,2^2 = 750 / 1,44 = 520,833 \text{ ათასი ლარი.}$$

მთლიანი თანხა, რომელიც საჭიროა გქონდეს ახლა, რომ მეორე პირობით გადაიხადო სამედიცინო მოწყობილობა-დანადგარის ღირებულება, შეადგენს:

$$P = 650 \text{ ათასი ლარი} + 520,833 \text{ ათასი ლარი} = 1170,833 \text{ ათასი ლარი}$$

ამგვარად, გადახდის მეორე მეთოდი უფრო მიზანშეწონილია: რადგან ეს თანხა 1200 ათას ლარზე ნაკლებია, რომელიც საჭიროა ანაზღაურების პირველი მეთოდის გამოყენებისას, შესაბამისად, სხვაობა შეიძლება სხვა საჭიროებისათვის დაიხარჯოს.

ამ მარტივი მაგალითიდანაც ჩანს, თუ რა მნიშვნელობა აქვს ხარჯების დროში განაწილებას. პროგრამებისა და საინვესტიციო პროექტების ეკონომიკური შეფასებისას ალტერნატიული ვარიანტების ყველა ხარჯები და მოგება უნდა განხორციელდეს მიმდინარე მნიშვნელობით.

P თანხას, რომელიც მოცემულ მომენტში გაქვს მომავალში ხარჯების ასანაზღაურებლად, ეწოდება **ხარჯების მიმდინარე მნიშვნელობა**, ხოლო სამომავლო შემოსავლებისა და ხარჯების მაჩვენებლების გაანგარიშებას მიმდინარე პერიოდთან მიმართებაში **დისკონტირება** ეწოდება, ხოლო ასეთი გათვლებისათვის გამოყენებულ განაკვეთს **დისკონტირების განაკვეთი** ეწოდება. წლების მატებასთან ერთად ხარჯების და სარგებლის მნიშვნელობა დღევანდელზე მცირე იქნება. დისკონტირება საშუალებას იძლევა შევადაროთ ხარჯები, რომლებიც დროში სხვადასხვანაირადაა განაწილებული. პროგრამების შესადარებლად, რომელთა გადახდა სხვადასხვანაირადაა განაწილებული დროში, აუცილებელია დისკონტირების ჩატარება.

კოეფიციენტი $(1+r)$ -ს ეწოდება დაგროვების მამრავლი წელიწადში, ხოლო სიდიდეს:

$$V = \frac{1}{1+r}$$

- ეწოდება **წლიური დისკონტირების მამრავლი**.

ამ სიდიდის გამოყენებით შეიძლება დაეწეროს: $P = v * S_1$

სადაც S_1 – წარმოადგენს თანხას, რომელიც გვექნება 1 წლის შემდეგ, ხოლო ფორმულის მიხედვით გამოითვლება მისი **მიმდინარე მნიშვნელობა (P)**. საყურადღებოა, რომ რადგანაც r ყოველთვის 0-ზე მეტია, სიდიდე V ყოველთვის ერთზე ნაკლები იქნება, რაც შეესაბამება ფაქტს: მომავალი თანხის მიმდინარე მნიშვნელობა ყოველთვის ამ თანხაზე ნაკლებია. მოვიყვანოთ მაგალითები:

როდესაც $r = 10\%$ -ს წლიური დისკონტირების მამრავლი V ტოლია $1/(1+0,1) = 0,9091$,
 როდესაც $r = 30\%$ -ს $V = 0,7692$;
 როდესაც $r = 50\%$ -ს $V = 0,6667$;
 როდესაც $r = 100\%$ -ს $V = 0,5$;

დაუშვათ, რომ საბანკო პროცენტული განაკვეთი r უცვლელია 2 წლის განმავლობაში, შესაბამისად, უცვლელი იქნება წლიური დისკონტირების მამრავლი. როდესაც S_2 არის თანხა, რომელიც დაგეგმირდება 2 წლის შემდეგ, მისი მიმდინარე მნიშვნელობა გამოითვლება შემდეგნაირად:

$$P = v \cdot S_1 = v \cdot (v \cdot S_2) = v^2 \cdot S_2$$

საერთო შემთხვევაში, უცვლელი პროცენტული განაკვეთისას, როდესაც S_n არის თანხა, რომელიც დაგეგმირდება n წლების შემდეგ (n – მთლიანი რიცხვია), მიმდინარე მნიშვნელობა:

$$P = v^n \cdot S_n$$

წლიური დისკონტირების მამრავლის ანალოგიურად, v^n სიდიდეს ეწოდება დისკონტირების მამრავლი n წლების განმავლობაში.

განვიხილოთ უფრო რთული შემთხვევა. სამკურნალო დაწესებულება აპირებს მოწყობილობის 500 000 ლარის ყიდვას, ამასთან მიმწოდებელი სთავაზობს ანაზღაურების ორი პირობიდან ერთ-ერთს. პირველი – შეისყიდოს მოწყობილობა ერთბაშად, მეორე – დასაწყისში გადაიხადოს მოწყობილობის ღირებულების ნახევარი (250000 ლარი), ხოლო შემდეგ 3 წლის განმავლობაში გადაიხადოს 110 000 ლარი (როგორც ამ შემთხვევაში მთლიანი გადახდილი თანხა შეადგენს 580 000 ლარს). გადახდის რომელი მეთოდია უფრო მიზანშეწონილი?

პასუხის გასაცემად წარმოვადგინოთ ხარჯები მიმდინარე მნიშვნელობით. პირველ შემთხვევაში მიმდინარე მნიშვნელობა შეადგენს 500000 ლარს. მეორე შემთხვევაში დისკონტირება ხდება შემდეგნაირად. P – არის გადახდის მიმდინარე მნიშვნელობა, S_n – გადახდები, რომლებიც ხორციელდება n წლის დასასრულს, r – წარმოადგენს წლიურ პროცენტულ განაკვეთს. მაშინ

$$P = S_0 + v \cdot S_1 + v^2 \cdot S_2 + v^3 \cdot S_3$$

როდესაც $r = 10\%$ -ს $= 0,1$ მივიღებთ:
 $V = 0,9091$, $v^2 = 0,8265$, $v^3 = 0,7513$.

$$P = 250000 + 110000 \cdot (0,9091 + 0,8265 + 0,7513) = 523559 \text{ ლარი}$$

როგორც ვხედავთ, ხარჯების მიმდინარე მნიშვნელობა მეორე შემთხვევაში უფრო მაღალია, ამიტომ უფრო მიზანშეწონილის გადახდის პირველი მეთოდი.

როდესაც წლიური პროცენტული განაკვეთი $r = 20\% = 0,2$, მაშინ
 $v = 0,8333$, $v^2 = 0,6944$, $v^3 = 0,5785$.

$$P = 250000 + 110000 \cdot (0,8333 + 0,6944 + 0,5785) = 481682 \text{ ლარი}$$

ამ შემთხვევაში უფრო მიზანშეწონილია გადახდის მეორე მეთოდი – ეკონომია შეადგენს 3,66%-ს.

ასე რომ, დისკონტირება ხელსაყრელია პროგრამების (მომსახურების) შესადარებლად, რომელთა ხარჯების განაწილება დროში სხვადასხვაა. ამ დროს პროგრამების მიხედვით ხარჯების შედარება ხორციელდება ყველა მომავალი ხარჯების გადაანგარიშებით მათ მიმდინარე მნიშვნელობასთან.

დისკონტირების განაკვეთები გამოხატავენ **დროთაშორის ღირებულებას** (რა ეღირება მომავალი თაობების ინტერესები დღევანდელ, ჩვენს საკუთარ ინტერესებთან შედარებით?), ამიტომ

ისინი პოლიტიკური გადაწყვეტილებების საფუძველს წარმოადგენენ. როდესაც პროცენტის განაკვეთი შეადგენს 15 %-ს, ხოლო ინფლაცია – 10 %-ს, მაშინ გამოყენებული დისკონტირების განაკვეთი შეადგენს 5 %-ს. ხშირად განაკვეთი დაახლოებით 5-6 %-ს უტოლდება. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია იმ ქვეყნებში, სადაც ნომინალის ოფიციალური ინტერესი ძალიან მაღალია, მაშინ როდესაც ფაქტიური დისკონტირების განაკვეთი უარყოფითს წარმოადგენს, რადგანაც ფასები ძალიან სწრაფად იზრდება.

დაეუშვათ, რომ ვაქცინაციის პროგრამა ხორციელდება მთელი წლის განმავლობაში. შენობის გამოყენების დროის ხანგრძლივობა, სადაც ტარდება ვაქცინაცია, შეადგენს 20 წელს. სატრანსპორტო საშუალებების და ცივი შენახვის მოწყობილობების გამოყენების დროის ხანგრძლივობა შეადგენს 5 წელს. დისკონტირების დონე შეადგენს 5 %-ს. პოლიკლინიკური და მუნიციპალური ვაქცინაციის კამპანიების ხარჯები მოცემულია ცხრილში.

ცხრილი 7: ვაქცინაციის პოლიკლინიკური და მუნიციპალური პროგრამების ხარჯები (ა.შ.შ. დოლარი)

	პოლიკლინიკური		მუნიციპალური	
	სულ ხარჯები	წლიური ხარჯები	სულ ხარჯები	წლიური ხარჯები
კაპიტალური				
შენობები	450	36,11		
ცივი ჯაჭვი	2000	461,95	2000	461,95
ტრანსპორტი			5000	1154,87
სულ კაპიტალური ხარჯები		498,06		1616,82
მიმდინარე				
პერსონალი		3000		4000
ვაქცინები		120		180
სხვა		500		100
სულ მიმდინარე ხარჯები		3620		4280
ვაქცინაცია სულ წელიწადში		2400		3600
მიმდინარე + კაპიტალური		4118,06		5896,82
ხარჯები ერთ ვაქცინაციაზე		1,72		1,64

დაშვებულია, რომ მუნიციპალური პროგრამით ყოველი თვის განმავლობაში 300 ვაქცინაცია ტარდება, ხოლო პოლიკლინიკური სქემით – 200 ვაქცინაცია. აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში ერთ ვაქცინაციაზე ხარჯი პოლიკლინიკური პროგრამით შეადგენს 1,72-ს, ხოლო მუნიციპალური პროგრამით - 1,64-ს. მუნიციპალური პროგრამის კაპიტალური ხარჯები უფრო მაღალია, მაგრამ მაღალია აქტიურობის დონეც, რადგანაც ამ პროგრამით მეტი ბავშვები იქნებიან მოცულნი და შესაბამისად ერთეულზე დანახარჯები უფრო ნაკლები იქნება. საყურადღებოა, რომ პოლიკლინიკის პირობებში ვაქცინაციის პროცესისგან ყოველი თავისუფალი ადგილი გამოიყენება სხვა პროგრამების შესასრულებლად. საწინააღმდეგო შემთხვევაში, შენობის ალტერნატიული ხარჯები იქნება უფრო მცირე. აღნიშნულმა ფაქტორმა შესაძლებელია შეცვალოს საბოლოო შედეგი.

18.11. კაპიტალური ხარჯების ბათვალისწინება, ანუ იტიზაცია

ინვესტიციური პროექტის რეალიზაციის შედეგად შესაძლებელი სამედიცინო მომსახურების ხარჯების შესაფასებლად ხორციელდება ამ მომსახურებაზე კაპიტალური ხარჯების შესაბამისი ნაწილის განაწილება. ამისათვის აუცილებელია კაპიტალური ხარჯების განაწილება (რომელიც ჩვეულებრივ პროექტის დასაწყისში აღინიშნება) აღნიშნული პროექტის მოქმედების მთელი პერიოდის განმავლობაში. უკანასკნელ პერიოდამდე განაწილების მიღებულ მექანიზმად ითვლებოდა წლიური ამორტიზაციის გამოთვლა, რომლის დროსაც მთელი კაპიტალური ხარჯები იყოფა წლების რიცხვზე, რომლის განმავლობაში ინვესტიციური პროექტი თავის თავს ამოიგებს. იმ შემთხვევაში, როდესაც განსაზღვრული იყო, რომ პროექტი თავის თავს ამოიგებდა n წლების შემდეგ, დაგეგმილი იყო საინვესტიციო თანხის $1/n$ ნაწილის ყოველწლიური ამონაგები.

წინა თავებიდან ჩვენთვის ცნობილია, რომ 1 წლის შემდეგ გადახდილი თანხის $1/n$ ნაწილი უფრო მიზანშეწონილია, ვიდრე იგივე თანხა 2 წლის შემდეგ გადახდილი. ანუ, როდესაც დისკონტირების საშუალებით ყველა ამ n ნაწილებს შეგკრიბავთ საინვესტიციო თანხის $1/n$ -ად, მივიღებთ (რ ნულოვანი წლიური საბანკო პროცენტული განაკვეთის შემთხვევაში) ნაკლებ თანხას, ხოლო დიდი n და r -ის შემთხვევაში საინვესტიციო ხარჯებთან შედარებით გაცილებით მცირე თანხას. ანუ, საინვესტიციო ხარჯების ასეთი მექანიზმით დაბრუნების შემთხვევაში სინამდვილეში დაბრუნდება გაცილებით მცირე თანხა.

უფრო მიზანშეწონილია კაპიტალური ხარჯების წლიურ გაანგარიშებაზე გადაყვანა, სადაც გათვალისწინებული იქნება მოსალოდნელი წლიური საბანკო საპროცენტო განაკვეთი. კაპიტალური ერთეულების (შენობა-ნაგებობები) უმეტესი ნაწილის გამოყენების ხანგრძლივობა წელზე მეტია, ხოლო მათი წლიური ხარჯების განსაზღვრისათვის საჭიროა ეს ხარჯები განიხილებოდეს, როგორც პერიოდულად გადახდილი შენატანი. ამ მეთოდს ანუ იტიზაციის მეთოდს უწოდებენ. **ანუ იტიზაცია წარმოადგენს პერიოდულად გადახდილ შენატანებს, დაგროვილი თანხების რეგულარული, თანაბარი გადახდის ფორმაში გადაყვანას, ანუ დაგროვილი თანხების ანუ იტიზაციის ფორმაში გადაყვანა და ანუ იტიზაციის გადახდის მიღების დაწყება.**

ანუ იტიზაციის მეთოდის გამოყენებით შესაძლებელია გამოვთვალოთ ძირითადი ფონდების რენოვაციისათვის (განახლება) საჭირო თანხები. მეთოდის მნიშვნელობა დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ საინვესტიციო პროექტის საპროცენტო განაკვეთი არ არის ნულოვანი, შესაბამისად, კაპიტალური ხარჯების საინვესტიციო პროექტის მოქმედების მხოლოდ წლების რაოდენობაზე უბრალოდ გაყოფით (როგორც ეს ხდება ამორტიზაციის გაანგარიშებისას) ვერ მივიღებთ სწორ შეფასებას.

ჩვეულებრივ კაპიტალური ხარჯები პროგრამის რეალიზაციის დასაწყისში ეტაპზე მოდის. ყოველწლიური ხარჯების გამოსათვლელად ხელსაყრელია ამ კაპიტალური ხარჯების (K) გამოთვლა ექვივალენტური ყოველწლიური ხარჯების (E) საშუალებით. ამოცანას წარმოადგენს ისეთი ყოველწლიური თანხის (E) მოძიება, რომელიც n (n - მოწყობილობის მომსახურების ვადა) წლების შემდეგ r საპროცენტული განაკვეთის შემთხვევაში K კაპიტალური ხარჯების ექვივალენტური იქნება. ამოცანის გადასაწყვეტად არსებობს ორი პირობა:

ჩავთვლით, რომ მოწყობილობა მთლიანად გაცვდება ექსპლუატაციის პერიოდის ბოლოს; ექსპლუატაციის პერიოდის ბოლოს დარჩება მოწყობილობის ნარჩენი ღირებულება.

ორივე შემთხვევაში გამოიყენება შემდეგი ფორმულა:

$$E = \frac{K - R \cdot v^n}{A}$$

სადაც:

R	—	K კაპიტალის ნარჩენი ღირებულება n წლების (პროექტის მოქმედების ვადა) შემდეგ
n	—	კაპიტალის გამოყენების წლები (პროექტის მოქმედების ვადა)
r	—	საპროცენტო განაკვეთი
A	—	ანუიტიზაციის კოეფიციენტი
K	—	შესყიდვის ღირებულება (საწყისი ხარჯების ღირებულება)
E	—	ექვივალენტური ყოველწლიური ხარჯები
V	—	წლიური დისკონტირების მაძრავლი
—	—	—

სადაც:

წლიური დისკონტირების მაძრავლი - $V = 1 / 1 + r$; $A = 1 - V^n / r$ სიდიდეს ეწოდება ანუიტიზაციის კოეფიციენტი და დამოკიდებულია წარმოების საშუალებების (მოწყობილობები, შენობები) საპროცენტულ განაკვეთზე და მომსახურების ვადაზე.

როდესაც წლების შემდეგ განზრახულია მოწყობილობის მთლიანი ჩანაცვლება ($R = 0$), E ექვივალენტურ თანხის ფორმულა ღებულობს შემდეგ სახეს:

$$E = \frac{K}{A}$$

განვიხილოთ ასეთი მაგალითი, დაუშვათ საავადმყოფომ შეიძინა სამედიცინო მოწყობილობა რომლის ღირებულებაც $K = 435\,500$ ლარი. განზრახულია სამედიცინო მოწყობილობის 6 წლიანი ექსპლუატაცია შემდგომი მთლიანი ჩანაცვლებით ($R = 0$). განსაზღვრეთ რენოვაციაზე ყოველწლიური გადარიცხვებისათვის საჭირო თანხა.

რენოვაციაზე ყოველწლიური გადარიცხვები $E = K / A$. გამოთვლის შემდეგ ვღებულობთ: $A = 4,355 * E = 100000$ ლარი. აღსანიშნავია, რომ ეს თანხა მნიშვნელოვნად მაღალია, ვიდრე $435000 / 6 = 72500$, ანუ როდესაც ყოველწლიური გადარიცხვები იქნება მხოლოდ 72500 ლარი, 6 წლის შემდეგ შეუძლებელი გახდება შევიძინოთ იგივე სახის სამედიცინო მოწყობილობა, მაშინაც კი როდესაც გადარიცხვები დაგროვდება ბანკში.

განვიხილოთ მეორე მაგალითი, სამედიცინო მოწყობილობა-დანადგარებზე კაპიტალური ხარჯები (K) შეადგენს 200000 ლარს. მოწყობილობა ემსახურება 10 წლის განმავლობაში, ხოლო წლიური პროცენტული განაკვეთი (r) შეადგენს 10 %-ს. გამოთვალეთ ანუიტიზაციის კოეფიციენტი და ექვივალენტური ყოველწლიური თანხა E როდესაც გადახდები წარმოებს წლის დასასრულს.

ამოცანის მიხედვით, $K = 200000$ ლარს; $r = 10$ %-ს; $n = 10$ -ს.

$$A(n, r) = \frac{1 - (1 + r)^{-n}}{r} ; E = K/A(n, r),$$

ფორმულის გამოყენებით: $A = 1 - (1 + 0,1)^{-10} / 0,1 = 6,145$; $E = 200000/6,145 = 32547$ ლარი.

როგორც ფორმულიდან ჩანს, მოწყობილობის მომსახურების ვადის გაზრდისას ანუიტიზაციის კოეფიციენტი იზრდება, ხოლო ექვივალენტური ყოველწლიური თანხა მცირდება. პროცენტული განაკვეთის გაზრდისას ანუიტიზაციის კოეფიციენტი მცირდება, ხოლო ყოველწლიური ექვივალენტური თანხა იზრდება.

ანუიტიზაციის კოეფიციენტი იმდენად ხშირად გამოიყენება პრაქტიკაში, რომ ექვივალენტური ყოველწლიური თანხის გამოსათვლელი ფორმულები ჩასმულია მრავალ კომპიუტერულ პროგრამაში, მაგალითად, ისეთ პოპულარულ პროგრამაში, როგორცაა Excel (Microsoft Office-ის პაკეტი). მათთვის ვისთვისაც ცნობილია Excel-ის პროგრამა შეუძლიათ

ადვილად გამოითვალონ ექვივალენტური წლიური თანხა. ამისათვის Excel-ის ფუნქციებში მიეცემთ შემდეგ არგუმენტებს: შენობის ან მოწყობილობის მოსალოდნელი ექსპუატაციის წლების რაოდენობა n , საპროცენტო განაკვეთი r , კაპიტალური ხარჯების მიმდინარე მნიშვნელობა K და კაპიტალის ნარჩენი ღირებულება R .

ამრიგად, ექვივალენტური წლიური ხარჯები შენობაზე და მოწყობილობაზე დამოკიდებულია n , r და R , მნიშვნელობებზე. ამ სიდიდეების სამართლიანი არჩევა უფრო მეტად კონკრეტული სიტუაციით განისაზღვრება. მაგალითად, უნდა განვასხვავოთ მოწყობილობის მუშაობის ფიზიკური ვადა და მისი კლინიკური გამოყენების რაციონალური ვადა. უკანასკნელი დამოკიდებულია მკურნალობის ტექნოლოგიაში ცვლილებებზე. დასავლეთ ქვეყნების ეკონომისტები ანალიზისთვის ირჩევენ მოწყობილობების მომსახურების მცირე ვადებს, მისი ფიზიკური ცვეთის მცირე ვადებს, რადგანაც მნიშვნელობას ანიჭებენ სწრაფ ტექნოლოგიურ ცვლილებებს და მოწყობილობების მოძველებას.

18.12. ინფლაციის გათვალისწინება

ინფლაცია წარმოადგენს ეკონომიკაში ფასების საერთო დონის გაზრდას. სხვადასხვა სახის საქონლისა და მომსახურებისათვის იგი შეიძლება სხვადასხვანაირი იყოს: კვების პროდუქტების ღირებულების ინფლაცია შეიძლება განსხვავდებოდეს ელექტროენერჯის ღირებულების ინფლაციისაგან. ჩვეულებრივ, როდესაც უცნობია ზოგიერთი საქონლის (მომსახურების) ინფლაციის პროცენტი, სარგებლობენ უფრო გამსხვილებული ფორმით. მაგალითად, როდესაც უცნობია სამამულო სამედიცინო მოწყობილობის ინფლაცია, გამოიყენებენ მანქანათმშენებლობის პროდუქციის ინფლაციის კოეფიციენტს, როდესაც იგიც უცნობია, გამოიყენებენ ინფლაციის საერთო პროცენტს.

ინფლაციამ შესაძლებელია არსებითი გავლენა მოახდინოს გადახდის სარგებლიანი დროის არჩევაზე. უპირველეს ყოვლისა, მცირდება ინვესტიციის რეალური შემოსავალი. განვიხილოთ შემდეგი მაგალითი.

დავუშვათ, საბანკო პროცენტი i წლიური დეპოზიტის მიხედვით შეადგენს 20 %-ს წელიწადში, ხოლო ყოველწლიური ინფლაცია j შეადგენს 8 %-ს. დავუშვათ, ორგანიზაციას ახლა გაჩნია S თანხა, რომელიც საკმარისია სადიაგნოსტიკო მოწყობილობის შესაძენად. ფაქტიურად რა მოგებას მიიღებს ორგანიზაცია, თუ ამ მოწყობილობას იყიდის 1 წლის შემდეგ?

თუ ორგანიზაციას, რომელსაც 1 წლის შემდეგ ექნება თანხა $S \times (1 + i)$ ლარი, ყიდულობს მოწყობილობას $S \times (1 + j)$ ლარით, მაშინ მის განკარგულებაში დარჩება $S \times (1 - j)$ ლარი, ანუ ფაქტიური მოგება შეადგენს არა $S \cdot i$, არამედ, $S \cdot (i - j)$ ლარს, ამასთან $(1 + j)$ ჯერ გაუფასურებულს. ამიტომ ფაქტიური პროცენტი (1 ლარზე მოგება) r ტოლი იქნება

$\frac{i - j}{1 - j}$ -ის, ხოლო რეალური დისკონტირების მამრავლი შეადგენს:

$$\frac{1}{1+r} = \frac{1}{1+\frac{i-j}{1+j}} = \frac{1+j}{1+i}$$

მოცემული ამოცანის პირობებში მივიღებთ:

$$r = \frac{0,20 - 0,08}{1 + 0,08} = 0,1111 = 11,11\%$$

ამ შემთხვევაში დისკონტირების მამრავლი შეადგენს:

$$\frac{1}{1+r} = \frac{1+0,08}{1+0,20} = 0,9$$

შ თანხის მფლობელი ორგანიზაციის მიერ მიღებული მოგება შესაბამისად, $S \times r$ -ის ტოლია. განხილული ამოცანა შეიძლება გადავწყვიტოთ სხვანაირი მეთოდით. დაუშვათ, რომ არსებული თანხა საკმარისია, რომ ვიყიდოთ K ერთეული მოწყობილობა $C = S / K$ ფასით. 1 წლის შემდეგ, ორგანიზაციას, რომელმაც ბანკში ჩადო თანხა, ექნება $S(1+i)$ თანხა, ხოლო მოწყობილობის ღირებულება შეადგენს $C \times (1+j)$. ამგვარად, 1 წლის შემდეგ მიღებული თანხით შესაძლებელია

$$K' = \frac{S \cdot (1+i)}{C \cdot (1+j)}$$

ერთეული მოწყობილობის ყიდვა. ფაქტიური მოგება შეადგენს:

$$r = \frac{K' - K}{K} = \frac{i - j}{1 + j}$$

რაც მთლიანად შეესაბამება წინა გადაწყვეტილების შედეგს.

დასმული ამოცანის გადაწყვეტის შედეგები გვიჩვენებს, რომ ინფლაციის არსებობისას გადახდის ვადის გადადების შემთხვევაში ფაქტიური მოგება შეიძლება საიმედო ფასიანი ქალაქით საბანკო საპროცენტო განაკვეთზე გაცილებით დაბალი აღმოჩნდეს. შესაბამისად, ყველა გათვლებისას, რომელიც ხარჯების დროში განაწილებას ეხება, საჭიროა ინფლაციის გათვალისწინება. აღნიშნული შესაძლებელია გაკეთდეს ორი პირობიდან (ნ წლებზე გათვლით) ერთ-ერთის გათვალისწინებით:

1. არ გავზარდოთ მომავალი ხარჯები (ანუ გამოვიყენოთ მიმდინარე ხარჯები) და გამოვიყენოთ როგორც დაგროვების ფაქტიური მამრავლი, რომელიც

$$\left(\frac{1+i}{1+j}\right)^n \text{ ტოლია, ასევე რეალური დისკონტირების მამრავლი } \left(\frac{1+j}{1+i}\right)^n.$$

2. გავზარდოთ ყველა მომავალი ხარჯები ინფლაციის ნაწინასწარმეტყველვე ტემპის გათვალისწინებით, ხოლო შემდეგ გამოვიყენოთ ინფლაციისგან მიღებული შემოსავლის ფორმალური პროცენტი.

პირველი მეთოდი შედარებით მარტივი და მიზანშეწონილია.

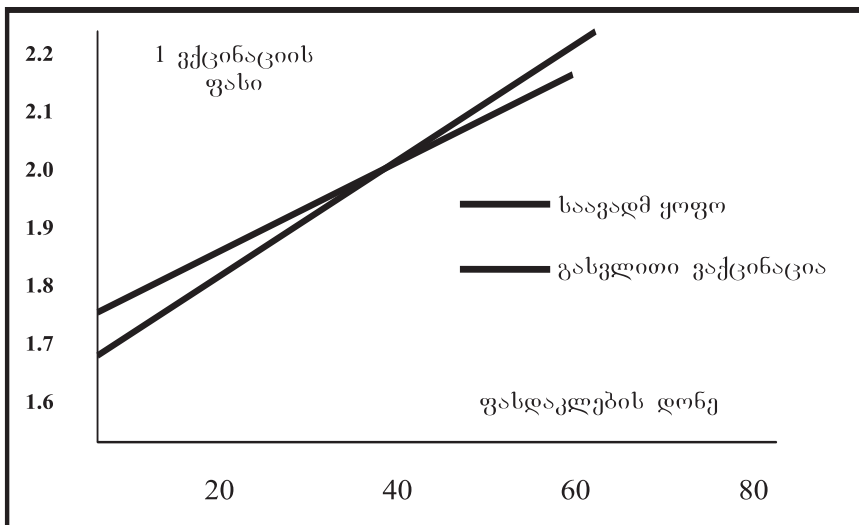
რეალურ შემოსავალზე ინფლაციის გავლენისას უნდა აღვნიშნოთ, რომ ინფლაციის მაღალი ტემპების არსებობისას შეიძლება აღმოჩნდეს, რომ ინფლაციის პროცენტი აღემატება ინფლაციისგან მიღებული შემოსავლების პროცენტს ($x > 1$). ამ შემთხვევაში წარმოიქმნება “ეროზია”, კაპიტალის “გახვრა”, რეალური თანხა საწყისზე დაბალი აღმოჩნდება. გადახდის ვადებზე გადაწყვეტილებების მიღებისას აუცილებელია ამ შესაძლებლობის გათვალისწინება.

18.13. მგრძობელობის ანალიზი

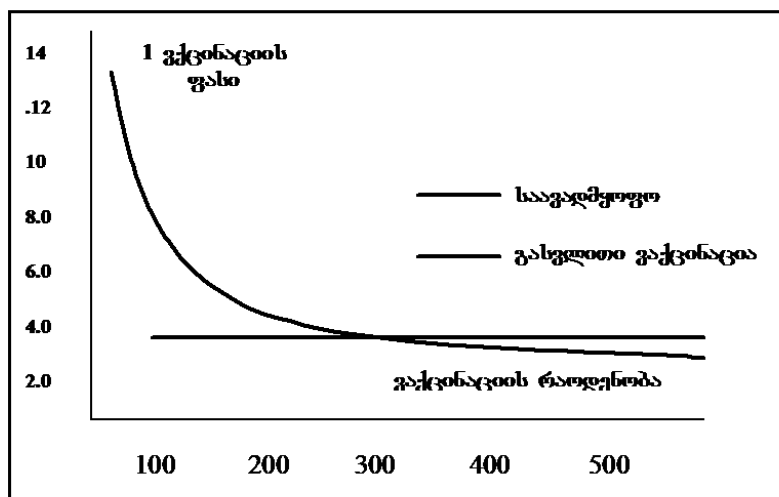
ეკონომიკური შეფასებისას შეიძლება გარკვეული სახის გაურკვეველობები წარმოიშვას წინასწარ დაგეგმილ ზოგიერთ ღონისძიებებზე. მაგალითად, დისკონტირების განაკვეთი შეიძლება შემცირდეს, ტრანსპორტის ღირებულება შეიცვალოს, ან მუნიციპალური პროგრამით შესრულებული ვაქცინაციების რაოდენობა გაიზარდოს. ზოგჯერ ეს ცვლილებები უმნიშვნელო გავლენას ახდენენ საბოლოო შედეგზე; სხვა შემთხვევებში კი მისი გავლენა მნიშვნელოვანია და შეიძლება მთლიანად შეცვალოს დასკვნები. ყოველი კარგად ფორმულირებული ეკონომიკური შეფასება შეიცავს მგრძობელობის ანალიზს, რომელიც ახდენს მთავარი პარამეტრების ცვლილებებისას შედეგების მგრძობელობის ტესტირებას. პარამეტრები უნდა ვარიირებდეს მოსალოდნელი ლიმიტის ფარგლებში. მაგალითად, როდესაც წინა ინფორმაცია გვაძლევს საფუძველს, რომ ვივარაუდოთ, რომ ინტერესის განაკვეთის ღონის ფაქტიური ფლუქტუაციაა 2 %-ზე მეტი და 10 %-ზე ნაკლებია, ხორციელდება 2-დან 10 %-მდე შუალედში განაკვეთის მნიშვნელობის ტესტირება.

ნახატზე გამოსახულია მგრძობელობის ანალიზის ტესტირების შედეგები, დისკონტირების სხვადასხვა განაკვეთების და მუნიციპალური სქემის მიხედვით ჩატარებული ვაქცინაციის რაოდენობის მიხედვით. შედეგები გვიჩვენებს, რომ დისკონტირების განაკვეთი მუნიციპალური სქემის მხარეს ცვლის არჩევანს, მაშინ როდესაც ინტერესის განაკვეთი აღწევს დაახლოებით 40 %-ს. რადგანაც ეს ნაკლებად დასაჯერებელია, შესაძლებელია ამ ფაქტორის იგნორირება. პირიქით, მუნიციპალურ პროგრამაში ჩატარებული ვაქცინაციის რაოდენობის ცვლილება გავლენას ახდენს ძირითადი სქემის არჩევანზე. საკმარისია ვაქცინების რაოდენობა 20 %-ით შემცირდეს, რომ უპირატესობა ექნება პოლიკლინიკურ პროგრამას. ვაქცინაციის შესაძლო რაოდენობის შემდგომი შესწავლა, რომლებიც უნდა შესრულდეს თითოეული სქემის მიხედვით, გადამწყვეტ როლს ითამაშებს საბოლოო გადაწყვეტილების მისაღებად.

ნახაზი 15: მგრძობელობის ანალიზი (მონაცემები მაგალითის მიხედვით)



ნახაზი 16: მგრძობელობის ანალიზი (მონაცემები მაგალითის მიხედვით)



საკონტროლო კითხვები

1. ახსენით რას ნიშნავს საერთო შემოსავალი?
2. ახსენით რას ნიშნავს ხარჯები?
3. რა არის მოგება?
4. რა არის ალტერნატიული ღირებულება?
5. ახსენით რას ნიშნავს თვალნათლივი და არათვალნათლივი ხარჯები?
6. რას ნიშნავს ეკონომიკური მოგება?
7. რას ნიშნავს ბუთალტრული მოგება?
8. ახსენით რას ნიშნავს მწარმოებლური ფუნქცია?
9. რას ნიშნავს ზღვრული მწარმოებლურობა?
10. ახსენით რას ნიშნავს კლებადი სარგებლიანობის კანონი?
11. ახსენით რას ნიშნავს მუდმივი ხარჯები?
12. ახსენით რას ნიშნავს ცვლადი ხარჯები?
13. ახსენით რას ნიშნავს საერთო ხარჯები?
14. ახსენით რას ნიშნავს საშუალო ხარჯები?
15. ახსენით რას ნიშნავს ზღვრული ხარჯები?
16. ახსენით რას ნიშნავს საშუალო მუდმივი და საშუალო ცვლადი ხარჯები?
17. ახსენით რას ნიშნავს საშუალო საერთო დანახარჯები?
18. ახსენით რას ნიშნავს პირდაპირი ხარჯები?
19. ახსენით რას ნიშნავს ზედნადები ხარჯები?
20. რა განეკუთვნება ზედნადებ ხარჯებს?
21. რა განეკუთვნება პირდაპირ ხარჯებს?

22. პოლიკლინიკაში რეორგანიზაციამდე დასაქმებული იყო 20 ექიმი. ისინი ყოველდღიურად ღებულობდნენ 200 პაციენტს. რეორგანიზაციის შემდეგ 5 ექიმი განთავისუფლდა. მიღებულ პაციენტთა რაოდენობა გაიზარდა 300-მდე. რეორგანიზაციის შემდეგ რამდენად გაიზარდა მწარმოებლურობა:

- ა) გაორმაგდა;
- ბ) 50 %-ით;
- გ) იგივე დარჩა;
- დ) შემცირდა.

23. რომელი მიეკუთვნება მუდმივ დანახარჯებს?

- ა) არენდის ქირა;
- ბ) ელექტროენერგიის გადასახადი;
- გ) ნელლეულის ხარჯი;
- დ) ხელფასი.

24. საავადმყოფოს წლიური მუდმივი დანახარჯები სამედიცინო მომსახურებაზე შეადგენს 100000 ლარს. ერთ პაციენტზე გაანგარიშებული ცვლადი დანახარჯები შეადგენს 100 ლარს. თუ საავადმყოფოში პაციენტების რაოდენობა გაიზარდება 500-დან 1000-მდე, მაშინ ერთ პაციენტზე საერთო დანახარჯები შემცირდება:

- ა) 300-დან 250-მდე;
- ბ) 300-დან 200-მდე;
- გ) 200-დან 100-მდე;
- დ) 200-დან 150-მდე.

25. კერძო პოლიკლინიკა აქირავებს შენობის პირველ სართულს. ქირის გადასახადი შეადგენს 2000 ლარს თვეში. პოლიკლინიკას გააჩნია თანაბარი ფართის 5 კაბინეტი, რომლებიც მუშაობენ დღეში 10 საათის განმავლობაში. დღეში საშუალოდ 10 პაციენტი მიმართავს თითოეულ კაბინეტს. როგორ გავანაწილოთ ქირის გადასახადი თითოეულ კაბინეტზე.

26. პოლიკლინიკის ფიზიოთერაპიული კაბინეტი დღეში საშუალოდ 15 მომსახურებას ატარებს. ცვლადი ხარჯები თითოეულ მომსახურებაზე შეადგენს 20 ლარს. კაბინეტზე მუდმივი ხარჯები შეადგენს 3500 ლარს თვეში. თუ ჩავთვლით, რომ თითოეული მომსახურების მინიმალური ღირებულება მომსახურების საშუალო ხარჯების ტოლია, განსაზღვრეთ თითოეული მომსახურების მინიმალური შესაძლო ღირებულება.

27. პაციენტს დაენიშნა 10 ინექციანი კურსი. მედიკამენტი იყიდება შეფუთული სახით, რომელშიც 6 ამპულაა და ღირს 30 ლარი (1 შეფუთვა). ერთ ინექციაზე შეყავთ 1 ამპულა. ერთჯერადი შპრიცის ფასი შეადგენს 1 ლარს. მედიის მუშაობის ანაზღაურება შეადგენს 2 ლარს ერთ ინექციაზე. გამოთვალეთ პაციენტის მხრიდან:

- < კურსის მთლიანი ხარჯები;
- < საშუალო ხარჯები ერთ ინექციაზე;
- < ხარჯების დადგენა მეორე, მესამე და მეშვიდე ინექციაზე.

განიხილეთ მიღებული შედეგები

- ა. ქვემოთ მოყვანილია პოლიკლინიკის ხარჯების მონაცემები:

ბ.

ვიზიტების რაოდენობა	საერთო დანახარჯები	ცვლადი ხარჯები
0	300	0
10	350	50
20	390	90
30	420	120
40	450	150
50	490	190
60	540	240

ა) გამოთვალეთ მუდმივი ხარჯები

ბ) შეადგინეთ ზღვრული ხარჯების ცხრილი საერთო ხარჯების და ცვლადი ხარჯების გამოყენებით.

ლიტერატურა

1. Шейман И.М. Экономика Здравоохранения, Москва, ТЕИС, 2001.
2. С. Виттер; Т. Енсор; Введение в Экономику Здравоохранения для Стран Восточной Европы и СНГ. Центр Экономики Здравоохранения Университет Уорка.
3. Witter S. and Ensor T. Health economics for Developing Countries. The University of York, Centre for Health Economics International Programme. Macmillan, 2000.
4. Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.

თაში XIX

სამედიცინო ეფექტურობა

ჯანდაცვის სფეროში რესურსები შეზღუდულია. რესურსების დეფიციტია ჯანდაცვის სისტემის ყველა დონეზე, როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო სამედიცინო დაწესებულებებში, როგორც დაბალგანვითარებულ, ისე მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში. ისეთი ქვეყნები, როგორცაა კანადა და ამერიკა, ჯანდაცვაზე მნიშვნელოვან თანხებს ხარჯავს, მაგრამ მედიცინის დარგის სწრაფი განვითარებისა და მოსახლეობის დაბერების გამო სამედიცინო დახმარების ღირებულება ბევრად აღემატება ხელმისაწვდომი რესურსების დონეს.

რესურსების სიმწირის გამო გარდაუვალი ხდება სამედიცინო მომსახურების ნორმირების, ანუ ანუ არსებული რესურსების ეფექტურად გამოყენების პროცესის დაჩქარება.

ეფექტურობის დეფინიცია პირველად შემოიღო იტალიელმა ეკონომისტმა ვილფრედო პარეტომ. მანვე მოახდინა ეფექტურობის ფორმულირება. პარეტოს აზრით, **რესურსების განაწილება მაშინ არის ეფექტური, როდესაც შეუძლებელია ისე შეცვალო მოცემული განაწილება, რომ ერთი ადამიანის წარმატებამ გამოიწვიოს მეორე ადამიანის კიდევ უფრო გაუარესება.**

ეფექტურობა გულისხმობს არამარტო ხარჯების შეკავებას, არამედ ჩადებულ ინვესტიციაზე მაქსიმალური სარგებლის მიღებას. ასე რომ, ხარჯი წარმოადგენს მონეტის ერთ მხარეს, მეორე, არანაკლებ მნიშვნელოვან მხარეს წარმოადგენს სარგებელი. ამ თავში ერთმანეთს შედარებულია ხარჯი და სარგებელი და მათი შეფასების საშუალებები.

ეფექტურობა გულისხმობს სამედიცინო დახმარების რამდენიმე ალტერნატიული ვარიანტიდან არჩევანის გაკეთებას. არჩევანის დიაპაზონი ძლიერ განსხვავებულია – კონკრეტული დაავადების მკურნალობისას ანტიბიოტიკის არჩევადან, სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამაში შემაჯავლი სამედიცინო მომსახურების არჩევამდე. ამასთან, ნებისმიერ შემთხვევაში არჩევანის პრობლემა დაკავშირებულია შეზღუდული რესურსების ეფექტური გამოყენების პრობლემასთან.

აღნიშნული პრობლემის გადაწყვეტა დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ ფასდება შესაძლებელი ალტერნატივები. გადაწყვეტილების მიღების პროცედურა მოითხოვს მრავალი ფაქტორების (ეკონომიკური, პოლიტიკური, სოციალური, ტექნოლოგიური) გათვალისწინებას.

19.1. ეფექტურობა

ქალაქიდან მოშორებით მცხოვრები პაციენტი, რომელსაც ესაჭიროება გარკვეული სახის დიაგნოსტიკური გამოკვლევა, გადაწყვეტილების მიღებამდე აანალიზებს ყველა მოსალოდნელ ხარჯს (ქალაქში გამგზავრება, სამუშაოდან დროებით დათხოვნა, ოჯახის რამდენიმე დღით დატოვება და ა. შ.) და ცდილობს ნაკლები დანახარჯებით მეტი შედეგის მიღებას.

ნაკლები შენატანებით (რესურსები, დანახარჯები) მეტი შედეგის მიღებას ეფექტურობა ეწოდება. ეფექტურობა გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების შედეგების შეფარდებას დახარჯულ რესურსებთან.

წარმოების პროცესი შემდეგი ნაწილებისგან შედგება: **შენატანები** (სამედიცინო პერსონალი, მედიკამენტები, შენობა-ნაგებობები, მოწყობილობა-დანადგარები, ნედლეული მასალები), **პროცესი** (მკურნალობა), **გამოსავალი** (ნამკურნალევი პაციენტი) და **შედეგი** (როგორ იმოქმედა მკურნალობის გამოსავალმა სიცოცხლის შენარჩუნებასა და გახანგრძლივებაზე).

ეფექტურობა წარმოადგენს შენატანებსა (რესურსები) და შედეგს (პროდუქტი) შორის

კავშირს. წარმოების ეფექტურობა გამოითვლება წარმოებული პროდუქციის საბაზრო ღირებულების შეფარდებით რესურსების ჯამობრივ დანახარჯებზე.

ეფექტურობა = პროდუქტი/შენატანები.

ფინანსური თვალსაზრისით მეტი ეფექტურობა მიიღწევა მაშინ, როდესაც:

- < იგივე რაოდენობის და ხარისხის მომსახურება იწარმოება ნაკლები ხარჯით;
- < გაუმჯობესებული რაოდენობის და/ან ხარისხის მომსახურება იწარმოება იგივე ხარჯით;
- < უქმდება გამოუსადეგარი საქმიანობები.

არჩევნ სამედიცინო, სოციალურ და ეკონომიკურ ეფექტურობას, რომელთა შეფასება ხორციელდება ალტერნატიული გადაწყვეტილებების შედარების საფუძველზე. ეფექტურობის მნიშვნელობას განაპირობებს ჯანდაცვის სისტემაში პერმანენტულად არსებული რესურსების დეფიციტი. თავის მხრივ, ეფექტურად მოქმედი ჯანდაცვის სისტემა უზრუნველყოფს ოპტიმალურ (არსებული რესურსების გათვალისწინებით) და არა მაქსიმალურად ფართომასშტაბიან სამედიცინო ჩარევას.

19.2. ეფექტურობის საზომები, სამედიცინო ეფექტურობა

ეფექტურობის საზომებს წარმოადგენს:

- < ფიზიკური ცნება (ტექნიკური ეფექტურობა)
- < ფასების ცნება (ეკონომიკური ეფექტურობა)
- < ალოკაციური ეფექტურობა

ტექნიკური ეფექტურობა – გვიჩვენებს მანქანა-იარაღების, მოწყობილობა-დანადგარების, ხელსაწყოების კონსტრუქციულ დახვეწილობა-სრულყოფილებასა და წარმადობას. წარმოების იარაღების საექსპლუატაციო თვისებების არსებით გაუმჯობესებას თან ახლავს ტექნიკური ეფექტურობის ზრდა.

სამედიცინო დაწესებულება ტექნიკურად ეფექტურია (პროდუქტიული), მაშინ როდესაც ის სერვისის მაქსიმალურ **ფიზიკურ პროდუქტს** (მაგ: ვიზიტების რაოდენობა) აწარმოებს მოცემული შენატანების ფარგლებში. მაგ: ორმა საოპერაციომ, რომელიც დაკომპლექტებულია იგივე კადრებით და აღჭურვილია მსგავსი დანადგარებით შეიძლება მოახდინოს იგივე ტექნიკური სირთულის სხვადასხვა რაოდენობის ინტერვენციები.

ეკონომიკური ეფექტურობა – ფარდობითი მაჩვენებელია და გამოხატავს წარმოების ესა თუ ის შედეგი თუ რა ოდენობის რესურსების (დანახარჯების) საფუძველზეა მიღებული.

ერთი და იგივე შედეგი შეიძლება მიღებულ იქნეს სხვადასხვა გზით (განსხვავებული მეთოდების გამოყენებით) და სხვადასხვა ოდენობის დანახარჯების გაწევით, ისე როგორც ერთი და იმავე ოდენობის დანახარჯებმა შეიძლება განსხვავებული ეკონომიკური შედეგები მოგვცეს.

ეკონომიკური ეფექტიანობის გასაანგარიშებლად საწარმოს შედეგები უნდა შევუფარდოთ ამ შედეგების მიღებისათვის გაწეულ დანახარჯებს (წარმოების ყველა ფაქტორის გათვალისწინებით):

$\text{წე} = \text{ემ} : \text{დ} \times 100$, სადაც წე – წარმოების ეფექტიანობაა; ემ – ეკონომიკური შედეგი; დ – დანახარჯები.

სამედიცინო დაწესებულება წარმოადგენს ეკონომიკურად ეფექტურს, მაშინ როდესაც ის იყენებს შენატანების ისეთ კომბინაციას (მაგ: ექიმები, ექთნები და მედიკამენტები), რომელიც საშუალებას აძლევს სამედიცინო დაწესებულებას აწარმოოს სერვისების მოცემული დონე **ნაკლებ ფასად**. მაგალითად, სპეციალისტების სერვისები შეიძლება იგივე ეფექტურობით განახორციელოს ზოგადი პრაქტიკის ექიმებმა და ექთნებმა. მკვლევართა აზრით, ექიმების სამუშაოს 25-70%

შეიძლება შესრულდეს ექთნების ან სხვა პროფესიონალების მიერ¹. ექთნების და ბებიჩაქლების როლის გაძლიერებამ შეიძლება შეამციროს ფასები და ამასთან შენარჩუნდეს ან გაუმჯობესდეს კლინიკური შედეგები.

ხშირად არამართო სხვადასხვა დარგის, არამედ ერთი და იგივე დარგის ანალოგიურ საწარმოებსაც ერთმანეთისაგან მკვეთრად განსხვავებული ეკონომიკური შედეგები აქვთ, მაგრამ ამის მიხედვით ვერ ვიმსჯელებთ იმაზე, თუ რომელმა მათგანმა იმუშავა უფრო კარგად, ე. ი. ვინ ყირათიანად გამოიყენა წარმოებრივი რესურსები. ვთქვათ, № 1 პოლიკლინიკამ მოგება მიიღო 10000 ლარის ოდენობით, ხოლო № 2 პოლიკლინიკამ 20000 ლარის ოდენობით. ერთი შეხედვით შეიძლება ვთქვათ, რომ უფრო მაღალი ეკონომიკური მაჩვენებელი აქვს № 2 პოლიკლინიკას, რადგან მისი შედეგი ორჯერ უფრო მაღალია. ყველაფერი დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა რაოდენობის დანახარჯების გაწევით მიიღო თითოეულმა ასეთი შედეგი. ჩვენი აზრი სწორი იქნება, თუკი № 1 პოლიკლინიკას თავისი ეფექტი მიღებული აქვს 100 000 ლარის დანახარჯებით, ხოლო № 2 პოლიკლინიკას 180 000 ლარის დანახარჯებით. ამ შემთხვევაში № 1 პოლიკლინიკის ეფექტიანობა 10 % (10 ათ. : 100 ათ. X 100) იქნება, ხოლო № 2 პოლიკლინიკისა კი – 11,1 % (20 ათ. : 180 ათ. X 100). მაგრამ ჩვენი აზრი არასწორია, თუკი № 1 პოლიკლინიკას თავისი ეფექტი მიღებული აქვს 100 ათასი ლარის დანახარჯებით, ხოლო № 2 პოლიკლინიკას – 250 ათასით, რამდენადაც ამ შემთხვევაში № 1 პოლიკლინიკის ეკონომიკური ეფექტურობა უდრის 10 %-ს (10 ათ. : 100 ათ X 100). № 2 პოლიკლინიკისა კი – 8 %-ს (20 ათ. : 250 ათ. X 100).

ალოკაციური ეფექტურობა. სამედიცინო დაწესებულება წარმოადგენს ალოკაციურად ეფექტურს, როდესაც ის ახდენს რესურსების გადანაწილებას იმ საქმიანობებზე, სადაც მას აქვს შედარებით მაღალი ღირებულება. ჯანმრთელობის სისტემა ახდენს რესურსების ეფექტურ ალოკაციას თუ ის აწარმოებს ჯანმრთელობის სერვისების ოპტიმალურ ნარევს, რომელიც ყველაზე კარგად აკმაყოფილებს მომხმარებელთა მოთხოვნას.

განვიხილოთ ასეთი შემთხვევა. სტომატოლოგმა დაიქირავა კაბინეტი, რისთვისაც თვეში იხდის 400 ლარს. სამედიცინო საქმიანობის წარმოებისათვის დაქირავებული ჰყავს 4 პერსონალი (3 მედდა, 1 დამხმარე), რომელთათვის ხელფასის სახით დანიშნული აქვს 500 ლარი. სამეურნეო და კომუნალური ხარჯები თვეში შეადგენს 200 ლარს. ერთ პროცედურაზე დაწესებული აქვს 20 ლარი. თუ გავითვალისწინებთ, რომ სტომატოლოგი დღეში იღებს 5 პაციენტს (კვირის განმავლობაში მუშაობს 5 დღე), მისი შემოსავალი თვეში შეადგენს $20 \times 5 \times 5 \times 4 = 2000$ ლარს, ხოლო ხარჯები – $400 + 500 + 200 = 1100$ ლარს. ამგვარად, სტომატოლოგიური კაბინეტის მოგება თვეში შეადგენს – $2000 - 1100 = 900$ ლარს. მოგების გასაზრდელად მას შეუძლია სამი შესაძლო ვარიანტიდან აირჩიოს ერთ-ერთი, კერძოდ:

- < შეამციროს ხარჯები (ჩაატაროს იგივე რაოდენობის პროცედურები, მაგრამ უფრო ეფექტურად);
- < გაზარდოს წარმოება (ჩაატაროს მეტი რაოდენობის პროცედურები იგივე ხარჯებით);
- < გაზარდოს საკუთარი ხარჯები.

პირველ შემთხვევაში იგი ამცირებს პერსონალის რაოდენობას ერთი ერთეულით (1 მედდას სამუშაოდან ანთავისუფლებს). მეორე შემთხვევაში სტომატოლოგი ზრდის ერთ დღეში ჩასატარებელი პროცედურების რაოდენობას, მაგრამ გასაწევი ხარჯები იგივე რჩება. ორივე ვარიანტი იძლევა მოგების გაზრდის შესაძლებლობას. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მოგება უფრო ეფექტური იქნება იმ შემთხვევაში, თუ ცვლილებები არ შეამცირებს სამედიცინო დახმარების ხარისხს. ხარისხის გასაუმჯობესებლად სტომატოლოგი ცდილობს დანერგოს მკურნალობის ახალი მეთოდები და შეიძინოს ძვირადღირებული მოწყობილობა-დანადგარები. ამ ღონისძიებებით იგი კონკურენციას გაუწევს სხვა კაბინეტებს და შესაბამისად მეტ პაციენტს მიიზიდავს. ამგვარად, მიუხედავად საკუთარი ხარჯების გაზრდისა, მესამე ვარიანტი უფრო ეფექტურია, რადგან მოგების მიღება უფრო ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაშია შესაძლებელი.

19.3. სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობის შეფასება

წინა თავებში განვიხილეთ ხარჯების ანალიზი, კერძოდ თუ როგორ არის დაკავშირებული გარკვეულ სირთულეებთან. ამასთან, ამა თუ იმ სამედიცინო ჩარევის შედეგებიც არ წარმოადგენს ადვილად მიღწევადს. მკურნალობის ბევრი მეთოდები დაფუძნებულია ავტორიტეტთა შეხედულებებზე, ტრადიციებზე, არსებულ პრაქტიკაზე. თითოეულ ექიმს განსხვავებული მიდგომა აქვს ერთიდაიმავე დაავადების მკურნალობის მეთოდებზე. დაავადებათა მკურნალობის ბევრი მეთოდი შეიძლება არც იყოს კლინიკურ ქმედითუნარიანობაზე წინასწარ შემოწმებული და დასაბუთებული, ან შემოწმებულია, მაგრამ ინფორმაცია არასაკმარისადაა გაერცელებული და გაგებული.

აღნიშნულის შედეგად, პაციენტთა ანალოგიური ჯგუფებისათვის ერთიდაიგივე დიაგნოზზე სხვადასხვა ექიმის მიერ დანიშნული მკურნალობის კურსი განსხვავებულია. განსხვავებულია არამარტო მეთოდები, რომელთა გამოყენება შეზღუდულია მაღალტექნოლოგიური მოწყობილობების არარსებობით ან სიძვირით, არამედ საკმაოდ იაფი და ხელმისაწვდომი სამედიცინო ჩარევებიც. აღნიშნული შეინიშნება პრაქტიკულად ყველა ქვეყანაში. ასე მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში 10 000 მოსახლეზე გათვლით (სქესის და ასაკის გათვალისწინებით) ჰისტერექტომიის რაოდენობა, რეგიონების მიხედვით ორჯერ ცვალებადობს (7,5 % ნაკლებად დასახლებულ რაიონებში, 15 % - მჭიდროდ დასახლებულ რაიონებში); ტონზილექტომიის რაოდენობა და ჰემოროიდექტომიები თითქმის ორჯერ განსხვავდება. ა.შ.შ.-ში იგივე განსხვავებები შეინიშნება სხვადასხვა საავადმყოფოებში განხორციელებულ საკეისრო კვეთების რაოდენობაშიც.

ცხადია, ასეთი ვარიანტი დაკავშირებულია სხვადასხვა საავადმყოფოების განსხვავებულ აღჭურვილობასთან, სამედიცინო პერსონალის განსხვავებულ კვალიფიკაციასთან, აგრეთვე თუ რომელი ჩარევა მიაჩნია კონკრეტულ ექიმს უფრო მიზანშეწონილად. აქვე აღსანიშნავია, რომ გარდაუვალს წარმოადგენს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შედეგიანობის შეფასებებზე ექიმების სუბიექტივიზმი, მიუხედავად იმისა, რომ სხვადასხვა მეთოდებით მიღებული შედეგები ხშირად ხარისხობრივად იდენტურია (თუმცა არსებობს რაოდენობრივი განსხვავებები). ამასთან, ეკონომიკური ანალიზის შედეგები კრიტიკულადაა დამოკიდებული ჩარევების შედეგების შეფასებებზე, საჭიროა ზუსტი და საფუძვლიანი მონაცემები, რომელთა საფუძველზე მომხმარებლისათვის შესაძლებელი იქნება წარმოდგენილი შედეგების გამოყენებაზე კვალიფიციური დასკვნის გაკეთება. სწორედ ამიტომ დღეისათვის ფართო გამოყენება ჰპოვა **მტკიცებულებებზე დაფუძნებულმა მედიცინამ**, რომელიც 80-იან წლებში დამკვიდრდა. იგი გამოხატავს ექიმთა სწრაფვას მიიღონ კლინიკური გადაწყვეტილებები არსებული სამედიცინო მონაცემებიდან საუკეთესოს არჩევის საფუძველზე. აქვე აღსანიშნავია, რომ ყველა კლინიკური რეკომენდაცია არ არის დაფუძნებული ნათულ და სანდო მტკიცებულებებზე.

სამედიცინო დახმარების შედეგიანობის სამართლიანი და დასაბუთებული რაოდენობრივი შეფასების მნიშვნელობით აიხსნება ის ფაქტი, რომ ეკონომიკური ეფექტიანობის შეფასებასთან დაკავშირებული კრიტიკული შენიშვნების დიდი ნაწილი დაკავშირებულია სამედიცინო მაჩვენებლების შეფასების არასაკმარის საფუძვლიანობასთან.

სამედიცინო დახმარების შედეგიანობის შეფასების ამოცანის გადაწყვეტა, ანუ პასუხი კითხვაზე, მოქვს თუ არა მოცემულ სამედიცინო ჩარევას უფრო სარგებელი, ვიდრე ზიანი. ამ სარგებლის შეფასება იყოფა ორ ეტაპად: შეფასების ერთი ან რამდენიმე კრიტერიუმების (შედეგების შესაფასებელი მაჩვენებლები) არჩევა და ამ მაჩვენებლების მეშვეობით დასახული მიზნების მიღწევის შეფასება.

19.4. სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობის შეფასების კრიტერიუმები

სამედიცინო პროგრამების და პროექტების შედეგები შეიძლება დაეყოს სამ ძირითად ჯგუფად:

- < პაციენტის ფიზიკური და ემოციური მდგომარეობის ცვლილებასთან დაკავშირებული შედეგები;
- < სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის და მთლიანად ჯანდაცვის სისტემის ცვლილებებთან დაკავშირებული შედეგები;
- < პაციენტის სიცოცხლის ხარისხთან დაკავშირებული ცვლილებები.

პაციენტის ფიზიკური და ემოციური მდგომარეობის ცვლილებასთან დაკავშირებული შედეგები შეიძლება შეფასდეს ისეთი მრავალი, მაგრამ გაზომვადი მაჩვენებლებით, როგორცაა შენარჩუნებული სიცოცხლის წლები, სიცოცხლის ხანგრძლივობის გაზრდა, გართულებების რაოდენობის შემცირება, სისხლის წნევის შემცირება და ა. შ. თითოეულ შემთხვევაში შეფასების მაჩვენებლების და კრიტერიუმების არჩევა დამოკიდებულია იმ მიზნებზე, რომლებიც დგას კონკრეტული პროგრამის ან პროექტის წინაშე. ასე მაგალითად, როდესაც პროგრამის ამოცანაა ჰიპერტონული დაავადებების მკურნალობა და პროფილაქტიკა, შედეგების მაჩვენებლებად შესაძლებელია ავირჩიოთ სისხლის წნევის შემცირება, ჰიპერტონული კრიზისის შემცირება, მძიმე გართულებების (ინსულტების) სიხშირის შემცირება. ნაკლები სირთულის ქირურგიული ოპერაციული ჩარევებისას, შედეგების მაჩვენებლებად შესაძლებელია ავირჩიოთ ოპერაციის შემდგომ შრომისუნარო დღეების რაოდენობა, ხოლო უფრო რთულ შემთხვევებში – შენარჩუნებულ სიცოცხლეთა რაოდენობა ან ოპერაციის შედეგად შეძენილი დამატებითი სიცოცხლის წლები. ვაქცინაციის შემთხვევაში შედეგის მაჩვენებლად შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ავადობის შემცირება, ავადმყოფებში გართულებების რაოდენობის შემცირება და ა. შ. ეკონომიკური შეფასებებისას, პროგრამების და პროექტების შედარებისას აღნიშნული მაჩვენებლების გამოყენება ადვილია. ამასთან გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ მკურნალობის ძირითადი შედეგების გაზომვისა და შედარების დროს, მხედველობაშია მისაღები გვერდითი მოვლენები – როგორც დადებითი, ასევე უარყოფითი. როდესაც პროგრამა განაპირობებს რამდენიმე ეფექტს, საჭიროა შევავსოთ თითოეული მათგანი, ხოლო შემდგომ (ეკონომიკური ანალიზის დროს) – ან ავირჩიოთ ყველაზე მთავარი მაჩვენებელი, ან იმთავითვე შევავსოთ ყველა მაჩვენებლების ცვლილებები – შესაძლებელია, ეფექტის მნიშვნელობის შესაბამისად მათ მივაკუთვნოთ ზოგიერთი წონადი კოეფიციენტები.

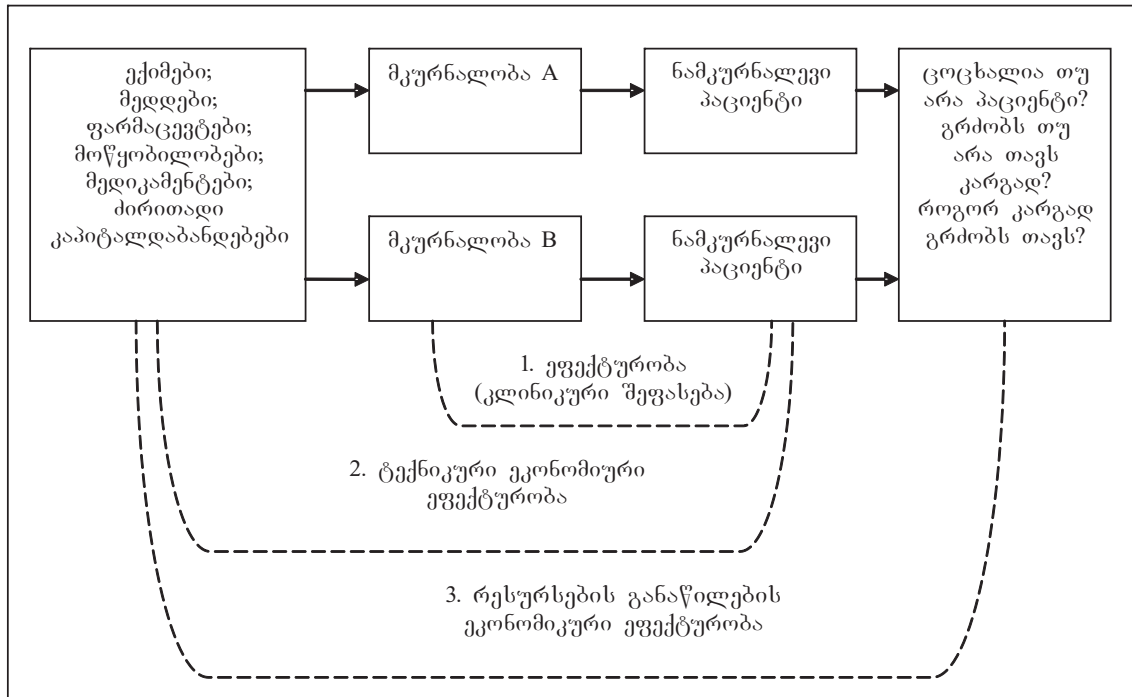
სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობის და მთლიანად ჯანდაცვის სისტემის ცვლილებებთან დაკავშირებული შედეგების მაგალითს წარმოადგენს ერთჯერადი შპრიცების შემოღება, რომელიც ამცირებს არამართო ჰეპატიტის ან შიდსის გავრცელებას, არამედ მედლის შრომასაც. ასეთი შედეგის შეფასებისას ვიყენებთ ისეთ მაჩვენებლებს, როგორცაა: პროცედურის შესრულების დრო, პაციენტთა რიცხვი (რომელთაც გარკვეული დროის განმავლობაში ჩაუტარდებათ მომსახურება) და ა.შ..

პაციენტის სიცოცხლის ხარისხთან დაკავშირებული ცვლილებები. სიცოცხლის ხარისხი განისაზღვრება მრავალი მაჩვენებლით – ტკივილის არარსებობით, სრულფასოვანი მუშაობის შესაძლებლობით, თვითმომსახურების უნარით და ა. შ.

სამედიცინო დახმარების შედეგიანობის შესაფასებლად გამოიყენება:

- < კლინიკური შეფასება;
- < ტექნოლოგიური ეკონომიკური შეფასება;
- < რესურსების განაწილების (ალოკაციური) ეკონომიკური შეფასება.

ნახაზი 1: სამედიცინო დახმარების ეფექტურობის შეფასების სტრუქტურა



კლინიკური ეფექტურობის შეფასება მიმართულია თვით პროცესის შესწავლაზე, სადაც შეტანილი რესურსებით ვიღებთ საბოლოო შედეგებს. კლინიკური შეფასება გულისხმობს მკურნალობის ტესტირებას როგორც “იდეალური” ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური მეთოდების გამოყენებით, ასევე, ჩვეულებრივი, რეალური პირობების გათვალისწინებით. კლინიკური ეფექტურობის შეფასებით შესაძლებელია გავაანალიზოთ, რამდენად სარგებელიანია დაავადების მკურნალობის მოცემული ტექნოლოგია, შესაბამისად, რამდენად დაცულია თითოეული ნამკურნალევი პაციენტის ინტერესები;

კლინიკური შეფასების იდეალურ მეთოდს წარმოადგენს რანდომული (შემთხვევითი შერჩევა) საკონტროლო გამოცდა (რსგ). მისი ძირითადი ნიშნებია:

- < მკურნალობისა და საკონტროლო ჯგუფების შედარება. პაციენტების შერჩევა მკაცრი კრიტერიუმების მიხედვით (სქესი, ასაკი, დაავადების სიმძიმე);
- < პაციენტების რანდომულად დაყოფა ორ ჯგუფად: ერთი მხრივ ნამკურნალევი პაციენტები, ხოლო მეორე მხრივ, საკონტროლო (რანდომული საკონტროლო გამოსაცდელი), შემთხვევითი არჩევის მეთოდით არჩეული პაციენტები. ტარდება ამ ჯგუფების შედარებითი ანალიზი, ისე რომ პაციენტების ინდივიდუალური მდგომარეობა გავლენას არ ახდენს შედეგზე. აღნიშნული მეთოდი საშუალებას იძლევა ერთმანეთს შევადაროთ ჩატარებული და არჩატარებული მკურნალობის შედეგები, რის საფუძველზეც განისაზღვრება მკურნალობის ეფექტურობა.
- < ექსპერტებმა, რომლებიც აფასებენ შედეგებს არ იციან, რომელ ჯგუფს მიეკუთვნება პაციენტი, ამგვარად, ექსპერტების მოლოდინი გავლენას არ ახდენს შედეგებზე.

აღსანიშნავია, რომ ეფექტურობა დამოკიდებულია პაციენტის მდგომარეობაზე რანდომული საკონტროლო გამოცდის (რსგ) მეთოდი საკმაოდ ძვირადღირებულ და რთულ მეთოდს წარმოადგენს, რის გამოც იგი უფრო მეტად მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში გამოიყენება. მეთოდის სირთულე განპირობებულია შემდეგი მოსაზრებით:

< პაციენტებმა შეიძლება არ ისურვონ ჯგუფებს შორის გადანაწილება. მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში უსაფრთხოების თვალსაზრისით ბინაზე და სტაციონარში მშობიარობის ერთმანეთთან შედარებისას, აღმოჩნდა, რომ ქალთა უმრავლესობა ერთ-ერთ ვარიანტს ანიჭებს უპირატესობას. ამდენად გაძნელდა ტესტირებაში მონაწილეობისათვის მსურველთა მოძებნა;

< პროცედურის სირთულის გამო აღნიშნული მეთოდი შესაძლებელია სირთულეს წარმოადგენდეს როგორც ორგანიზაციული, ასევე ხარჯვითი თვალსაზრისით. ჩვეულებრივ იგი გამოიყენება ლიცენზიის მიღებისათვის მედიკამენტების კლინიკური ეფექტურობის შესასწავლად;

< რსგ მეთოდი საშუალებას იძლევა სწორად შევაფასოთ მკურნალობის ეფექტურობა, მაგრამ არსებობს ზოგიერთი მოსაზრება რომლებიც ეჭვქვეშ აყენებენ მიღებულ შედეგებს. მაგალითად, **წინასწარგანზრახული შერჩევა** (როდესაც შემთხვევითი არჩევა კორუმპირებულია), **გამოვლენილი გადახრები** (როდესაც ინტერესი უფრო მეტად ერთ ჯგუფზეა გამაზვილებული, ვიდრე მეორეზე). აღნიშნული ფაქტორები არაკორექტულ შედეგებს განაპირობებენ.

იმ შემთხვევაში, როდესაც რანდომული საკონტროლო გამოცდის (რსგ) გამოყენება შეუძლებელია, იყენებენ **კონტროლირებად გამოცდას, რომელიც შემთხვევით შერჩევასთან არ არის დაკავშირებული**. ამ შემთხვევაში ჯგუფებს შორის გადანაწილება არ კონტროლდება მკვლევარის მიერ, რის გამოც, აშკარა გადახრების (დაავადების სიმძიმე) დროს ყოველთვის არსებობს გაუთვალისწინებელი შეცდომების დაშვების რისკი.

შემდგომ მეთოდს წარმოადგენს **შემთხვევების პერსპექტიულ არჩევაზე დაკვირვება**. ამ მეთოდის დროს წინასწარ ირჩევენ პაციენტებს, რომლებზეც დროის გარკვეული შუალედის განმავლობაში ახდენენ დაკვირვებას, რომლის შემდეგაც ხდება შემთხვევის აღწერა. აღნიშნული მეთოდი უფრო საიმედოა, ვიდრე რეტროსპექტიულ მიდგომაზე დაფუძნებული სხვა მეთოდები. იგი აძლიერებს წინასწარგანზრახული არჩევის დამაჯერებლობას, რომელიც დაფუძნებულია შედეგებზე ან სხვა ფაქტორზე.

პრაქტიკაში **კლინიკური გამოცდილება** (ექსპერტის აზრი) ეფექტურობის ძირითად ნიშანს წარმოადგენს. თუმცა, სხვადასხვა მიზეზთა გამო მას არასაიმედოდ მიიჩნევენ, რადგან:

< კლინიციისტებს ერთი სახის შემთხვევები უფრო უკეთესად ახსოვთ, ვიდრე სხვა სახის, რამაც შესაძლებელია შეცდომები განაპირობოს მათ მიერ მიღებულ დასკვნებში;

< მათ შეიძლება ჰქონდეთ გარკვეული პირადი დაინტერესება მკურნალობის გარკვეული ტექნოლოგიის კვლევების შედეგებში;

< რთულია განსაზღვრო რიგ შემთხვევებში თუ რით არის გამოწვეული პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება - გაწეული მკურნალობით თუ სხვა ფაქტორებით;

< მათ შეიძლება ეჭვი შეეპაროთ მკურნალობის მეთოდებში, რომლებიც უტარდებოდათ სხვადასხვა სახის პაციენტებს;

< მათი დამოკიდებულება პაციენტებთან გაელენას ახდენს მკურნალობის შედეგებზე;

< დაკვირვების ჯგუფის ზომა შეიძლება იყოს მცირე.

თანამედროვე დროს, მკურნალობის ანალოგიური მეთოდების შესწავლაზე ჩატარებული კვლევების რაოდენობა საშუალებას იძლევა სამედიცინო სამეცნიერო ორგანიზაციების მუშაობის კონცენტრირება მოხდეს ისეთ საკითხებზე, როგორცაა პრობლემატური კვლევების შესახებ სისტემატური მიმოხილვების შედგენა და მათი ეფექტური განაწილება ბიულეტენებისა და მონაცემთა ბაზების სახით.

ამ მხრივ ბევრი საშუალო ჩატარდა, მაგრამ მიზანშეწონილია, რომ შემდგომი კვლევები ეხებოდეს სხვადასხვა მხარეებს (ეკონომისტები, მკვლევარები, სამედიცინო მომსახურების მყიდველები, მენეჯერები, ექიმები) შორის თანამშრომლობის ეფექტურ ფორმებს. ასეთი ფორმის ერთ-ერთ მაგალითს წარმოადგენს მკურნალობის პროტოკოლები და გაიდლაინები, რომელიც

დაფუძნებულია საერთაშორისო სამედიცინო პრაქტიკისა და ეროვნული მოდელების საუკეთესო ნიმუშებზე. ისინი მიმართულია როგორც ექიმებს შორის კოორდინაციის გაუმჯობესებისა და მკურნალობის პროცესში თვით პაციენტის როლის გაძლიერებისაკენ.

“The Cochrane Database of Systematic Reviews” ინფორმაციის ერთ-ერთი მთავარი წყაროა, რომელიც შეიცავს კვლევების მიმოხილვას, დააუადებათა მრავალი ჯგუფის მკურნალობის პროტოკოლებს.

მოცემული მკურნალობის ქმედუნარიანობის შესახებ ინფორმაციის წარმოდგენა

ა.შ.შ-ის პროფილაქტიკური დახმარების კავშირშია შეიმუშავა სისტემა, რომელიც მკურნალობის ქმედუნარიანობის შესახებ ინფორმაციის შეჯამებას ახდენს, რისთვისაც ერთი ლერძი გამოიყენება მტკიცებულების მიმართულებისთვის, ხოლო მეორე ინფორმაციის სანდოობის გამოსახვისათვის, რის საფუძველზე კეთდება დასკვნა.

რეკომენდაციის ძალა

- A მოცემული პროცედურის გამოყენების სასარგებლოდ არსებობს კარგი მტკიცებულება
- B მოცემული მკურნალობის სასარგებლოდ არსებობს ნათელი მტკიცებულება
- C მოცემული მკურნალობის სასარგებლოდ არსებობს არცთუ ისე ცუდი მტკიცებულება
- D არსებობს ნათელი მტკიცებულება, მკურნალობის მოცემული მეთოდის საწინააღმდეგოდ
- E არსებობს არცთუ ისე ცუდი მტკიცებულება, მკურნალობის მეთოდის საწინააღმდეგოდ

მტკიცებულების ხარისხი

I დაფუძნებულია, უკიდურეს შემთხვევაში, ერთ სწორად გატარებულ შემთხვევითი შერჩევის მეთოდით კონტროლირებად გამოცდაზე;

II-1 კარგად შემუშავებული კონტროლირებადი გამოცდა შემთხვევითი არჩევის გარეშე

II-2 კარგად შემუშავებული კოჰორტა ან კონტროლირებადი შემთხვევის ანალიტიკური კვლევები, უპირატესად ერთზე მეტი კვლევის ჯგუფების მეშვეობით;

II-3 მკურნალობის ან მის გარეშე დიდი რაოდენობით გატარებული სერიები, ან ზოგ ექსპერიმენტებში დრამატული შედეგები;

III ავტორიტეტული ექსპერტების მოსაზრებები, რომლებიც დაფუძნებულია კლინიკურ ექსპერიმენტზე, აღწერილობითი ხასიათის კვლევებზე ან ექსპერტულ კომისიებზე;

IV მტკიცებულების არაადექვატურობა, რომელიც განპირობებულია მეთოდოლოგიური

სამედიცინო ეფექტურობის შესაფასებლად გამოიყენება ეკონომიკური შეფასების მეთოდები. **ტექნოლოგიური ეკონომიკური ეფექტურობის შეფასება** გულისხმობს დააუადების მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდებს შორის ყველაზე უფრო შედეგიანი მეთოდის არჩევას.

რესურსების განაწილების ეკონომიური ეფექტურობის შეფასება გულისხმობს სხვადასხვა დააუადებების მკურნალობის შედეგების შედარებას, რის საფუძველზე უპირატესობა ენიჭება იმ

დაავადებებს, რომლებიც რესურსების ერთნაირი ხარჯვის პირობებში ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უფრო მეტ სარგებელს იძლევა. მაგალითად, სად უფრო უმჯობესია მეტი თანხების განაწილება - სიმსივნის დროს ავადმყოფის მდგომარეობის შესამსუბუქებლად, თუ თირკმლის უკმარისობის სამკურნალოდ?

საკონტროლო კითხვები

1. რა არის ეფექტურობა?
2. როგორ შევაფასოთ ეფექტურობა?
3. ახსენით სამედიცინო ეფექტურობის მნიშვნელობა
4. რა წარმოადგენს ეფექტურობის საზომებს?
5. რას გულისხმობს ტექნიკური ეფექტურობა?
6. რას გულისხმობს ეკონომიკური ეფექტურობა?
7. რას გულისხმობს ალოკაციური ეფექტურობა?

ლიტერატურა

1. Richardson et al, 1998, "Skill mix changes; substitution or service development?", Health Policy, 45: 119-132
2. Шейман И.М. Экономика Здравоохранения, Москва, ТЕИС, 2001.
3. С. Витгер; Т. Енсор; Введение в Экономику Здравоохранения для Стран Восточной Европы и СНГ. Центр Экономики Здравоохранения Университет Уорка.
4. Witter S. and Ensor T. Health economics for Developing Countries. The University of York, Centre for Health Economics International Programme. Macmillan, 2000.
5. Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.

თაში XX

სამედიცინო მომსახურების ეკონომიკური შეფასება

20.1. სამედიცინო მომსახურების ეკონომიკური შეფასების მეთოდები

გასული საუკუნის ბოლო მეოთხედამდე არ ხორციელდებოდა ჯანდაცვის სერვისების ეკონომიკური ანალიზი. ჯანდაცვის სფეროს მუშაკები არ იყვნენ დაინტერესებული გაერკვიათ, როგორ შეიძლებოდა სამედიცინო მომსახურების უფრო ეფექტურად ჩატარება. სერვისების მიხედვით ანაზღაურების (Fee-for-service) სისტემით ისინი ადგენდნენ, რომელი პროცედურა იყო უფრო საჭირო ან ძვირადღირებული და არ ფიქრობდნენ მომსახურებაზე გაწეული ხარჯების და დადგენილი ფასის დაბალანსებაზე¹.

დაფინანსების პროსპექტული მეთოდების, განსაკუთრებით გლობალური ბიუჯეტირების და კაპიტაციური ანაზღაურების მეთოდების დანერგვამ მნიშვნელოვნად გაზარდა ჯანდაცვის სერვისების ეკონომიკური ანალიზის საჭიროება. როგორც ცნობილია, გლობალური ბიუჯეტირების და ასევე კაპიტაციური დაფინანსების მეთოდებით შესაძლებელია წინასწარ განსაზღვრული, შედარებით მცირე ხარჯებით დადებითი შედეგის მიღება.

სამედიცინო მომსახურების ეკონომიკური ანალიზი თავდაპირველად ევროპის ქვეყნებში დაიწყო. ა.შ.შ.-ში უკანასკნელ წლებში გაამახვილეს მასზე ყურადღება და აქტიურად დაიწყო მისი დანერგვა¹.

ჯანდაცვის სერვისების ანალიზისას ჩნდება ისეთი მარტივი კითხვები როგორცაა: “სამედიცინო მომსახურების შედეგები აღემატება თუ არა მის ღირებულებას? მოცემული სამედიცინო მომსახურება არის თუ არა საუკეთესო მომსახურების სხვა ალტერნატივებთან შედარებით?” ასეთ კითხვებზე პასუხის გაცემა არ არის ადვილი, რადგან შედეგების შეფასება საკმაოდ რთულ პროცესს წარმოადგენს. მაგრამ, მიუხედავად სიძნელეებისა, აუცილებელია მათზე პასუხის გაცემა. ცხადია, მთავარ მიზანს წარმოადგენს რესურსების ისეთი სახით განაწილება, რომ მივიღოთ მაქსიმალური შედეგი, ანუ თავიდან ავიცილოთ არასწორ გადაწყვეტილებებთან დაკავშირებული უაზრო ხარჯები და ისეთი სერვისები რომელთა ღირებულება აღემატება სარგებლიანობას. ასევე მნიშვნელოვანია, რომ ჯანდაცვის სერვისების ეკონომიკური ანალიზი გეგმირდება არა მარტო გადაწყვეტილების მისაღებად არამედ ამ გადაწყვეტილების მიღების შემდეგ მის მხარდასაჭერად¹.

ეკონომიკური შეფასება წარმოადგენს ორი ან მეტი ალტერნატივის ხარჯებისა და შედეგების სისტემატურ განსაზღვრას, გაზომვას და შედარებას.

ეკონომიკურ შეფასებას შემდეგი თავისებურებები ახასიათებს:

- < ნებისმიერი ეკონომიკური შეფასება დაკავშირებულია როგორც ხარჯების, ასევე შედეგების გაზომვასთან და შედარებასთან;
- < ეკონომიკური შეფასება ყოველთვის ხორციელდება რამდენიმე ალტერნატიული ვარიანტისათვის.

ეკონომიკური შეფასებები მკურნალობას განიხილავს, როგორც პროცესს, რომელშიც რესურსები (პერსონალი, მოწყობილობა, მედიკამენტები, ფინანსები) გამოიყენება შედეგის მისაღწევად, რომელიც ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან და პაციენტის სიცოცხლის გახანგრძლივებასთან არის დაკავშირებული. ამიტომ ნებისმიერი შეფასების აუცილებელ შემადგენელ ნაწილს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შედეგის მიღების შეფასება

წარმოადგენს. შედეგიანობის შეფასებამ უნდა განსაზღვროს, განაპირობებს თუ არა მკურნალობის პროცესი სასურველ საბოლოო შედეგებს.

შედეგიანობის შეფასება ორ ეტაპად იყოფა:

- < კლინიკური ქმედითობის შეფასება, რომელიც შეესაბამება სამედიცინო დაწესებულების იდეალურ პირობებს;
- < ტექნოლოგიური შედეგიანობის შეფასება, რომელიც შეესაბამება სამედიცინო დაწესებულების რეალურ პირობებს, ყველა თავისი ნაკლოვანებებით, მაგალითად, აუცილებელი სამედიცინო ტექნიკის არარსებობა, პაციენტების მიერ ექიმის დანიშნულების არასწორი ან არასაკმარისი შესრულება და ა. შ.

ცხადია, მეორე შემთხვევაში შედეგები შესაძლებელია ძალიან დაბალი აღმოჩნდეს. დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შედეგიანობის შეფასება საჭიროა საკუთრივ ეკონომიკური შეფასების ჩატარებამდე: რადგან იმ შემთხვევაში, როდესაც დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შედეგი არაადაქმაყოფილებელია, შემდგომ ანალიზს აზრი არ აქვს.

ამასთან, შედეგიანობის ანალიზი ჯერ კიდევ არ იძლევა დიაგნოსტიკისა თუ მკურნალობის მიზანშეწონილი ვარიანტის არჩევის შესაძლებლობას: ძალიან მაღალი შედეგი შეიძლება დაუშვებლად მაღალი ხარჯებით იქნეს მიღწეული. ამიტომ ნებისმიერი ეკონომიკური შეფასების მეორე, აუცილებელ შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს ხარჯების შეფასება.

აქვე აღსანიშნავია, რომ მხოლოდ შედეგების ან ხარჯების ანალიზი არ წარმოადგენს გადაწყვეტილების მიღების საფუძველს. უფრო მეტიც, მკურნალობის, პროცედურის, მომსახურების ერთი კონკრეტული მეთოდით ხარჯებისა და შედეგების სრული შესწავლაც არ არის საკმარისი გადაწყვეტილების მისაღებად. არჩევანი რომ საფუძვლიანი იყოს, აუცილებელია ხარჯებისა და შედეგების შედარება ყველა შესაძლებელი ალტერნატივის მიხედვით.

ყველა შესაძლებელი ალტერნატივის შედარება წარმოადგენს ნებისმიერი ეკონომიკური შეფასების მთავარ ამოცანას. მაგალითად, სამედიცინო დაწესებულებაში ახალი, ძვირადღირებული დიაგნოსტიკური მომსახურების გაწევის შესაძლებლობის ანალიზის დროს აუცილებელია მოცემული ვარიანტი შევადაროთ როგორც პაციენტთა სხვა დაწესებულებაში მიმართვის ვარიანტთან, ასევე დიაგნოსტიკის სხვა მეთოდების გამოყენების ვარიანტთან. ასეთი ვარიანტების გაუთვალისწინებლობამ შესაძლოა არარაციონალურ გადაწყვეტილებამდე მიგვიყვანოს. მაგალითად, დაწესებულება ყიდულობს ძვირადღირებულ მოწყობილობას, რომელიც შემდეგ შეიძლება მოცდეს მხოლოდ იმიტომ, რომ ადრე არსებული მოწყობილობა სრულიად აკმაყოფილებდა მოცემულ მეთოდზე დიაგნოსტიკურ მოთხოვნებს.

ამა თუ იმ ალტერნატივის მიმზიდველობა დამოკიდებულია იმ თვალსაზრისზე, რომლითაც ხდება შეფასება. ზოგიერთი ფასიანი მომსახურების მიწოდების ვარიანტი, რომელიც მიმზიდველია სამედიცინო დაწესებულებისათვის, შეიძლება სრულიად მიუღებელი აღმოჩნდეს პაციენტისათვის, სადაზღვევო ორგანიზაციისათვის ან საერთოდ საზოგადოებისათვის. ამიტომ, ეკონომიკური შეფასებისას მნიშვნელოვანია აღინიშნოს იმ მხარის თვალსაზრისი, ვისთანაც კეთდება იგი: ჯანდაცვის მართვის ორგანოები, ჯანმრთელობის დაზღვევის ორგანიზაცია, სამკურნალო დაწესებულება, პაციენტი ან საზოგადოება საერთოდ. ზოგჯერ სასარგებლოა რამდენიმე სხვადასხვა თვალსაზრისის განხილვა. მაგალითად, სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც ანალიზებს ახალი ფასიანი მომსახურების დანერგვის მიზანშეწონილობას, უნდა ცდილობდეს მოგების მიღებას (ანალიზი სამედიცინო დაწესებულების თვალსაზრისით), აგრეთვე, თავისი მომსახურების მოსახლეობისათვის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას (ანალიზი პაციენტის თვალსაზრისით). თეორიული კვლევებისას ანალიზი უმეტესად საზოგადოების თვალსაზრისით კეთდება, მაგრამ კონკრეტული საკითხების გადაწყვეტისას შესაძლებელია გამოვიყენოთ უფრო ვიწრო თვალსაზრისიც.

როდესაც სხვადასხვა თვალსაზრისით შესრულებული ანალიზის შედეგები განსხვავდებიან, შეიძლება მოიძებნოს გონივრული კომპრომისი. მაგალითად, თუ ზოგი ალტერნატივა ჯანდაცვის მართვის ორგანოებისათვის მიმზიდველად გამოიყურება, მაგრამ სამედიცინო დაწესებულების თვალსაზრისით არ არის დამაკმაყოფილებელი, ჯანდაცვის მართვის ორგანოებმა შეიძლება გადადგან მთელი რიგი პოლიტიკური ნაბიჯები, რომ აღნიშნული ალტერნატივა ექიმებისათვის უფრო მიმზიდველი გახდეს. როდესაც ფასიანი მაღალტექნოლოგიური მომსახურება მიმზიდველია სამედიცინო დაწესებულებისათვის, მაგრამ მაღალი ფასის გამო არ არის მიმზიდველი პაციენტისათვის, მაშინ სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელებმა შეიძლება იფიქრონ უკვე არსებული მომსახურების (სამედიცინო თვალსაზრისით ნაკლებად ეფექტური, მაგრამ პაციენტისათვის ხელმისაწვდომი) შენარჩუნების და ახალი მომსახურების მიწოდების შესაძლებლობაზე. ასე მოქმედებენ, მაგალითად, სტომატოლოგიური დაწესებულებები, რომლებიც პაციენტებს სთავაზობენ პლომბირებული მასალების სხვადასხვა სახეებს.

ეკონომიკური შეფასების ოთხი მეთოდი არსებობს:

- < ხარჯების მინიმიზაციის მეთოდი;
- < ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი;
- < ხარჯთ-უტილიტარული ანალიზი;
- < ხართჯ-სარგებლიანობის (ბენეფიტური) ანალიზი.

ოთხეუ მეთოდის გამოყენებისას ხორციელდება ჯანდაცვის სერვისებზე გაწეული ხარჯების და სარგებლის შედარება. ოთხეუ შემთხვევაში ხარჯების გაზომვის ერთიადიგივე მეთოდი გამოიყენება, მაგრამ სარგებლის შეფასების სტრატეგია განსხვავებულია.

ეკონომიკური შეფასების მეთოდები დამოკიდებულია კონკრეტულ სიტუაციაზე. როდესაც საჭიროა კონკრეტული დაავადების მკურნალობის მეთოდის არჩევა და მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდები ერთნაირ შედეგებს განაპირობებენ, საკმარისია შევადაროთ მკურნალობის ალტერნატიული მეთოდების ხარჯები და ამოვარჩიოთ ყველაზე ნაკლებხარჯიანი ალტერნატივა. აღნიშნულ მეთოდს **ხარჯების მინიმიზაციის მეთოდი** ეწოდება. მაგალითისათვის შეიძლება მოვიყვანოთ ვაქცინაცია, რომლის ჩატარება შესაძლებელია როგორც ბინაზე, ასევე ცენტრალ-იზებულად, სამედიცინო დაწესებულებებში.

სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებით სხვადასხვა შედეგების მიღწევისას გამოიყენება **ხარჯების ეფექტურობის ანალიზი**, რომლის დროსაც მხედველობაში მიიღება როგორც მკურნალობის შედეგი, ასევე მისი ღირებულება. მაგალითად, თირკმლის უკმარისობის მკურნალობის რომელი მეთოდაა უფრო უკეთესი: გახანგრძლივებული დიალიზის ჩატარება ან, თუ შესაძლებელია, თირკმლის ტრანსპლანტაცია? ორივე შემთხვევაში ყურადღება ექცევა მოცემული დაავადების მკურნალობის ყველაზე უფრო ეკონომიკურად ეფექტურ გზას.

როდესაც სხვადასხვა ალტერნატივის შედეგები ხარისხობრივად ერთგვაროვანია, მაგრამ რაოდენობრივად განსხვავდებიან, მათი შედარებისათვის გამოიყენება **ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი** ამ დროს ხორციელდება როგორც ხარჯების ასევე შედეგების შედარება, რომლებიც გამოხატულია ნატურალურ ერთეულებში (სიცოცხლის შენარჩუნებული წლები, საიმედო დიაგნოზების რაოდენობა და ა. შ.). ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი აგრეთვე გამოიყენება ტექნოლოგიების შედარებისათვის, რომლებიც სხვადასხვა დაავადებების სამკურნალოდ, მაგრამ ხარისხობრივად ერთგვაროვანი შედეგის მისაღწევად არის მიმართული. მაგალითად, როდესაც საქმე ეხება სიცოცხლის შენარჩუნებას ან გახანგრძლივებას, შეიძლება ერთმანეთს შევადაროთ თირკმლის დიალიზი, გულის ოპერაციები და ჰიპერტონიის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკური ღონისძიებებიც კი.

იმ შემთხვევაში, თუ სამედიცინო დახმარების გაწევის ალტერნატიული მეთოდების შედარების ძირითად საფუძველს წარმოადგენს რესურსების ეკონომია ან მიღებული სარგებლები, ანუ როდესაც

საც შედეგები ადვილად გამოისახება ფულად ექვივალენტში, **ხარჯთ-უტილიტარული ანალიზის მეთოდს** გამოიყენებენ.

ისეთი სხვადასხვა შედეგის შესადარებლად რომელიც დაკავშირებულია პაციენტების სიცოცხლის ხარისხის ცვლილებებთან, გამოიყენება **ხარჯ-სარგებლიანობის მეთოდი**.

დაწვრილებით განვიხილოთ თითოეული მეთოდი.

ეკონომიკური შეფასების პრინციპები

1. კვლევის მიზანი და მეთოდები ნათლად უნდა იყოს ჩამოყალიბებული;
2. კვლევა სულ ცოტა 2 ალტერნატივის შედარებას უნდა შეიცავდეს. უკიდურეს შემთხვევაში გათვალისწინებული უნდა იყოს მცირეხარჯიანი და ხშირად გამოყენებული ვარიანტები;
3. ალტერნატიული ვარიანტების ყველა დანაკარგები და შემოსავალი შეფასებული უნდა იყოს განსაზღვრული და შესაბამისი სახით;
4. კვლევის მოცულობა საკმარისი უნდა იყოს იმისთვის, რათა შევაფასოთ ალტერნატივებს შორის განსხვავებები;
5. ალტერნატივების ზღვრული შემოსავლები და დანაკარგები შეფასებული უნდა იყოს;
6. მომავალი დანაკარგები და შემოსავლები შესაბამისი სახით დისკონტირებული უნდა იყოს;
7. უნდა ჩატარებულ იქნას მგრძობელობის დეტალური ანალიზი.

წყარო: Coyle & Davies: Reproduced with permission from Drummond & Maynard, *Purchasing and providing cost-effective health care*. 1993 Churchill Livingstone

ცხრილი 1: ეკონომიკური შეფასების მეთოდები

ეკონომიკური ანალიზის სახე	ალტერნატიულ პროგრამებზე დანახარჯების მანვენებლები (გაზომვის ერთეულები)	შედევების თანხვედრა (ან განსხვავება)	შედევების მანვენებლები (გაზომვის ერთეულები)
ხარჯების მინიმიზაციის ანალიზი	ფულადი ექვივალენტი (ლარი)	პროგრამების შედეგები ერთნაირია	არა
ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი	ფულადი ექვივალენტი (ლარი)	არის ერთიანი (მთავარი) შედეგის ეფექტი, რომელიც საერთოა ალტერნატიული პროგრამებისათვის, მაგრამ მისი მიღწევის ხარისხი ალტერნატიული პროგრამებისათვის სხვადასხვაა	ნატურალური მანვენებლები (სიცოცხლის დამატებითი წლები, შრომისუნარობის დღეების შემცირება და ა. შ.)
ხარჯთ-უტილიტარული ანალიზი	ფულადი ექვივალენტი (ლარი)	არ არის აუცილებელი, რომ ალტერნატიული პროგრამების შედეგების ეფექტები ემთხვეოდეს ერთნაირი შედეგების მიღწევის ხარისხი შეიძლება განსხვავებული იყოს სხვადასხვა ალტერნატიული პროგრამებისათვის	ფულადი ექვივალენტი (ლარი)
ხარჯთ-სარგებლიანობის ანალიზი	ფულადი ექვივალენტი (ლარი)	არ არის აუცილებელი, რომ ალტერნატიული პროგრამების შედეგების ეფექტები ემთხვეოდეს ერთნაირი შედეგების მიღწევის ხარისხი შეიძლება განსხვავებული იყოს სხვადასხვა ალტერნატიული პროგრამებისათვის	ჯანმრთელი სიცოცხლის დღეები, ან ჯანმრთელი სიცოცხლის დღეები ხარისხის გათვალისწინებით

20.2. ხარჯთ-მინიმიზაციის მეთოდი

ხარჯთ-მინიმიზაციის ანალიზი წარმოადგენს მკურნალობის ალტერნატიული ფორმების ხარჯების შედარების მეთოდს, როდესაც მკურნალობის ამ ალტერნატიული ფორმებით მიიღწევა ერთნაირი კლინიკური ეფექტურობა.

ხარჯთ-მინიმიზაციის მეთოდი ეკონომიკური ანალიზის ყველაზე მარტივ სახეს წარმოადგენს. მეთოდის ძირითადი პრობლემაა მტკიცებულებების არ ქონა, რომლის გარეშეც ძნელია ალტერნატივის ამორჩევა.

ხარჯთ-მინიმიზაციის მეთოდი ორი ეტაპისაგან შედგება.

< მკურნალობის ალტერნატიული ვარიანტების ერთნაირი, იდენტური შედეგების დადგენა;
 < თითოეული ალტერნატივის შესაძლო ხარჯების განსაზღვრა;
 < ალტერნატიული ვარიანტების ხარჯების შედარება;
 < ყველაზე ნაკლებხარჯიანი ალტერნატივის არჩევა, რომლის შედეგი ისეთივე ეფექტურია როგორც სხვა ძვირადღირებული ალტერნატივების.

მას შემდეგ, რაც დასაბუთდება მკურნალობის ალტერნატიული ვარიანტების ერთნაირი, იდენტური შედეგები, ხორციელდება თითოეული ალტერნატივის შესაძლო ხარჯების განსაზღვრა, ხოლო შემდეგ ალტერნატიული ვარიანტების ხარჯების შედარება. ბოლოს ტარდება ყველაზე ნაკლებხარჯიანი ალტერნატივის არჩევა, რომლის შედეგი ისეთივე ეფექტურია როგორც სხვა ძვირადღირებული ალტერნატივების. ეკონომიკურად უფრო ეფექტურ სერვისად ითვლება სამედიცინო მომსახურების ისეთი სახე, რომელიც მოითხოვს შედარებით ნაკლები ხარჯებს.

მაგალითად, მუცლის ღრუს ოპერაციისას სამი საანესთეზიო საშუალებებიდან (პროპოფოლი, თიოპენტალი და იზოფლურონი) ნაკლებხარჯიანი ანესთეზიის საშუალების არჩევა. კვლევებით დადგინდა, რომ პროპოფოლის გამოყენება ხარჯებს 48 დოლარით ამცირებდა. ასევე, მისი გამოყენების შემდეგ აღინიშნებოდა ნაკლები გვერდითი ეფექტები. ეკონომიკური ანალიზის შემდეგ განხორციელდა პროპოფოლის, როგორც სტანდარტული ანესთეტიკის საავადმყოფოში დანერგვა.

ხარჯთ-მინიმიზაციის ანალიზის (აგრეთვე უწოდებენ “ხარჯების ანალიზს”, “ხარჯთ-შედარების ანალიზი”) მაგალითს წარმოადგენს დიაგნოსტიკური პროცედურები ან შედარებით ნაკლები სირთულის ოპერაციები, რომლებიც ამბულატორიულ ან სტაციონარულ პირობებში სრულდება, მედიკამენტოზური მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდები, რომლებიც ერთნაირ შედეგს იძლევა.

სამწუხაროდ, ზოგჯერ ხარჯთ-მინიმიზაციის ტერმინით სარგებლობენ ისეთი შედეგების ძიების აღსანიშნავად, რომლებიც განაპირობებენ ფულადი საშუალებების ეკონომიას გარკვეული დამატებითი ეფექტების (მაგ., ჰოსპიტალიზაციაზე მოთხოვნილების შემცირება) ხარჯზე. ასეთ შემთხვევაში უფრო მიზანშეწონილი და სწორია საშუალებების ეკონომიის (cost-saving) ტერმინის გამოყენება.

როგორც ზემოთ აღინიშნა, ამა თუ იმ ალტერნატიული მეთოდის მიმზიდველობა დამოკიდებულია იმ თვალსაზრისზე, რომლითაც ხდება შეფასება. ასე მაგალითად, პაციენტის ექიმთან ან სამედიცინო დაწესებულებაში მისასვლელად საჭირო სატრანსპორტო ხარჯებს მნიშვნელობა აქვს პაციენტისათვის, მაგრამ სამედიცინო დაწესებულებისათვის მას მნიშვნელობა არ აქვს. სადაზღვეო კომპანია, რომელიც სამედიცინო დაწესებულებას უხდის მომსახურების თანხებს, შეიძლება შემოიფარგლოს მომსახურების საერთო ღირებულების განხილვით, მაშინ როდესაც სამედიცინო დაწესებულების ეკონომისტისათვის მთავარია ხარჯების დეტალური ანალიზი.

სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ზოგიერთი დანახარჯი (მედიკამენტები, ნედლეული, კვება, სპეციალური პროცედურები) ადვილად შეგვიძლია დაუუკავშიროთ მკურნალობის ამა თუ იმ სახეს. მაგრამ არსებობს ზოგიერთი დანახარჯი (მაგ., ავტომანქანა, დამხმარე ნაგებობები, ადმინისტრაცია, რეგისტრატურა, ბუღალტერია, სამრეცხაო), რომელიც შეიძლება პირდაპირ არ იყოს დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურებასთან, მაგრამ ამ ხარჯების გარეშე სამედიცინო დაწესებულების მუშაობა შეუძლებელია. ამიტომ მნიშვნელოვანია ამ ზედნადები ხარჯების შესაბამისი წილის სამედიცინო მომსახურების თითოეულ სახეებზე განაწილება.

ასეთი ხარჯების განაწილების მარტივ მეთოდს წარმოადგენს ზოგიერთი მიახლოებითი წესის შესაბამისად მათი განაწილება. მაგალითად, კომუნალური ხარჯები შეიძლება განაწილდეს გამოყენებული ფართის და ფართის გამოყენების დროის პროპორციულად, ხარჯები ტრანსპორტზე – გავლილი მანძილის ან ტრანსპორტის გამოყენების დროის მიხედვით,

რენტგენოლოგიური სამსახურის ანაზღაურების ხარჯები – გადაღებული რენტგენის სურათების რაოდენობის პროპორციულად.

განვიხილოთ ერთ წლამდე ბავშვთა ვაქცინაციის ორი ვარიანტი: პოლიკლინიკაში და ბინაზე. პოლიკლინიკური მიდგომა მოიცავს დაწესებულების ფართისა და პერსონალის სამუშაო დროის გამოყენებას. აღნიშნულ მაგალითში პოლიკლინიკის პროცედურების კაბინეტი ვაქცინაციაზე მუშაობს კვირაში ორი დღე 4 სთ-ის განმავლობაში. კაბინეტში მუშაობს ერთი მედლა, რომლის ხელფასი შეადგენს 700 ლარს თვეში (ხუთდღიანი სამუშაო კვირა, რეასაათიანი სამუშაო დღე). დანარჩენ დროს მედლა ასრულებს სხვა პროცედურებს. კაბინეტის შენახვა ღირს 1200 ლარი თვეში. ვაქცინის შენახვა მაცივარში შეადგენს 25 ლარს თვეში. სხვა მუდმივი ხარჯები შეადგენს 10 ლარს თვეში.

განსხვავებულ მიდგომასთან გვაქვს საქმე ვაქცინაციის ბინაზე ჩატარებისას. იგი მოიცავს ადგილებზე გასასვლელად ტრანსპორტის გამოყენებას, რომელიც სპეციალურად ამ მიზნისათვის არის შექმნილი და ამ პროცესის ჩატარებისათვის პერსონალის მიერ გახარჯულ დროს.

გასვლითი ვაქცინაციისას მედლა სახლში აკითხავს ბავშვებს. მედლის დროის დანახარჯი შეადგენს საშუალოდ 30 წთ-ს ერთ ვაქცინაციაზე. სატრანსპორტო ხარჯები შეადგენს საშუალოდ 10 ლარს ვაქცინაციაზე. ვაქცინის ერთი დოზა ღირს 30 ლარი. ორივე ალტერნატივის დანარჩენი ხარჯები ერთნაირია. რომელი ალტერნატივაა უფრო სარგებელიანი?

პასუხის გასაცემად საჭიროა გავთვალოთ ვაქცინაციის თითოეული ვარიანტის მუდმივი და ცვლადი ხარჯები. ამასთან შეიძლება არ გავითვალისწინოთ ისეთი ხარჯები, რომლებიც ერთნაირია ორივე ალტერნატივისთვის.

მუდმივი ხარჯები. პოლიკლინიკის შემთხვევაში ეს უპირველეს ყოვლისა არის კაბინეტის შენახვის ხარჯები. ვაქცინაციისათვის გამოიყენება კაბინეტის სამუშაო დროის 1/5 ნაწილი, ასე რომ ვაქცინაციაზე განკუთვნილია $1200/5 = 240$ ლარი თვეში. ასევე, საპროცედურო კაბინეტში მომუშავე მედლის სამუშაო დროის 1/5 ნაწილი გამოიყენება ვაქცინაციაზე. შესაბამისად, ვაქცინაციაზე იხარჯება მედლის ხელფასის $700/5 = 140$ ლარი. ვაქცინაციის შენახვაზე მაცივრის დანახარჯები და სხვა ხარჯები შეადგენს 35 ლარს თვეში. შესაბამისად მუდმივი ხარჯები შეადგენს $240 + 140 + 35 = 415$ ლარი.

გასვლითი ვაქცინაციისას ამ მუდმივი ხარჯებიდან რჩება მხოლოდ დანახარჯები მაცივარზე და სხვა ხარჯები, ანუ 35 ლარი თვეში.

ცვლადი ხარჯები. პოლიკლინიკაში ვაქცინაციისას ცვლად ხარჯს წარმოადგენს ხარჯები ვაქცინაზე, ანუ 30 ლარი ყოველ აცრილ ბავშვზე.

გასვლითი ვაქცინაციის შემთხვევაში ცვლადი ხარჯები შედგება სატრანსპორტო ხარჯებისგან, მედლის ვაქცინაციაზე დახარჯული დროის ანაზღაურებისგან და საკუთრივ ვაქცინის ღირებულებაზე. თუ ჩავთვლით, რომ მედლა მუშაობს თვეში 22 დღე, ყოველდღიურად 6 საათის განმავლობაში, მივიღებთ ერთ ვაქცინაციაზე გათვლით მედლის ანაზღაურებას.

$$700 / 22 / 6 = 2,65 \text{ ლარი ერთ ვაქცინაციაზე.}$$

$$\text{ჯამური ცვლადი დანახარჯები უდრის: } 30 + 10 + 2,65 = 42,6 \text{ ლარი ვაქცინაციაზე}$$

ცხრილი 2: პოლიკლინიკური კამპანიის წლიური ხარჯები (ა.შ.შ. დოლარი)

ხარჯის სახე	პოლიკლინიკა			ბინა
	სულ ღირებულება	ალოკაცია	ალოკაციური ღირებულება	
მუდმივი ხარჯი				
კაბინეტის შენახვა	1200	1/5	240	
სხვა მუდმივი ხარჯი			10	10
ცივი შენახვა			25	25
პერსონალი	700	1/5	140	
სულ მუდმივი ხარჯი			415	35
ცვლადი ხარჯები				
პერსონალი				2,65 (1 ვაქცინაზე)
სატრანსპორტო ხარჯი				10 (1 გასვლაზე)
1 დონა ვაქცინა			30	30

საერთო დანახარჯები შედგება მუდმივი და ცვლადი დანახარჯებისგან. გამოთვალეთ 30 და 50 ვაქცინაციის ხარჯი პოლიკლინიკაში და ბინაზე.

30 ვაქცინაციის ხარჯი პოლიკლინიკაში = $415 + 30 \times 30 = 1315$ ლარი

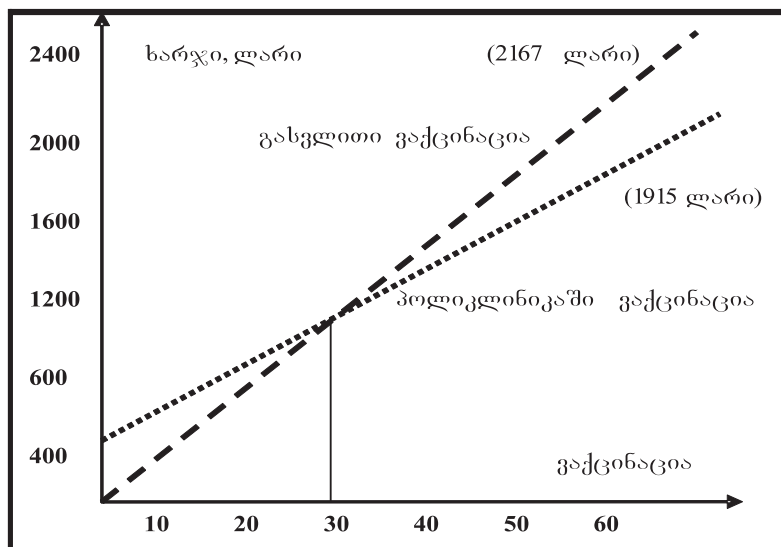
30 ვაქცინაციის ხარჯი ბინაზე = $35 + (2,65 \times 30) + (10 \times 30) + (30 \times 30) = 1314,5$ ლარი

100 ვაქცინაციის ხარჯი პოლიკლინიკაში = $415 + 50 \times 30 = 1915$ ლარი

1000 ვაქცინაციის ხარჯი ბინაზე = $35 + (2,65 \times 50) + (10 \times 50) + (50 \times 30) = 2167$ ლარი

როგორც გათვლებიდან გამომდინარეობს ვაქცინირებულ ბავშვთა მცირე რაოდენობისას უფრო ხელსაყრელია გასვლითი ვაქცინაცია, ხოლო 30-ზე მეტი ვაქცინირებულთა რაოდენობისას უფრო ხელსაყრელია პოლიკლინიკაში ვაქცინაცია.

ნახაზი 1: ხარჯების დამოკიდებულება ვაქცინირებულთა რაოდენობაზე



20.3. ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი (Cost Effectiveness Analysis - CEA)

ჩვეულებრივ, ხშირად დგება ისეთი სიტუაცია, როდესაც საჭიროა მკურნალობის ისეთი მეთოდების შედარება, რომელთაც აქვთ სხვადასხვა კლინიკური ეფექტურობა, ანუ სხვადასხვა ხარჯები და შედეგები. მკურნალობის ერთერთი მეთოდი საშუალებას იძლევა მიღწეულ იქნეს უფრო გამოხატული სამკურნალო ეფექტი დამატებითი (ინკრემენტული) ხარჯების მეშვეობით. ასეთ შემთხვევაში საჭიროა სამედიცინო ჩარევების ეფექტურობის ეკონომიკური შეფასების უფრო რთული მეთოდის გამოყენება – ხარჯების ეფექტურობის, ანუ ეფექტურობის ღირებულებითი ანალიზი.

ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი წარმოადგენს მკურნალობის ალტერნატიული ფორმების შედარების მეთოდს, რემელთაც აქვთ სხვადასხვა კლინიკური ეფექტურობა.

- < თითოეული ალტერნატივის შესაძლო ღირებულების დადგენა;
- < თითოეული ალტერნატივის შესაძლო შედეგის დადგენა;
- < იმ ალტერნატივის დამატებითი ხარჯების სიდიდის განსაზღვრა, რომელიც გვაძლევს ყველაზე უფრო დადებით შედეგს;

ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი შემდეგი ეტაპებისაგან შედგება:

ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზის საშუალებით ფასდება დამატებითი ხარჯების სიდიდე, რომლებიც საჭიროა მკურნალობის მოცემული მეთოდის გამოყენებით ჯანმრთელობის მდგომარეობის დამატებითი უპირატესობების მისაღწევად. ასეთ შემთხვევაში ეკონომიკურად უფრო ეფექტურ მეთოდად ითვლება ისეთი მეთოდი რომელიც:

- < მოითხოვს შედარებით ნაკლებ ხარჯებს, მაგრამ ამასთან, წარმოადგენს ეფექტურს;
- < წარმოადგენს უფრო ეფექტურს, მაგრამ უფრო ძვირადღირებულს, და მისი დამატებითი უპირატესობები ამართლებენ დამატებით ხარჯებს;
- < წარმოადგენს ნაკლებად ეფექტურს, მაგრამ ნაკლებად ძვირადღირებულს, ამასთან მეორე, კონკურენტული სამედიცინო ჩარევის დამატებითი უპირატესობები არ ამართლებენ დამატებით ხარჯებს;

მაგალითად, დავადგინოთ სიგარეტის თავის დასანებებლად ნიკოტინის დასაკრობის გამოყენების ხარჯ-ეფექტურობა. ამისათვის საჭიროა ამ ინტერვენციის ფასის დადგენა, აგრეთვე, ასეთი ჩარევისას მწვევლებში რამდენი პროცენტით იზრდება სიგარეტის თავის დანებება. ინტერვენციის მთლიანი ღირებულების დასადგენად საჭიროა დადგინდეს: ა) ნიკოტინის დასაკრობის ფასი; ბ) ექიმთან დამატებითი კონსულტაციების ფასი (თუ არის ამის საჭიროება); გ) სიგარეტის თავის დასანებებლად ნიკოტინის დასაკრობის ხანგრძლივობის დადგენა. კვლევებმა აჩვენა, რომ 8 კვირიანი მკურნალობისათვის საჭიროა 224 დოლარი, აგრეთვე ექიმთან 5 წუთიანი კონსულტაცია რომელიც ღირს 11,64 დოლარი.

პაციენტების 22 %, რომლებიც იყენებენ ნიკოტინის დასაკრობს და ექიმთან დადიან კონსულტაციებზე, 6 თვის განმავლობაში ანებებენ თავს მოწევას, ხოლო თუ მხოლოდ ექიმთან დადიან კონსულტაციებზე 6 თვის განმავლობაში 9 % ანებებს თავს სიგარეტს. აქვე აღსანიშნავია, რომ მიუხედავად მაღალი ხარჯებისა, ერთი წლის შემდეგ პაციენტების დაახლოებით მესამედი კვლავ იწყებენ მოწევას, ასევე გასათვალისწინებელია ის გარემოებაც, რომ ზოგიერთი ასეთი ჩარევის გარეშეც ანებებს თავს ნიკოტინის მოხმარებას. ნიკოტინის მოხმარებაზე თავის დანებებას აქვს ჯანმრთელობაზე ძლიერი დადებითი ეფექტი, ამიტომაც ასეთი ინტერვენცია მიუხედავად მაღალი ხარჯებისა მაინც ხარჯთ-ეფექტურია. 40-44 წლის მამაკაცებისათვის სიცოცხლის ერთი დამატებითი წელი ჯდება 993-1876 დოლარი, ხოლო იმავე ასაკის ქალბატონებისათვის 1770-3293 დოლარი.

ხარჯთ-ეფექტური ანალიზის შედეგად ვღებულობთ შეფარდებას “ღირებულება/ეფექტურობა”, რომელიც გვიჩვენებს, თუ რა დამატებითი ფულადი საშუალებაა საჭირო დამატებითი უპირატესობის მისაღებად. ხარჯთ-ეფექტური ანალიზის დროს მკურნალობის ღირებულება (ხარჯები) გამოისახება მონეტარულ ერთეულებში, ხოლო ეფექტურობა - არამონეტარულ (ნატურალურ) ერთეულებში (მაგ., წელიწადში ერთი გადარჩენილი სიცოცხლე, ერთი გამწვავებული დაავადების აღმოფხვრა, გარკვეული სიმპტომის გამოხატულობის შემცირება...).

აღნიშნული შეფარდება “ღირებულება/ეფექტურობა”, გამოისახება ფორმულით:

$$K_{CE} = C/E = (C2 - C1) / (E2 - E1)$$

სადაც C/E - არის შეფარდება “ღირებულება/ეფექტურობა”, ანუ, ხარჯთ-ეფექტურობის კოეფიციენტი, $C2$ და $C1$ - შესაბამისად პირველი და მეორე სამედიცინო ჩარევის საერთო ღირებულება, ხოლო $E2$ და $E1$ - შესაბამისად პირველი და მეორე სამედიცინო ჩარევის ეფექტურობა, რომელიც გამოისახება ნატურალური ერთეულებით (ჩვეულებრივ სიცოცხლის ხანგრძლივობა წლებში).

ამგვარად, ხარჯთ-ეფექტურობის კოეფიციენტი უდრის პროგრამის (პროცედურების, მომსახურების) ხარჯების შეფარდებას შედეგის ეფექტურობასთან, რომელსაც გამოსახავენ ნატურალურ ერთეულებში.

დავუშვათ, მკურნალობის “ა” მეთოდის ღირებულებაა 5000 ლარი, ხოლო მკურნალობის “ბ” მეთოდის ღირებულებაა 10000 ლარი. “ა” მეთოდის გამოყენების შედეგად სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა შეადგენს 3 წელს, ხოლო “ბ” მეთოდის გამოყენებისას - 5 წელს. ხარჯების ეფექტურობის ეკონომიკური ანალიზი, ანუ ეფექტურობის ღირებულებითი ანალიზი მოიცავს შემდეგ გათვლას: “ღირებულება/ეფექტურობა” = $(10000 - 5000) / (5 - 3) = 2500$ ლარს სიცოცხლის ერთ გადარჩენილ წელზე.

ხარჯის თითოეულ ერთეულზე ეფექტურობის ანალიზის შედეგად ვღებულობთ შეფარდებას “ეფექტურობა/ღირებულება”,

აღნიშნული შეფარდება “ეფექტურობა/ღირებულება”, გამოისახება ფორმულით:

$$K_{EC} = E/C = (E2 - E1) / (C2 - C1)$$

სადაც E/C - არის შეფარდება “ეფექტურობა/ღირებულება”, ანუ, ხარჯის ერთეულზე ეფექტურობის კოეფიციენტი, $C2$ და $C1$ - შესაბამისად პირველი და მეორე სამედიცინო ჩარევის საერთო ღირებულება, ხოლო $E2$ და $E1$ - შესაბამისად პირველი და მეორე სამედიცინო ჩარევის ეფექტურობა, რომელიც გამოისახება ნატურალური ერთეულებით (ჩვეულებრივ სიცოცხლის ხანგრძლივობა წლებში).

ამგვარად, ხარჯთ-ეფექტურობის კოეფიციენტი K_{EC} უდრის უდრის ნატურალურ ერთეულებში გამოსახული პროგრამის შედეგის შეფარდებას ამ პროგრამის ხარჯებზე.

ეფექტურობის ერთ-ერთ ერთეულად ხშირად გამოიყენება შენარჩუნებულ სიცოცხლეთა რაოდენობა ან გადარჩენილი სიცოცხლის წლები. გადარჩენილი სიცოცხლის წლების მაჩვენებელი უფრო ობიექტურ შედეგს იძლევა, რადგანაც გვიჩვენებს მკურნალობის შედეგად გადარჩენილი სიცოცხლის ხანგრძლივობას. თუმცა მის გამოსათვლელად საჭიროა სიკვდილობის დონის და გართულებების შესახებ დეტალური ინფორმაციის ქონა. ამ მონაცემების მისაღებად მკვლევარები ხშირად მიმართავენ სტატისტიკას, რომელიც მოყვანილია შესაბამისი დაავადებების მკურნალობის კლინიკურ რეკომენდაციებში. აქვე აღსანიშნავია, რომ ზოგადი სტატისტიკის კონკრეტულ სიტუაციაში გამოყენება გარკვეულ სიფრთხილეს მოითხოვს. ეფექტურობის მაჩვენებლად შენარჩუნებული სიცოცხლის წლების რაოდენობა შეიძლება გამოყენებულ იქნეს მაგალითად, პროფილაქტიკური პროგრამების (მაგ., სიცოცხლისათვის საშიში დაავადებების გაფრცელების საწინააღმდეგო ვაქცინაციები) შესაფასებლად. მაგალითად, ტუბერკულოზის მკურნალობის შემთხვევაში, თუ განხორციელდა სხვა 10 ადამიანის მიერ დაავადების შემდგომი გაფრცელების, ანუ ტრანსმისიის პრევენცია, მიიღება მნიშვნელოვანი სარგებელი.

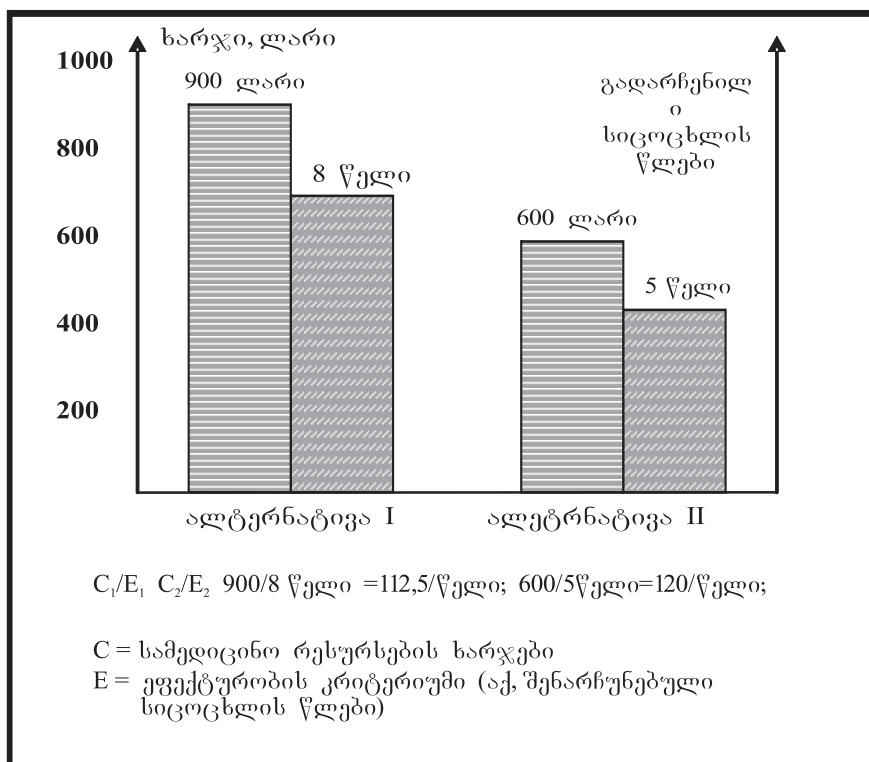
ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზის მეთოდი აგრეთვე ხელსაყრელია გამოვიყენოთ ზოგიერთი შუალედური პროგრამების (მაგ., დიაგნოსტიკური) ეფექტურობის შესაფასებლად. ამ შემთხვევაში ეფექტურობის მაჩვენებელი ახასიათებს არა მკურნალობის შედეგს, არამედ გამოკვლევის შედეგიანობას: სწორი დიაგნოზების რაოდენობა, ანალიზების რაოდენობა, რომლებიც შესაძლებელია განხორციელდეს დროის გარკვეულ პერიოდში და ა. შ.

განვიხილოთ ასეთი მაგალითი, ვადარებთ ორ პროგრამას, რომლებიც მიზნად ისახავენ ავადობის შემცირებას. ხარჯთ-ეფექტურობის კოეფიციენტები პირველი და მეორე პროგრამისათვის შესაბამისად შეადგენენ $K_{CE} = 123$ -ს და $K_{CE} = 125$, ისმება კითხვა: რომელი პროგრამაა ეკონომიკურად უფრო ეფექტური? ცხადია, პირველი პროგრამა უფრო ხარჯთეფექტურია.

მოვიყვანოთ მეორე მაგალითი: ვადარებთ ორ პროგრამას, რომლებიც მიმართულია ავადობის შემცირებისკენ. ხარჯის ერთეულზე ეფექტურობის კოეფიციენტები პირველი და მეორე პროგრამისათვის შესაბამისად შეადგენს $K_{EC} = 0,13$ -ს და $K_{EC} = 0,15$, ისმება კითხვა: რომელი პროგრამაა ეკონომიკურად უფრო ეფექტური? ამ შემთხვევაში, მეორე პროგრამა უფრო ხარჯთ-ეფექტურია.

ხარჯთ-ეფექტურობის კოეფიციენტი გვიჩვენებს, თუ რამდენი თანხა უნდა დაიხარჯოს შედეგის ერთეულის მისაღებად. ხარჯის ერთეულზე ეფექტურობის კოეფიციენტი გვიჩვენებს, თუ რა შედეგი იქნება მიღებული პროგრამის რეალიზაციაზე დახარჯულ თითოეულ ლარზე. ამიტომ რაც უფრო მაღალია ხარჯთ-ეფექტურობის კოეფიციენტი, მით უფრო დაბალია პროგრამის ეკონომიკური ეფექტურობა, და, პირიქით, რაც უფრო მაღალია შედეგი ხარჯის ერთეულზე, მით უფრო მაღალია პროგრამის ეფექტურობა.

ნახაზი 2: ხარჯთ-ეფექტურობის გამოთვლა



განვიხილოთ ხარჯთ-ეფექტურობისა და ხარჯის ერთეულზე ეფექტურობის კოეფიციენტების გამოთვლის მაგალითები.

ერთმანეთს შევადაროთ მოსახლეობის ვაქცინაციის პროგრამა და ალტერნატივა “არაფერი ვაკეთოთ”. დაუშვათ, რომ 1000 ადამიანის ვაქცინაცია ღირს $C = 100\,000$ ლარი. დაავადების შემთხვევაში სიკვდილობის ალბათობა შეადგენს 5 %-ს. ვაქცინაციის არარსებობისას (ალტერნატივა “არაფერი არ ვაკეთოთ”) ავადდება რისკის ჯგუფის (მაგალითად, ეპიდემიის რაიონში

მცხოვრები) მოსახლეობის 50 %. ვაქცინაციის შემთხვევაში ავადობის ალბათობა მცირდება 10 %-მდე, ხოლო სიკვდილობის ალბათობა ავადობის შემთხვევაში არ იცვლება. ვაქცინაციის პროგრამის მთავარ ეფექტს წარმოადგენს – მოსახლეობის სიცოცხლის შენარჩუნება. გამოთვალეთ ხარჯთ-ეფექტურობისა და “ხარჯის ერთეულზე ეფექტურობის” მაჩვენებლები.

გათვლებისათვის აუცილებელია გამოთვალეთ ვაქცინაციისა და მის გარეშე სიკვდილობის რაოდენობა. ვაქცინაციის არარსებობისას 1000 ადამიანიდან ავადდება $1000 \times 50 / 100 = 500$ ადამიანი, მათგან $500 \times 5 / 100 = 25$ ადამიანი მოკვდება. ვაქცინაციისას ჩატარებისას, დაავადდება, შესაბამისად, $1000 \times 10 / 100 = 100$ ადამიანი, ხოლო გარდაიცვლება $100 \times 5 / 100 = 5$ ადამიანი.

ამგვარად, ვაქცინაციის ჩატარებისას შესაძლებელი იქნება $E = 25 - 5 = 20$ სიცოცხლის შენარჩუნება. ამგვარად, ხარჯთ-ეფექტურობის კოეფიციენტი შეადგენს $K_{CE} = C/E = 100000/20 = 5000$ ლარს ყოველ შენარჩუნებულ სიცოცხლეზე, ხოლო “ხარჯის ერთეულზე ეფექტურობის” კოეფიციენტი შეადგენს $K_{EC} = E/C = 20/100000 = 0,002$ სიცოცხლეს ყოველ დახარჯულ ლარზე.

ხარჯთ-ეფექტურობის გათვლის განხილული მაგალითი, ცხადია, საკმაოდ უხეშს წარმოადგენს: იგი არ ითვალისწინებს, მაგალითად, ავადმყოფებზე დანახარჯებს, ან შესაძლო გართულებებს (დაავადების გართულებებს ან ვაქცინაციის ალერგიულ რეაქციას). მაგრამ ასეთი უხეშობა შეფასებაც კი სარგებელიანია, ვიდრე გათვლების საერთოდ არარსებობა.

განვიხილოთ მეორე მაგალითი, გამოთვალეთ ინფექციური დაავადების პროფილაქტიკისათვის საჭირო ორი ვაქცინის გამოყენების ხარჯთ-ეფექტურობის კოეფიციენტი (K_{CE}). A ვაქცინის ერთი დოზა ღირს 70 ლარი, ხოლო მისი გამოყენებისას იმუნისაციის დონე აღწევს 80%-ს. B ვაქცინის ერთი დოზა ღირს 80 ლარი, ხოლო მისი გამოყენებისას იმუნისაციის დონე აღწევს 95%-ს. ვაქცინაციის არარსებობისას, ეპიდემიის დროს, ავადდება მოსახლეობის 50%.

ხარჯთ-ეფექტურობის კოეფიციენტის გათვლისათვის საჭიროა შევავსოთ დაავადებიანობის შემცირება და შესაბამისი ხარჯები ორივე სახის ვაქცინის გამოყენებისას. დაუშვათ, ვაქცინაცია უტარდება 1000 ადამიანს. ვაქცინაციის არარსებობის ავადდება 500 ადამიანი. A ვაქცინის გამოყენებისას დაავადებიანობა მცირდება 80%-ით, ანუ 400 ადამიანით, ხოლო B ვაქცინის გამოყენებისას დაავადებიანობა მცირდება 95%-ით, ანუ 475 ადამიანით. ამავე დროს, ხარჯები 1000 ვაქცინირებულზე A ვარიანტისას შეადგენს 70000 ლარს, ხოლო B ვარიანტის – 80000 ლარს.

ამგვარად, A ვაქცინის გამოყენებისას ხარჯთ-ეფექტურობის კოეფიციენტი - $(K_{CE})_A = 70000/400 = 175$ ლარს დაავადების აღმოფხვრილ შემთხვევაზე, ხოლო B ალტერნატივის დროს ხარჯთ-ეფექტურობის კოეფიციენტი - $(K_{CE})_B = 80000/475 = 168,72$ ლარს დაავადების აღმოფხვრილ შემთხვევაზე. ხარჯთ-ეფექტურობის კოეფიციენტების შედარება გვიჩვენებს, რომ B ვარიანტი უფრო ნაკლებ-ხარჯიანია დაავადების ყოველ აღმოფხვრილ შემთხვევასთან მიმართებაში და შესაბამისად უფრო ეფექტურს წარმოადგენს.

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში ნაჩვენებია მალარიის საწინააღმდეგო ორი ღონისძიების, კერძოდ, სპეციფიკური ნივთიერებების ჰაერში გასხურების და სპეციფიკური ნივთიერებებით გაჟღენთილი კარვების გამოყენების ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი. როგორც ანალიზიდან ჩანს, მალარიასთან ბრძოლის მაღალი ეფექტურობით ხასიათდება სპეციფიკური ნივთიერებებით გაჟღენთილი კარვების გამოყენება, რადგან ამ პროგრამაზე შედარებით ნაკლები ხარჯები გამოყოფილი.

ცხრილი 3: ხარჯთ-ეფექტური ანალიზის მონაცემები, მალარიის შემთხვევა

	სპეც. ნივთიერებების ჰაერში გასხურების ადგილები	სპეც. ნივთიერებებით გაჟღერებული კარები
1	პროგრამის წლიური ხარჯი	\$ 10,000
2	მკურნალობის ეფექტურობა	15 %
3	ჩატარებული მკურნალობის რაოდენობა	10,000
4	დაავადების გადაცემის შესაძლებლობა	80 %
5	შემთხვევათა ფატალურობის დონე	5 %
6	აღმოფხვრილი სიცოცხლე (2 X 3 X 4 X 5)	64
7	თითო აღმოფხვრილი სიკვდილის ხარჯი (1/6)	\$ 156
		\$ 118

ზემოაღნიშნულიდან ჩანს, რომ ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი მიზანშეწონილია გამოვიყენოთ იმ შემთხვევებში, როდესაც მკურნალობა ან გამოკვლევა მიმართულია ერთი, ყველა შესაძარბეელი პროგრამებისათვის საერთო შედეგის მისაღწევად. ამ შემთხვევაში ადვილია ამ პროგრამების შედეგანობის გაზომვა და მათი ურთიერთშედარება. როდესაც შესაძარბეელი ალტერნატიული პროგრამები განაპირობებს მრავალ სხვადასხვა შედეგებს, ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზის ჩატარება ყოველთვის არ არის შესაძლებელი. ამ შემთხვევაში შედეგები უნდა დაჯახრისხნოთ მათი მნიშვნელობის ხარისხის მიხედვით და ყოველ შედეგს მიუხადაგოთ თავისი წონა, შემდეგ გაეზომოთ თითოეული პროგრამის შედეგანობა თითოეული შედეგის წონის გათვალისწინებით.

აღნიშნული პროცედურა ძალიან რთულს და ძნელადშესასრულებელს წარმოადგენს. ამასთან, სავსებით არამიზანშეწონილია ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზის გამოყენება იმ პროგრამებზე, რომლებიც სრულიად მრავალგვარ შედეგებს განაპირობებენ. მაგალითად, შეუძლებელია, ამ ანალიზის გამოყენებით ტკიპისმიერი ენცეფალიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის პროგრამის შედარება მოტეხილობისას ბარძაყის ყელის პროტეზირების პროგრამასთან ან დღენაკლულ ბავშვების ინტენსიური მოვლის პროგრამასთან.

პროგრამების ერთი, მთავარი შედეგით შედარება არ გულისხმობს, რომ ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზში დანარჩენი შედეგები არ იყოს შეტანილი. პირიქით, მიზანშეწონილია ყველა შედეგების ჩამოთვლა და როგორც ანალიზის მიზანი - მთავარი შედეგის არჩევის დასაბუთება. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ კონკრეტული კვლევის ჩატარების დაწყებისას, მკვლევარს ყოველთვის არ შეუძლია ყველა შესაძლო შედეგის გამოვლენა. მაგალითად, ახალი მედიკამენტების ტესტირებამ შესაძლოა გამოავლინოს შესაძლო გვედითი ეფექტები ან დამატებითი დადებითი შედეგები; ხოლო ბევრი დაავადებების ზუსტი დიაგნოსტიკა დაკავშირებულია პაციენტისათვის მიუღებელ ჩარევებთან. ამიტომ ნებისმიერი ანალიზის პირველ ეტაპს წარმოადგენს ყველა შედეგის გამოვლენა, ხოლო შემდგომ ეტაპს - ანალიზის კონკრეტული ფორმის არჩევა.

20.3.1. ალტერნატივა “არაფერი არ ვაკეთოთ”

როგორც წინა თავში განვიხილეთ, ხარჯები დაკავშირებულია ვაქცინაციასთან, ხოლო მისი ალტერნატივა “არაფერი არ ვაკეთოთ” არ ითვალისწინებს ხარჯებს. მაგრამ სინამდვილეში ასე არ არის. ვაქცინაციის არჩატარება დაკავშირებულია მოსახლეობის დასნებოვნებასთან, რაც რო-

გორც წესი უფრო ძვირი ჯდება, ვიდრე ვაქცინაცია. დაუშვათ, თითოეული ავადმყოფის მკურნალობა ღირს საშუალოდ 1000 ლარი. შესაბამისად, ვაქცინაციის არარსებობისას (500 ავადმყოფი 1000 მოსახლეზე) მთლიანი ხარჯები შეადგენს 500000 ლარს, ხოლო ვაქცინაციის შემთხვევაში – 200000 ლარს (100000 ლარი საკუთრივ ვაქცინაციაზე და 100000 ლარი ავადმყოფთა მკურნალობაზე). ამგვარად, ვაქცინაციის პროგრამა განაპირობებს არა დამატებით 100000 ლარის ხარჯვას (500000 ლარი თითოეულ შენარჩუნებულ სიცოცხლეზე), არამედ 200000 ლარის შენახვას, ამასთან მოსახლეობის ყოველ 1000 კაცზე დამატებით 20 სიცოცხლის შენარჩუნებას.

თუ ყოველ შენარჩუნებულ სიცოცხლეზე 5000 ლარის ხარჯები ეჭვს ქვეშ აყენებს ვაქცინაციის პროგრამის მნიშვნელობას (შესაძლოა, იმავე თანხით შესრულებულმა რამდენიმე წარმატებულმა ოპერაციამ გადაარჩინოს უფრო მეტი ადამიანის სიცოცხლე), მაშინ 200000 ლარის დაზოგვამ და ერთდროულად 20 ადამიანის სიცოცხლის შენარჩუნებამ, ორგანიზაციულ გადაწყვეტაში ეჭვი არ უნდა გამოიწვიოს: ვაქცინაცია უფრო მომგებიანია, ვიდრე მისი არარსებობა.

განხილული მაგალითი გვიჩვენებს, რატომ არის მნიშვნელოვანი ალტერნატივის “არაფერი არ ვაკეთოთ” გათვალისწინება და იგი არ ნიშნავს რეალურ უმოქმედობას. მაგალითად, როდესაც კარდიოლოგიური ავადმყოფების მკურნალობა ტარდება საერთო პროფილის თერაპიულ განყოფილებაში, შესაძლოა ეს ისე დარჩეს როგორც არის (ალტერნატივა “არაფერი არ ვაკეთოთ”), შეიძლება სპეციალური კარდიოლოგიური განყოფილების ორგანიზება ქალაქის ყოველ სტაციონარში ან შეიქმნას კარდიოლოგიური ცენტრი, რომელიც საკუთარ პალატებში თავს მოუყრის ქალაქის ყველა კარდიოლოგიურ ავადმყოფს. უკანასკნელი ორი ალტერნატივის გაანალიზებისას (თითოეულის სასარგებლოდ შესაძლებელია მოვიყვანოთ არგუმენტები), პირველი ალტერნატივაც უყურადღებოდ არ უნდა იქნეს დარჩენილი. უფრო მეტიც, ანალიზისას მიზანშეწონილია გამოვთვალოთ არა აბსოლუტური ხარჯები და ახალი ალტერნატიული პროგრამების შედეგები, არამედ “არაფერი არ ვაკეთოთ” ალტერნატივასთან შედარებით დამატებითი ხარჯები და შედეგები.

ერთი პროგრამის მეორე პროგრამასთან შედარებით ასეთ დამატებით ხარჯებს და შედეგებს უწოდებენ **ინკრემენტულ ხარჯებს და შედეგებს**. ანუ, **ინკრემენტული მიდგომა** წარმოადგენს ერთი მეთოდის ხარჯებისა და შედეგების შედარებას სხვა მეთოდთან (მაგალითად, ალტერნატივასთან “არაფერი არ ვაკეთოთ”). ინკრემენტული ხარჯების და შედეგების განხილვამ შესაძლოა არსებითი გავლენა მოახდინოს ანალიზის რაოდენობრივ მხარეზე.

განვიხილოთ ასეთი მაგალითი, დაუშვათ არსებობს სამი დიაგნოსტიკური პროცედურა. A პროცედურა უმტკივნეულოა და შედარებით ნაკლებხარჯიანია (40 ლარი), მაგრამ დაავადებათა მხოლოდ 80 %-ის დიაგნოსტიკის საშუალებას იძლევა. B პროცედურა შედარებით ძვირია (60 ლარი), მაგრამ იძლევა ასპროცენტთან სწორ დიაგნოსტიკას, ამასთან, დაავადების ადრეული სტადიებისაც. ამასთან მეორე პროცედურა დაკავშირებულია პაციენტის მხრიდან არადადებით შეგრძნებებს განაპირობებს და არ იწვევს დიდ ენთუზიაზმს. C პროცედურა უმტკივნეულოა და საკმაოდ საიმედოა (საშუალებას იძლევა გამოვლინდეს შემთხვევების 95 %, მათ შორის ადრეულ სტადიებში), მაგრამ ღირს 80 ლარი. დაუშვათ, მოცემულ მომენტში პოლიკლინიკაში გამოყენებული დიაგნოსტიკური მეთოდები შემოიფარგლება პირველი პროცედურით.

შემოთავაზებული ალტერნატივებია:

1. მოცემულ დიაგნოზზე საეჭვო ყველა პაციენტს დიაგნოსტიკა უტარდება A პროცედურის მეშვეობით (ალტერნატივა “არაფერი არ ვაკეთოთ”);
2. მოცემულ დიაგნოზზე საეჭვო ყველა პაციენტს დიაგნოსტიკა უტარდება A პროცედურის მეშვეობით; თუ A პროცედურა არ იძლევა დადებით პასუხს კითხვაზე, გამოიყენება B პროცედურა;
3. მოცემულ დიაგნოზზე საეჭვო ყველა პაციენტს დიაგნოსტიკა უტარდება A პროცედურის მეშვეობით; თუ A პროცედურა არ იძლევა დადებით პასუხს კითხვაზე, გამოიყენება C პროცედურა;

4. მოცემულ დიაგნოზზე საეჭვო ყველა პაციენტს დიაგნოსტიკა უტარდება C პროცედურის მეშვეობით.

დაუშვათ, მოცემული დიაგნოზზე საეჭვოა 1000 პაციენტი, მათ შორის 600 რეალურად ავდა. მაშინ პირველი მეთოდის გამოყენება ჯდება 40000 ლარი ($1000 \times 40 = 40000$) და 480 ($600 \times 80 / 100$) ავადმყოფის გამოვლენის საშუალებას იძლევა.

მეორე მეთოდი საშუალებას იძლევა გამოვლინოთ ყველა ავადმყოფი (600 ავადმყოფი), მაგრამ, რადგანაც მათზე, ვისაც A პროცედურის მეშვეობით არ გამოუვლინდათ დაავადება, ტარდება B პროცედურა, რაც დამატებით ხარჯებს მოითხოვს, რომელიც $520 = 1000 - 480$ პირზე B პროცედურის ღირებულების ტოლია: $520 \times 60 = 31200$ ლარი. ამგვარად, მეორე ალტერნატივის რეალიზაციაზე მთლიანი ხარჯები შეადგენს 71200 ($31200 + 40000$) ლარს. ანალოგიურად, მესამე მეთოდი განაპირობებს $480 + 120 [600 - 480] \times 0,95 = 594$ დაავადებულთა გამოვლენას, ხოლო მთლიანი ხარჯები შეადგენს $40000 + 47520 [594 \times 80] = 87520$ ლარს.

მეოთხე მეთოდის გამოყენებისას გამოვლინდება 570 $[600 \times 95 / 100]$ ავადმყოფი და დაიხარჯება 80000 $[80 \times 100000]$ ლარი. ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში მოცემულია ოთხი დიაგნოსტიკური მეთოდის ხარჯები და შედეგები (ინკრემენტული ხარჯები და შედეგები გამოითვლება სამი შემდეგი ალტერნატივების შედარებით ალტერნატივასთან “არაფერი არ ვაკეთოთ”).

ცხრილი 4: ოთხი დიაგნოსტიკური მეთოდის ხარჯები და შედეგები (1000 პაციენტზე, რომელთა შორის 600 რეალურად არიან ავად)

მეთოდი	C ხარჯები (ლარი)	E შედეგი (გამოვლენილი შემთხვევების)	$K_{CE} = C/E$ (საშუალო ხარჯები 1 გამოვლენილ შემთხვევაზე)	ΔC ინკრემენტული ხარჯები	ΔE ინკრემენტული შედეგი	$K_{CE INCR} = \Delta C / \Delta E$
1 (A)	40000	480	83,3	-	-	-
2 (A, გაურკვევლობის შემთხვევაში B)	71200	600	118,7	31200	120	260
3 (A, გაურკვევლობის შემთხვევაში C)	81600	594	137,4	41600	114	364,9
4 (B)	80000	570	140,4	40000	90	444,4

როგორც ცხრილიდან ჩანს, საშუალო და ინკრემენტული ხარჯები და შედეგები არსებითად განსხვავდება. ერთი შეხედვით, დაავადების გამოსაუვლენად მე-2 მეთოდის გამოყენება მოითხოვს მხოლოდ 118,7 ლარს, თუმცა რეალურად ყოველ დამატებითად (ალტერნატივასთან “არაფერი არ ვაკეთოთ” შედარებით) დასმულ დიაგნოზზე იხარჯება 260 ლარი. მე-3 მეთოდი დამატებით გამოვლენილი დაავადებისათვის ღირს 364,9 ლარი, ხოლო ალტერნატივა 4 – 444,4 ლარი, ამასთან აღნიშნული თანხა აღემატება ერთ დიაგნოზზე საშუალო ხარჯებს, ვიდრე მეორე მეთოდისას. თუმცა მოცემულ შემთხვევაში ხარისხობრივი გამოსავალი უცვლელი რჩება ინკრემენტულ მაჩვენებლებზე გადასვლისას, პირებს, რომლებიც იღებენ გადაწყვეტილებას, ნათლად უნდა ჰქონდეთ წარმოდგენილი, რომ ყოველი დამატებითად გამოვლენილი დიაგნოზი მეორე ალტერნატივის არჩევისას ღირს 260 ლარი (და არა 35,4 ლარი). დეფიციტის შემთხვევაში ასეთმა განსხვავებამ შეიძლება განაპირობოს გადაწყვეტილების შეცვლა (მაგ., სადაზღვეო ორგანიზაციებმა, რომლებსაც არ გააჩნიათ მე-2 მეთოდის რეალიზაციისათვის საჭირო თანხები, შესაძლებელია

მიზანშეწონილად ჩათვალონ დიაგნოსტიკის უცვლელად დატოვება). აღსანიშნავია, რომ საკმარისი თანხის არსებობისას მიზანშეწონილია მე-3 მეთოდიც, რომელიც მიუხედავად იმისა, რომ მე-2 მეთოდზე ძვირია, ითვლება უმტკივნეულო მეთოდად, შესაბამისად არ განაპირობებს პაციენტების მხრიდან არასასურველ შეგრძნებებს. მე-4 მეთოდი სავსებით უპერსპექტივოს წარმოადგენს: იგი უფრო ხარჯიანია და, ამასთან, იძლევა უფრო უარეს შედეგს, ვიდრე მე-3 მეთოდი.

აღსანიშნავია, რომ ანალიზის შედეგი ძლიერ არის დამოკიდებული რეალურად დაავადებულ პაციენტთა პროცენტზე. ასე მაგალითად, თუ 1000 პაციენტიდან მოცემული დიაგნოზით საეჭვო აღმოჩნდება არა 600, არამედ 200 რეალურად ავადყოფი, ცხრილის მონაცემები შეიცვლება იმ სახით, როგორც ეს ქვემოთაა მოცემული.

ცხრილი 5: ოთხი დიაგნოსტიკური მეთოდის ხარჯები და შედეგები (1000 პაციენტზე, რომელთა შორის 200 რეალურად არიან ავად)

მეთოდი	C ხარჯები (ლარი)	E შედეგი (გამოვლენილი შემთხვევების)	$K_{CE} = C/E$ საშუალო ხარჯები 1 გამოვლენილ შემთხვევაზე	$^{\wedge}C$ ინკრემენტული ხარჯები	$^{\wedge}E$ ინკრემენტული შედეგი	$K_{CE INCR} = ^{\wedge}C/^{\wedge}E$
1 (A)	40000	160	250	—	—	—
2 (A, გაურკვევლობის შემთხვევაში B)	90400	200	452	50400	40	1260
3 (A, გაურკვევლობის შემთხვევაში C)	107200	198	541	67200	38	1768
4 (C)	80000	190	400	40000	30	1333

I და II ცხრილების შედარებით შესაძლებელია გამოვლინდეს ზოგიერთი კანონზომიერება. უპირველეს ყოვლისა, ყოველი მეთოდისათვის არსებითად იზრდება თითოეული დიაგნოზის როგორც საშუალო, ასევე ინკრემენტული ხარჯები, რაც არაა გასაკვირი: ერთი ავადყოფის გამოსაყვანად ახლა საჭირო ხდება ჯანმრთელი ადამიანების დიდი რაოდენობის გამოკვლევა. მეორე მხრივ, მე-4 მეთოდი უფრო მიზანშეწონილია, ვიდრე მე-3 მეთოდი. აღნიშნულის მიზეზს წარმოადგენს ის მდგომარეობა, რომ მე-3 მეთოდის რეალიზაციისას წინა პირობების დროს, A პროცედურის შემდეგ C პროცედურა სრულდებოდა მხოლოდ 520 პაციენტზე, ხოლო ახალ პირობებში – 800 პაციენტზე, რაც ბუნებრივია აძვირებს დიაგნოსტიკას. უფრო ხელსაყრელია ყველასათვის C პროცედურის შესრულება (მე-4 მეთოდი). მესამე, საინტერესოა დასკვნებს შორის განსხვავებების აღნიშვნა, რაც საშუალო და ინკრემენტული ხარჯების საფუძველზე კეთდება. როდესაც საშუალო ხარჯებისათვის გამოვიყენებთ ხარჯთ-ეფექტურობის კოეფიციენტს (რაც ალტერნატივის “არაფერი არ ვაკეთოთ” ალტერნატივის” იგნორირების ექვივალენტურია), ყველაზე ალტერნატივებს შორის ყველაზე ხელსაყრელს წარმოადგენს მე-4 მეთოდი (C პროცედურა). ინკრემენტული ხარჯებისათვის ყველაზე კარგია მე-2 მეთოდი (A ყველასათვის და – B მათთვის ვისაც A პროცედურამ დაავადება არ გამოუვლინა). ამგვარად, ალტერნატივის “არაფერი არ ვაკეთოთ” გათვალისწინება განაპირობებს არამართო რაოდენობრივ, არამედ შეფასების შედეგების ხარისხობრივ ცვლილებებს. აღსანიშნავია, რომ სახსრების უკმარისობისას ორგანიზაციამ, რომელიც იხდის სამედიცინო დახმარების ხარჯებს, შეიძლება გადაწყვიტოს, რომ უფრო მიზანშეწონილია ალტერნატივა “არაფერი არ ვაკეთოთ”, ხოლო საკმარისი სახსრების შემთხვევაში ამოირჩიოს მე-4 მეთოდი და არა მე-3 მეთოდი, რადგანაც აღნიშნული მეთოდი არ

გამოიწვევს პაციენტების უარყოფით შეგრძნებებს და შესაძლებელია უფრო ეფექტური აღმოჩნდეს. ცხადია, მეორე ცხრილის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ ალტერნატივებს შორის (გარდა ალტერნატივისა “არაფერი არ ვაკეთოთ”) ორგანიზაცია აირჩევს მე-2 ალტერნატივას, როგორც ყველაზე შედეგიანს (100% სწორი დიაგნოზები) და ამავე დროს, ინკრემენტული ხარჯების თვალსაზრისით ეკონომიკურად უფრო ეფექტურს, ხოლო პაციენტი (რომელიც უფრო მეტად ფიქრობს არა სწორი დიაგნოზების რაოდენობაზე და არა დამატებით გამოვლენილ შემთხვევაზე ინკრემენტულ ხარჯებზე) უპირატესობას ანიჭებს მე-4 ალტერნატივას, რომელიც მისთვის უფრო იაფია, ვიდრე 1 ალტერნატივა (80, და არა 104 ლარი), არ განაპირობებს არასასურველ შეგრძნებებს და უზრუნველყოფს დიაგნოზის მაღალ საიმედოობას.

გამოვიყენოთ ინკრემენტული მიდგომა ზემოთ განხილულ ვაქცინაციის მაგალითში. დაუშვათ ერთი დაავადების მკურნალობის ხარჯები შეადგენს 200 ლარს. მაშინ ინკრემენტული მიდგომის დროს ხარჯები და შედეგები მოსახლეობის 1000 კაცზე ყველა შესაძლო ალტერნატივების მიხედვით (“არაფერი არ ვაკეთოთ” ალტერნატივის ჩათვლით) შეგვიძლია წარმოვადგინოთ შემდეგი სახით:

ცხრილი 6: ინკრემენტული მიდგომა ვაქცინაციისას

ალტერნატივა	აუადმყოფთა რიცხვი	აუადმყოფთა რიცხვის შემცირება	ხარჯები (C) ლარი	ინკრემენტული ხარჯები, ლარი	$K_{EC} = \Delta E / \Delta C$, ლარი/ადამიანი
არაფერი არ ვაკეთოთ	500	-	100000	-	
A ვაქცინა	100	400	70000	-30000	- 75,0
B ვაქცინა	25	475	80000	-20000	- 42,1

ალტერნატივა აუადმყოფთა რიცხვი აუადმყოფთა რიცხვის შემცირება ხარჯები (C) ლარი
 ინკრემენტული ხარჯები, ლარი $K_{EC} = \Delta E / \Delta C$, ლარი/ადამიანი არაფერი არ ვაკეთოთ 500 - 100000 - A
 ვაქცინა 100 400 70000 -30000 - 75,0 B ვაქცინა 25 475 80000 -20000 - 42,1

როგორც ცხრილიდან ჩანს, “არაფერი არ ვაკეთოთ” ალტერნატივის გათვალისწინება და ინკრემენტული მეთოდი არსებითად ცვლის შეფასების შედეგს. თუ არ გავითვალისწინებთ “არაფერი არ ვაკეთოთ” ალტერნატივას, მაშინ ვაქცინაციის ორივე ვარიანტი საკმაოდ მაღალხარჯიანიად გამოიყურება (ყოველი აღმოფხვრილი შემთხვევა დაკავშირებულია გარკვეულ ხარჯებთან). ვაქცინაციის ხარჯების ინკრემენტული შეფასება “არაფერი არ ვაკეთოთ” ალტერნატივასთან შედარებით გვიჩვენებს, რომ ვაქცინაციის ორივე ვარიანტის დროს ხარჯები მცირდება, “არაფერი არ ვაკეთოთ” ალტერნატივასთან შედარებით, ანუ ვაქცინაციის ორივე ვარიანტი სარგებლიანია. თუმცა A ვარიანტი უფრო სარგებლიანი ჩანს, ვიდრე B ვარიანტი, რადგანაც მოაქვს დიდი სარგებელი როგორც აბსოლუტური მნიშვნელობით, ასევე დაავადების ყოველი აღმოფხვრილი შემთხვევის გათვლით.

განვიხილოთ ასეთი შემთხვევა – ორი სახის ანტიბიოტიკის საშუალებით მწვავე დაავადების მკურნალობა. A ანტიბიოტიკის ერთი დოზა ღირს 3 ლარი და შეყავთ კუნთქვეშ დღეში ორჯერ. ერთჯერადი შპრიცის ფასი შეადგენს 1 ლარს. პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესება დგება საშუალოდ 3-4 დღის შემდეგ, გამოჯანმრთელება – მკურნალობის 10 დღის შემდეგ. განზრახულია A ანტიბიოტიკის შეცვლა B ანტიბიოტიკით, რომელიც გამოდის აბებში და ღირს 160 ლარი ერთი შეკვრა, რომელიც შეიცავს 10 აბს. სამკურნალო დოზა შეადგენს 2 აბს დღეში. აუადმყოფის მდგომარეობის გაუმჯობესება დგება ანტიბიოტიკის პირველი დოზის მიღების შემდეგ, ხოლო სიმპტომების სრული გაქრობა – მკურნალობის მესამე დღეს, რომლის შემდეგ, ეფექტის გასამ-

ყარებლად საჭიროა ანტიბიოტიკის კიდევ 2 დღე მიღება (ანუ სრული კურსი შეადგენს 5 დღეს). თუ მხედველობაში მივიღებთ მკურნალობის ხანგრძლივობის დროის შემცირებას, გამოვთვალოთ ხარჯთ-ეფექტურობის კოეფიციენტი და შევაფასოთ A ანტიბიოტიკის B ანტიბიოტიკით შეცვლის მიზანშეწონილობა:

პაციენტის თვალსაზრისით, რომელიც იღებს ამბულატორიულ მკურნალობას და მედიკამენტების საფასურს იხდის საკუთარი ჯიბიდან;

სამედიცინო დაწესებულების თვალსაზრისით, რომელიც ეწევა სტაციონარულ სამედიცინო დახმარებას.

პაციენტი მხედველობაში იღებს მხოლოდ მედიკამენტის ღირებულებას, ანუ, მისთვის A ანტიბიოტიკით მკურნალობის კურსზე ხარჯები შეადგენს $(3 + 1) \times 2 \times 10 = 80$ ლარს., ხოლო B ანტიბიოტიკით მკურნალობის კურსის ხარჯები შეადგენს 160 ლარს. ინკრემენტული ხარჯები B კურსზე A კურსთან შედარებით შეადგენს $\Delta C = 160 - 80 = 80$ ლარს. ამასთან, B ანტიბიოტიკის გამოყენება ამცირებს მკურნალობის ხანგრძლივობას $\Delta C = 5$ დღით (ინკრემენტული შედეგი). ხარჯთ-ეფექტურობის კოეფიციენტი $K_{CE} = \Delta C / \Delta E = 16$ ლარს/დღეში. ამგვარად, მკურნალობის ხანგრძლივობის შემცირება თითოეულ დღეზე შეადგენს 16 ლარს. სრულიად შესაძლებელია, რომ პაციენტი სწრაფად გამოჯანმრთელების სანაცვლოდ აღნიშნულ თანხას დიდ თანხად არ ჩათვლის.

მაგრამ თუ განვიხილავთ A და B კურსზე სრულ დანახარჯებს სამედიცინო დაწესებულების თვალსაზრისით, გათვალისწინებულ უნდა იქნეს B კურსის გამოყენებისას პაციენტის კვებაზე და სასტუმრო მომსახურებაზე ხარჯების შემცირება. დაუშვათ ასეთი ხარჯები შეადგენს 25 ლარს დღეში. მაშინ B ანტიბიოტიკის გამოყენება პაციენტის ადრე გაწერას და ხარჯების $25 \times 5 = 125$ ლარით შემცირებას გამოიწვევს. ამგვარად, B ანტიბიოტიკით მკურნალობის კურსი A ანტიბიოტიკით მკურნალობის კურსთან შედარებით შეადგენს არა 80 ლარით ძვირს, არამედ $125 - 80 = 45$ ლარით იაფს და მკურნალობის ყოველ შემცირებულ დღეზე ეკონომია შეადგენს 9 ლარს.

ამგვარად, უფრო ძვირადღირებული, მაგრამ უფრო ეფექტური B ანტიბიოტიკის გამოყენებისას სამკურნალო დაწესებულების ხარჯები მცირდება და მკურნალობის კურსის შეცვლა ეკონომიკურად გამართლებულია.

ხარჯთ-ეფექტურობის მეთოდი გამოიყენება დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ისეთი მეთოდების დასადგენად, რომლებიც ოპტიმალურია არამართო გარკვეული კონტინგენტის ავადმყოფთა არამედ მთელი მოსახლეობის სამკურნალოდ. უნდა გაკეთდეს არჩევანი სამედიცინო დახმარების მრავალ, კლინიკურად მისაღებ ვარიანტებს შორის, რომელთაც აქვთ სხვადასხვა შედეგები და ხარჯები. მისი არსი მდგომარეობს იმაში, რომ დაავადებათა ნაკლებ-ეფექტური, მაგრამ საგრძნობლად იაფი მკურნალობის მეთოდის არჩევა რუსურსების ეკონომიის საშუალებას იძლევა, რომელიც შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს ხარჯების თვალსაზრისით უფრო ეფექტური, ნაკლებად გავრცელებული, მაგრამ მძიმე დაავადებების სამკურნალოდ. ასეთი მეთოდი, ერთ პაციენტზე გათვლილი ხარჯების თვალსაზრისით, შეიძლება ნაკლებად სარგებლიანი იყოს, მაგრამ იგი უფრო ეფექტურს წარმოადგენს მთელი მოსახლეობისათვის.

მეთოდის გამოყენებისათვის აუცილებელია დაავადებათა მკურნალობის, დიაგნოსტიკისა და პროფილაქტიკის სხვადასხვა ვარიანტების ხარჯებისა და გამოსავლების, აგრეთვე ამ დაავადებათა სიხშირის შესახებ მონაცემები. რადგანაც დაავადებები მრავალფეროვანია, შედეგის ერთადერთ კრიტერიუმად შეიძლება გამოყენებულ იქნეს სიცოცხლის გახანგრძლივების მოსალოდნელი ზრდა. შემდეგ ხორციელდება მოგების მაქსიმიზაციის (სიცოცხლის დამატებითი წლები) სტანდარტული მათემატიკური ამოცანა მთელი მოსახლეობისათვის, იმ პირობით, რომ ყველა პროგრამის მთლიანი ხარჯები წინასწარ დადგენილ ზღვარს არ უნდა აღემატებოდეს.

აღსანიშნავია, რომ არცერთი მეთოდი არ იძლევა სრულყოფილ პასუხს კითხვაზე - მკურ-

ნალობის მეთოდებიდან რომლის არჩევაა უფრო სარგებლიანი. ძნელია ერთმანეთს შევადაროთ მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდები, რომლებიც სრულიად განსხვავებულ შედეგს იძლევა. მაგალითად, სირთულეს წარმოადგენს ბარძაყის თავის იმპლანტაციის ეფექტურობის მცირე წონით დაბადებულთა ინტენსიურ თერაპიასთან შესადარებლად ხარჯების ეფექტურობის ანალიზის გამოყენება. ბარძაყის თავის იმპლანტაცია სიცოცხლის შედარებით მცირე გახანგრძლივებას, მაგრამ ამასთანავე, ხარისხის გაუმჯობესებას იძლევა, მაშინ როდესაც, მცირე წონით დაბადებულთა ინტენსიური თერაპიის მთავარ მიზანს წარმოადგენს სიცოცხლის პროლონირება. მსგავსი ანალიზების ჩასატარებლად აუცილებელია სხვა მეთოდების გამოყენება.

20.3.2. ხარჯებისა და შედეგების დისკონტირება

წინა თავებში განვიხილეთ ხარჯების დროში განაწილება და ხარჯების დისკონტირების აუცილებლობის მიზეზები. მიზეზთა ნაწილი დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ მომავალი განუსაზღვრელია და უპირატესობა ენიჭება დროის ფაქტორს. იგივე მოსაზრებები შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ხანგრძლივ შედეგებზეც, რომლებიც მოსალოდნელია მომავალზე გათვლილი სამედიცინო პროგრამებისგან. დაუშვათ, სწორი ვაქცინაცია ხელს უწყობს დაავადებათა აღმოფხვრას რამდენიმე წლით. მაგრამ ამ წლების განმავლობაში ადამიანს შეიძლება ბევრი რამ გადახდეს: მაგალითად, იგი შეიძლება გარდაიცვალოს სხვა დაავადებისგან ან უბედური შემთხვევისგან. მაშინ მას არ შეუძლია მთლიანად ისარგებლოს პროგრამის შედეგებით. ამიტომ რაც უფრო შორსაა მოსალოდნელი შედეგის ვადა, მით უფრო მცირეა მისი გამოყენების ალბათობა, და შესაბამისად, დაბალია შედეგის ღირებულება: პირველი წელი უფრო ღირებულია, ვიდრე მეორე, მეორე უფრო ღირებულია ვიდრე მესამე და ა. შ. შედეგების დროში განაწილების გათვალისწინება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, როდესაც ხარჯები და შედეგები გაყოფილია დროის დიდი ინტერვალით. ასე მაგალითად, ჰიპერტონიის პროფილაქტიკის პროგრამამ შედეგები შეიძლება მოგვცეს რამდენიმე წლის შემდეგ. ახალგაზრდამ თამბაქოს საწინააღმდეგო ბრძოლის შედეგები შეიძლება შეაფასოს მოზრდილ ასაკში, როდესაც არ იქნება ავად “მწვევლთა დაავადებით”. თუმცა ძნელია ადამიანმა შეაფასოს დღევანდელი ქმედების შორეული შედეგი (შესაძლებელია, ამიტომაც ასე ძნელია პროფილაქტიკური პროგრამების ჩატარება). ადამიანები უპირატესობას ანიჭებენ თანხები დახარჯონ ისეთ ქმედებებზე, რაც დღეს ან ახლო მომავალში მისცემთ საგრძნობ შედეგებს. ეს დროებითი უპირატესობები, ისევე როგორც შემთხვევითობების შესაძლო გავლენები, შესაძლოა გათვალისწინებულ იქნეს შედეგების დისკონტირების გზით. დისკონტირება გამოიყენება მხოლოდ ერთ, ამასთან ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზში ყველაზე ხშირად გამოყენებული მაჩვენებლის მიმართ. ეს მაჩვენებელია – სიცოცხლის შენარჩუნებული (მოგებული) წლები. დისკონტირება ხორციელდება იმავე წესით, როგორც ხარჯების შემთხვევაში, პრობლემას წარმოადგენს დისკონტირების განაკვეთის რ და დისკონტირების მამრავლის არჩევა. უკანასკნელ გამოკვლევებში დასავლეთის ავტორები ირჩევენ 5%-იან დისკონტირების განაკვეთს.

საბედნიეროდ, ხარჯებისა და შედეგების დისკონტირება აუცილებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ისინი მნიშვნელოვნადაა დაშორებული დროში. როდესაც მკურნალობა და მისი შედეგები ვლინდება ერთდროულად (მაგ., შემანარჩუნებელი თერაპიით აღმოიფხვრება მდგომარეობის გართულება ან ავადმყოფის სიკვდილი, რომელმაც გადაიტანა მიოკარდის ინფარქტი, ბევრი წლების განმავლობაში), მაშინ შესაძლებელია არ განვახორციელოთ დისკონტირება: რადგან როდესაც ავადმყოფი კვდება რაღაც სხვა მიზეზით, წყდება მკურნალობის პროცესიც.

20.4. ხარჯთ-უტილიტარული ანალიზი (Cost Utility Analysis - CUA)

ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი მკურნალობის ეფექტურობის შეფასების ყველაზე უფრო გავრცელებულ მეთოდს წარმოადგენს, მაგრამ აქვს გარკვეული ნაკლოვანებები, რომელთა შორის უმთავრესია პაციენტის სიცოცხლის ხარისხის შესახებ ინფორმაციის არქონა. ისეთი დაავადებების მკურნალობის ეკონომიკური ეფექტურობის შესაფასებლად, რომლებიც ხასიათდებიან ლეტალობის მაღალი ტემპებით და სიცოცხლის ხარისხის მნიშვნელოვანი გაუარესებით, საჭიროა მკურნალობის გავლენის გათვალისწინება ლეტალობაზე და სიცოცხლის ხარისხზე. დღეისათვის ითვლება, რომ მკურნალობის ეფექტურობის ეკონომიკური შეფასება, რომელიც დაფუძნებულია მაჩვენებელზე, რომელიც აერთიანებს სიცოცხლის ხანგრძლივობის და მისი ხარისხის მონაცემებს წარმოადგენს ყველაზე ოპტიმალურ მეთოდს². ამ მეთოდს **ხარჯთ-უტილიტარულ ანალიზს** უწოდებენ.

ხარჯთ-უტილიტარული ანალიზი წარმოადგენს მკურნალობის ეკონომიკური ეფექტურობის ანალიზს, რომელიც დაფუძნებულია სიცოცხლის ხანგრძლივობის და მისი ხარისხის მაჩვენებლებზე.

აღნიშნული მეთოდის გამოყენება დაკავშირებულია არაქმედითუნარიანი სიცოცხლის წლების (DALY - Disability Adjusted Life Years) ან ხარისხიანი სიცოცხლის წლების (QALY - Quality Adjusted Life Years) შეფასებასთან.

მეთოდის დასახელება - ხარჯთ-უტილიტარული ანალიზი – განისაზღვრება იმით, რომ მას საფუძვლად უდევს ავადმყოფის არჩევანი: საკუთარი ჯანმრთელობის უპირატესი, ანუ უტილიტარული მდგომარეობა და სიცოცხლის ხანგრძლივობა. გამოთვლების შედეგად ვღებულობთ “სიცოცხლის ხანგრძლივობის შეფარდებას მის ხარისხთან” (**Quality adjusted life year- QALY**), რომელიც გამოხატავს მკურნალობის მოცემული მეთოდით მიღწეული სიცოცხლის ხანგრძლივობის და ხარისხის ცვლილებებს³.

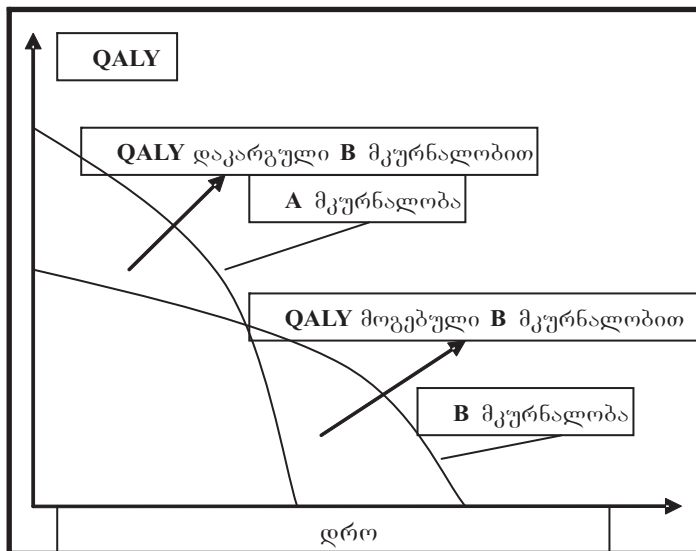
QALY (Quality adjusted life year) სიცოცხლის წლები ხარისხის გათვალისწინებით წარმოადგენს სიცოცხლის ხარისხის და ხანგრძლივობის საზომ ერთეულს, რომელიც უზრუნველყოფილია ჯანდაცვითი პროგრამების განხორციელების შედეგად.

QALY გამოიყენება სიცოცხლის ხანგრძლივობისა და ცხოვრების ხარისხის ზრდის რაოდენობრივი შეფასებისათვის, რაც ასევე აფასებს სამედიცინო სამსახურების საქმიანობის ეფექტურობას. QALY-ის გამოსათვლელად ითვალისწინებენ ჯანმრთელობის მდგომარეობის ორ ან მეტ ასპექტებს – ტკივილი, ფუნქციური დარღვევები, ფსიქიური სტატუსი და საკუთარი თავის მოვლის უზრუნველყოფა, აგრეთვე სოციალურად სასარგებლო მოქმედებების (საშინაო მეურნეობების წარმოება, ანაზღაურებადი საქმიანობით დაკავება) განხორციელების შესაძლებლობა.

DALY (Disability Adjusted Life Years) არის:

- < სიცოცხლის წლები შესწორებული ინვალიდობით (არაქმედითუნარიანობით), სიცოცხლის ხანგრძლივობა შრომის უნარის დაკარგვის გათვალისწინებით;
- < არაქმედითუნარიანი სიცოცხლის ერთი წელი არის ერთეული, რომელიც ავად ყოფნის გლობალური ტვირთისა (global burden of disease) და სამედიცინო ჩარევების ეფექტურობის საზომია;
- < ავადმყოფობასთან დაკავშირებული საერთო დანაკლისის და სამედიცინო ჩარევების ეფექტურობის (რომელიც ავადმყოფობის მაჩვენებლების შემცირებაში გამოიხატება) საზომი ერთეული.
- < ფუნქციური დარღვევებისა და შრომისუნარიანობის გარეშე მიმდინარე და მომავალი წლების

ნახაზი 3: მკურნალობის ორი ალტერნატიული მეთოდით შენარჩუნებული სიცოცხლის წლები



სავარაუდო რაოდენობა, რომელიც შეიძლება დაიკარგოს ნაადრევი სიკვდილის (YLL) ან შრომის უნარის (YLD) დაკარგვის გამო მოცემულ წელს: $DALY = YLL + YLD$

პაციენტის მიერ ოპტიმალური, მისი თვალსაზრისით, უტილიტარული მაჩვენებლის არჩევა წარმოადგენს ავადმყოფის მიერ სიცოცხლის ხანგრძლივობისა და ხარისხის თანაფარდობაზე მისთვის ყველაზე უფრო მისაღები გადაწყვეტილების მიღების დინამიურ მოდელს, რომელიც მიიღწევა მკურნალობის განსაზღვრული მეთოდის საშუალებით⁴.

ხარჯთ-უტილიტარული ანალიზი შემდეგი ეტაპებისაგან შედგება:

- < ალტერნატივების შესაძლო ხარჯების გამოთვლა;
- < თითოეული ალტერნატივის გამოყენების შედეგად წლის განმავლობაში გადარჩენილი მოსახლეობის რაოდენობის გამოთვლა;
- < მომხმარებელთა გამოკვლევის საშუალებით წლის განმავლობაში თითოეული გადარჩენილი ადამიანისთვის უტილიტარულობის საშუალო კოეფიციენტის (ქულის) დადგენა;
- < უტილიტარულობის კოეფიციენტი (ქულა) მრავლდება ყველა კვლევების შედეგების გამოყენებით წლის განმავლობაში გადარჩენილ ადამიანთა რაოდენობაზე. მიღებული შედეგი არის “სიცოცხლის ხანგრძლივობის შეფარდება მის ხარისხთან” (QALY);
- < თითოეული ალტერნატივის QALY-ის მაჩვენებლების შეჯამება, რითაც დგინდება ალტერნატივების შორის სხვაობა;
- < ალტერნატივების ხარჯების სხვაობის გაყოფა;
- < განსაზღვრა, რამდენად მაღალია ხარჯები.

პაციენტის მიერ უტილიტარული მაჩვენებლის განსაზღვრის სამი მთავარი მეთოდი არსებობს: “რეიტინგის ქულა” (“rating scale”), “დროებითი დათმობის” (“time trade-off”) მეთოდი და “სტანდარტული რისკის” (“standard gamble”) მეთოდი.

“რეიტინგის ქულის” მეთოდის გამოყენებისას QALY-ის შედეგის გამოსახვისათვის ჯანმრთელობის თითოეულ მდგომარეობას შეესაბამება ქულა (უტილიტარული მნიშვნელი, კოეფიციენტი) ნულიდან (სიკვდილი) ერთამდე (სრული ჯანმრთელობა). თუმცა ზოგიერთ კვლევებში დაშვებულია უტილიტარობის უარყოფითი მნიშვნელობაც, რომლებიც შეესაბამება “სიკვდილზე უარეს მდგომარეობებს”. 1 QALY ენიჭება 1 წლით სიცოცხლის ხანგრძლივობას, როდესაც სიცოცხლის ხარისხი აბსოლუტურ ჯანმრთელობას შეესაბამება. შესაბამისად, 1 წლით სიცოცხლის ხანგრძლივობას, როდესაც სიცოცხლის ხარისხი აბსოლუტურ ჯანმრთელობასთან შედარებით ნაკლებია, ენიჭება 1 QALY-ზე ნაკლები მნიშვნელობა.

ქულების საშუალებით ტარდება პაციენტისათვის მისაღები, უპირატესი ჯანმრთელობის მდგომარეობის ძიება, რომელიც შესაძლებელია მიღწეულ იქნეს მკურნალობის განსაზღვრული მეთოდით. უტილიტარობა გამოისახება ასო “U” (ინგლისური სიტყვიდან Utility – უტილიტარობა). QALY-ის (ისევე როგორც DALY-ის) რაოდენობას ღებულობენ სიცოცხლის მოგებული წლების მოსალოდნელი რაოდენობის გამრავლებით ჯანმრთელობის მდგომარეობის უტილიტარულ მნიშვნელზე (უტილიტარობის კოეფიციენტი). შედეგი იზომება QALY-ში, ხოლო ანალიზის დასკვნები წარმოდგენილია ხარჯთ-უტილიტარული კოეფიციენტების მეშვეობით.

დაუშვათ, გარკვეული დაავადების დიაგნოზის დასმის შემდეგ პაციენტის სიცოცხლის ხანგრძლივობა მკურნალობის გარეშე შეადგენს 1 წელს, მაგრამ ამ პერიოდში მისი სიცოცხლის ხარისხი კარგს წარმოადგენს (სიცოცხლის ხარისხის უტილიტარული მაჩვენებელი 1-ის ტოლია). მოცემული დაავადების მკურნალობა საშუალებას იძლევა სიცოცხლე 4 წლით გახანგრძლივდეს, მაგრამ მკურნალობის თანხლები მოქმედების შედეგად სიცოცხლის ხარისხი 0,6-მდე ეცემა სიცოცხლის მთელი დარჩენილი პერიოდის განმავლობაში. ამ მონაცემებიდან გამომდინარე, QALY-ის გაანგარიშება შესაძლებელია შემდეგი სახით წარმოვადგინოთ:

1. მკურნალობის შემდეგ ოთხი წლის სიცოცხლე, როდესაც სიცოცხლის ხარისხის უტილიტარული მაჩვენებელი 0,6-ის ტოლია გვაძლევს $0,6 \times 4 = 2,4$;

2. როდესაც ერთი წლის განმავლობაში სიცოცხლის ხარისხი 1-დან (მკურნალობის გარეშე) 0,6-მდე მცირდება, მივიღებთ $1 - 0,6 = 0,4$;

3. QALY-ის მაჩვენებელი, რომელიც მიიღწევა მკურნალობის შემდეგ, ტოლია $2,4 - 0,4 = 2,0$.

მკურნალობის მოცემულ მეთოდზე QALY-ის მაჩვენებლის მიღების შემდეგ ხორციელდება ხარჯთ-უტილიტარული ანალიზის მეშვეობით სიცოცხლის ხარისხის შეფასების უტილიტარული მეთოდის შეთავსება მკურნალობის ეფექტურობის ეკონომიკურ შეფასებასთან. მკურნალობის მოცემული მეთოდის ანაზღაურებისათვის საჭირო თანხას ყოფენ მოცემულ პაციენტზე გათვლილ QALY-ის მაჩვენებელზე. ამ გზით ღებულობენ 1 QALY-ის ღირებულებას, ანუ სიცოცხლის ერთი წლის ღირებულებას სიცოცხლის ხარისხით, რომელიც შეესაბამება აბსოლუტურ ჯანმრთელობას. თანამედროვე დროს მიღებულია QALY-ის მაჩვენებლის საფუძველზე გათვლილი მკურნალობის ეკონომიკური ეფექტურობის შემდეგი გრადაციები: \$2000/QALY-ზე ნაკლები მკურნალობის ღირებულება წარმოადგენს ეკონომიკურად ეფექტურს, \$2000/QALY-დან \$4000/QALY-მდე ღირებულება წარმოადგენს მისაღებს (მკურნალობის ბევრ მეთოდებს სწორედ ასეთი ღირებულება გააჩნიათ), \$4000/QALY-დან \$6000/QALY-მდე – საზღვარს, \$6000/QALY-დან \$10000/QALY-მდე – ძვირადღირებულს. მკურნალობის ღირებულება, რომელიც \$10000/QALY-ს აღემატება მეტად ძვირადღირებულს წარმოადგენს^{5,6}.

ამოცანა I. მკურნალობის შემდეგ ადამიანის სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობა იზრდება 15 წლით, სარგებლიანობა $U = 0,6$, შეაფასეთ მკურნალობის შედეგი QALY-ში.

მკურნალობის შედეგი შეადგენს $0,6 * 15 = 9$ QALY.

ამოცანა II. ქირურგიული ოპერაციის შედეგად პაციენტის სიცოცხლის ხანგრძლივობა საშუალოდ 7 წლით იზრდება, სარგებლიანობა შეადგენს $u = 0,4$. შეაფასეთ 100 პაციენტის ოპერაციული მკურნალობის შედეგი QALY-ში.

ქირურგიული ოპერაციის შედეგი 100 პაციენტზე შეადგენს $100 * (7 * 0,4) = 280$ QALY.

“დროებითი დათმობის” მეთოდის გამოყენებისას პაციენტებში არკვევენ, ჯანმრთელობის როგორი მდგომარეობა აღენიშნებოდათ უკანასკნელ დროს გარკვეული პერიოდის განმავლობაში. შემდგომ ავადმყოფს ატყობინებენ, რომ მკურნალობის გარკვეული ახალი მეთოდით შესაძლებელია სრული ჯანმრთელობის მიღწევა, მაგრამ სიცოცხლის საერთო ხანგრძლივობის შემცირების ხარჯზე. შემდეგ ავადმყოფს სთავაზობენ შეცვალოს დროებითი ინტერვალები “სრული ჯანმრთელობით” და “ავადმყოფური მდგომარეობით” და დაადგინოს სიცოცხლის ხანგრძლივობის და ხარისხის მისთვის მისაღები თანაფარდობა. თვლიან, რომ სხვა მეთოდებთან შედარებით, ამ მეთოდის საშუალებით შესაძლებელია მიღებულ იქნეს სიცოცხლის ხარისხის უტილიტარული მაჩვენებლის უფრო ზუსტი ინფორმაცია⁴.

“სტანდარტული რისკის” მეთოდის არსს წარმოადგენს მკურნალობის გარკვეული მეთოდის მეშვეობით სრული ჯანმრთელობის სწრაფად აღდგენის შესაძლებლობის შესახებ ავადმყოფისათვის ინფორმაციის მიწოდება. ამასთან, აღნიშნული მეთოდი შეიცავს ლეტალური გამოსავლის გარკვეულ რისკს. შემდეგ ავადმყოფს სთხოვენ შეცვალოს განზრახული ჩარევის რისკი ისეთ დონემდე, რომელიც მისთვის იქნება მისაღები.

როგორც სხვა მეთოდები, ხარჯთ-უტილიტარული მეთოდი ჩვეულებრივ ეფუძნება ინკრემენტულ მიდგომას, როდესაც ამა თუ იმ ჩარევის როგორც ხარჯები, ასევე შედეგები ფასდება საერთოდ მიღებულ მეთოდთან (ალტერნატივა “არაფერი ვაკეთოთ”) შედარების საფუძველზე. მაგალითად, ახალი ტექნოლოგიის დანერგვის მიზანშეწონილობის შესწავლისას ხორციელდება ახალი და ტრადიციული ტექნოლოგიების ხარჯების და შედეგების შედარება. მაგალითად, როდესაც სტანდარტული ტექნოლოგიის გამოყენების შემდეგ პაციენტს შეუძლია იცოცხლოს კიდევ 15 წელი სარგებლიანობით $U_1 = 0,6$ -ს (9 QALY), ხოლო ალტერნატიული ტექნოლოგიის გამოყენებისას – იგივე 15 წელი, მაგრამ სარგებლიანობით $U_2 = 0,8$ (12 QALY), მაშინ ალტერნატიული ტექნოლოგიის ეფექტურობა სტანდარტულთან შედარებით შეადგენს $12 - 9 = 3$ QALY. როდესაც ტრადიციული მკურნალობის შედეგად ავადმყოფს შეუძლია იცოცხლოს კიდევ 3 წელი სარგებლიანობით $U = 0,4$ (1,2 QALY), ხოლო ალტერნატიული ტექნოლოგიის გამოყენება მის სიცოცხლეს გაზრდის კიდევ 7 წლით (ანუ მთლიანად პაციენტი იცოცხლებს 10 წელს), ამასთან მდგომარეობის სარგებლიანობა გაიზრდება 0,6-მდე (სულ 6 QALY), მაშინ ალტერნატიული ტექნოლოგიის გამოყენების ეფექტი შეადგენს 4,8 QALY. დასასრულს, როდესაც ალტერნატიული ტექნოლოგიის გამოყენება შესაძლებლობას იძლევა გადავიდეთ $U_1 = 0,5$ მდგომარეობიდან $U_2 = 0,9$ მდგომარეობაზე არა 8 თვის (როგორც სტანდარტული ტექნოლოგიის დროს), არამედ 2 თვის განმავლობაში, მაშინ ალტერნატიული ტექნოლოგიის გამოყენების შედეგად პაციენტის მოგება შეადგენს $(0,9 - 0,5) * (8 - 2) / 12 = 0,2$ QALY. ცხადია, ანალიზი შეიძლება გამოვიყენოთ როგორც ხანგრძლივი, ასევე მოკლევადიანი პროგრამებისათვის. ასეთ შემთხვევაში მოგება, რომელიც გათვლილია QALY-ით შეიძლება იყოს ძალიან მცირე (მაგალითად, მწვავე რესპირატორული დაავადებების დროს სიმპტომატური მკურნალობა რამდენიმე დღით გუნება-განწყობის მკვეთრ გაუმჯობესებას განაპირობებს, “არაფერი ვაკეთოთ” ალტერნატივასთან შედარებით).

ამასთან, სარგებლიანობის ასეთი მოკლევადიანი გაზრდა არ უნდა იყოს უგულვებელყოფილი, რადგან ხარჯები სარგებლიანობის ასეთ ზრდაზე შეიძლება არცთუ ისე დიდი აღმოჩნდეს, შედეგად, ხარჯთ-უტილიტარული კოეფიციენტი სრულიად მისაღები იქნება.

როგორც ზემოაღნიშნულიდან ჩანს, მოცემული მეთოდის მთავარ სირთულეს წარმოადგენს ამა თუ იმ პროგრამის, პროექტის ან პროცედურის გამოყენებისას მოგების განსაზღვრა (QALY-ში). თავის მხრივ, მოგებული QALY-ის განსაზღვრის სირთულეს წარმოადგენს თითოეული ჯანმრთელობის მდგომარეობის სარგებლიანობის შეფასება. არსებობს მდგომარეობების ძალიან ბევრი რაოდენობა, და თითოეული შემთხვევისათვის სარგებლიანობის მნიშვნელობის წინდაწინ განსაზღვრა შეუძლებელია. შესაძლებელია, შემოვისაზღვროთ რამდენიმე კონკრეტული “გასაშუალოებული” მდგომარეობების განხილვით, რომლებიც ახასიათებენ იმ დაავადებებს, რომელთა მკურნალობაზე არის მიმართული განხილული პროგრამები. მაგრამ ამ შემთხვევებშიც კი რამდენიმე მდგომარეობის სარგებლიანობის განსაზღვრა წარმოადგენს ცალკე ამოცანას. აქ არსებობს ორი შესაძლებელი მიდგომა. პირველი დაფუძნებულია ექსპერტული შეფასების გამოყენებაზე, მეორე – სტანდარტული მეთოდის განსაზღვრის გამოყენებაზე. ორივე მეთოდს აქვს თავისი დადებითი და უარყოფითი მხარეები, რომლებიც შემდგომ თავებში იქნება აღწერილი.

მოვიყვანოთ ხარჯთ-უტილიტარული კოეფიციენტის გამოთვლის სამი მაგალითი.

ამოცანა I. პაციენტს უტარდება სტომატოლოგიური დახმარება, რომელიც გრძელდება 30 წთ. ანესთეზიის შედეგად მთლიანად მოიხსნა ტკივილი. დაეუშვათ, რომ კბილის მკურნალობისას მწვავე ტკივილის მდგომარეობის (გრძელდება 30 წთ) სარგებლიანობა შეადგენს 0,1-ს, ხოლო ანესთეზიის შედეგად ტკივილის არარსებობისას პაციენტის მდგომარეობის სარგებლიანობა – 0,95. შევაფასოთ ანესთეზიის შედეგი QALY-ში და გამოთვალოთ ხარჯთ-უტილიტარული კოეფიციენტი, ანუ 1 QALY-ზე ხარჯები, როდესაც ანესთეზიის ღირებულება შეადგენს 25 ლარს.

წელიწადში $365 \times 24 = 8760$ საათია, ანუ 1 საათი შეადგენს $1/8760$ წელს, ხოლო 30 წთ – $1/17520 = 0,000057$ წელს. ანესთეზიის დროს სარგებლიანობის ცვლილება შეადგენს $0,95 - 0,1 = 0,85$; ანესთეზიის შედეგი შეადგენს $0,85 \times 0,000057 = 0,0000484$ QALY. ხარჯთ-უტილიტარული კოეფიციენტი შეადგენს $25/0,0000484 = 516\,528$ ლარი/ QALY.

ხარჯთ-უტილიტარული კოეფიციენტი ძალიან მაღალი გამოვიდა. ამ შემთხვევაში უფრო ნათელი იქნებოდა აღნიშნული შედეგის გამოსახვა ლარებში სიცოცხლის 1 წუთზე ხარისხის გათვალისწინებით. ამ ერთეულებში შედეგი შეადგენს 0,98 ლარს სიცოცხლის 1 წუთზე ხარისხის გათვალისწინებით, და პაციენტისათვის, რომელიც ღებულობს სტომატოლოგიურ დახმარებას, სრულებით მისაღებს წარმოადგენს.

ამოცანა II. პაციენტმა, რომელმაც გადაიტანა მიოკარდიუმის ინფარქტი, უტარდება შემმანარჩუნებელი თერაპია, რომლის ღირებულება შეადგენს 300 ლარს/თვეში. შემმანარჩუნებელი თერაპიის შედეგად პაციენტის მდგომარეობის სარგებლიანობა იზრდება 0,42-დან 0,60-მდე. სავალდებულოა მედიკამენტების მუდმივად მიღება.

შემმანარჩუნებელი თერაპიის შედეგი ერთი წლის განმავლობაში შეადგენს $(0,6 - 0,42) \times 1 = 0,18$ QALY, წლიურ კურსზე დანახარჯები შეადგენს $300 \times 12 = 3600$ ლარი. ხარჯთ-უტილიტარული კოეფიციენტი შეადგენს $3600/0,18 = 20000$ ლარი/ QALY.

ამოცანა III. ოპერაციული ჩარევის შედეგად პაციენტს შეუნარჩუნდა სიცოცხლე, და მან იცოცხლა კიდევ 10 წელი სარგებლიანობის მდგომარეობით 0,6. ოპერაციის ფასი შეადგენს 7200 ლარს.

ოპერაციის შედეგი შეადგენს $0,6 \times 10 = 6$ QALY, ხარჯთ-უტილიტარული კოეფიციენტი შეადგენს $7200/6 = 1200$ ლარი/ QALY.

ზემოთ განხილული სამი შემთხვევიდან ერთ წელ სიცოცხლეზე ხარისხის გათვალისწინებით ყველაზე ნაკლები ხარჯები შეესაბამებოდა ქირურგიულ ოპერაციას, რომელიც ადამიანს უნარ-ჩუნებს სიცოცხლეს.

1993 წლის ჯანმოს მოხსენების ნაწილს წარმოადგენდა განვითარებად ქვეყნებში სამედიცინო დაწესებულებებში ჩატარებული სხვადასხვა სამკურნალო ღონისძიებების შედარებითი ანალიზი. ქვემოთ მოცემულ ცხრილში ასახულია ფრაგმენტები აღნიშნული მოხსენებიდან. მსგავსი ანალიტიკური კვლევები, რომლებიც ხორციელდება ეკონომიკური ეფექტურობის შედარების საფუძველზე, საჭიროა სამედიცინო მომსახურების ბაზისური პაკეტის შესაქმნელად.

ცხრილი 7: ბავშვთა ასაკში ყველაზე გავრცელებული დაავადებები განვითარებად ქვეყნებში და პრიორიტეტების განსაზღვრა ხარჯ-შედგობრივი ანალიზის მიხედვით (1990 წ.).

დაავადება	დანაკარგები DALY მლნ	დანაკარგები DALY %	სამედიცინო ჩარევის ზომები	ხარჯები და შედეგები, \$ 1 DALY -ზე
იმუნიზაციით მართვადი ინფექციები	65	10	იმუნიზაციის გაფართოებული პროგრამა	12-30
A ვიტიამინოზი	12	2	იმუნიზაციის გაფართოებული პროგრამა	12-30
იოდდეფიციტური მდგომარეობები	9	1	საკვების იოდით გაჯერება	19-37
ნაწლავური პელმინოზები	17	3	სასკოლო სამედიცინო მომსახურება	
ღიარული დაავადებები	92	14	კომპლექსური მკურნალობა	
ცილოვან-ენერგეტიკული უკმარისობა	12	2	კომპლექსური მკურნალობა	
პერინატალური ავადობა და სიკვდილობა	96	15	ოჯახის დაგეგმვა, პრენატალური სამედ. დახმარება, პროფესიული მშობიარობა	
რესპირატორული ინფექციები	98	15	კომპლექსური მკურნალობა	
მალარია	31	5	კომპლექსური მკურნალობა	
განვითარების თანდაყოლილი მანკები	35	5	ქირურგიული ჩარევა	
სხვა	193	28	-	
სულ	660	100	-	

წყარო: Bobadilla J.-L., Cowley P., Musgrove P., Saxenian H. Design, content and financing of an essential national package of health services. Bulletin World Health Organization, 1994; 72: 653-662.

ჯანმოს მოხსენებაში ხარჯებისა და შედეგების დამოკიდებულება განიხილება DALY-ის და მკურნალობაზე გაწეულ ხარჯების ურთიერთშედარებით. ძვირადღირებულ ეფექტურ მეთოდებს წარმოადგენს A ვიტიამინოზის საკვების გაჯერება, წითელას წინააღმდეგ ბრძოლის ღონისძიებები, ქიმიოთერაპია ტუბერკულოზის დროს. ძვირადღირებულ, მაგრამ მაღალეფექტურ მეთოდს წარმოადგენს აგრეთვე 15 წლამდე ბავშვთა ლეიკემიის სამკურნალოდ ქიმიოთერაპიის გამოყენება. ამ მეთოდის გამოყენება დაბალეფექტურია 75 წელს ზევით მოსახლეობის სამკურნალოდ. უკანასკნელ წლებში დიდი ყურადღება ექცევა ქირურგიული დაავადებების ამბულატორიული და სტაციონარული მკურნალობის მეთოდებს შორის, მკურნალობის ქირურგიულ და თერაპიულ

მეთოდებს შორის (მაგ. ვენების ვარიკოზული გაფართოება ან გულის იშემიური დაავადება), აგრეთვე სახელმწიფო და კერძო სტომატოლოგიურ დახმარებას შორის არჩევანის გაკეთებას.

თირკმლების ტერმინალური სტადიის დროს სიცოცხლის გახანგრძლივების კვლევის შედეგად აღმოჩნდა, რომ თირკმლების გადანერგვა უფრო იაფია (სიცოცხლის 1 წლით გახანგრძლივებაზე 3600 დოლარი), ვიდრე დიალიზი (4200 დოლარი სიცოცხლის 1 წლით გახანგრძლივებაზე), ან დიალიზი სტაციონარის პირობებში (116 000 დოლარი). გარდა ამისა, სიცოცხლის ხარისხი თირკმლის გადანერგვისას უფრო მაღალია. აღნიშნული წარმოადგენს მკურნალობის მეთოდის ეკონომიკურ ეფექტურობას სიცოცხლის წლების და ხარისხის გათვალისწინებით (QALY). ამასთან მხედველობაში მისაღებია სხვა გარეშე მდგომარეობები, მაგალითად, შესაბამისი დონორის თირკმლის მიღებასთან დაკავშირებული სირთულეები, ან სპეციალისტების და სამკურნალო დაწესებულებების უკმარისობა, რომლებსაც შეუძლიათ ეფექტურად განახორციელონ თირკმლის გადანერგვის ოპერაცია.

შედარებითი ეკონომიკური ანალიზის მაგალითს წარმოადგენს ნაღვლის ბუშტის ენდოსკოპიური მოშორება და ტრადიციული აბდომინალური ქოლეცისტექტომია. ენდოსკოპიური მოშორებისას საჭიროა დაახლოებით სამჯერ მეტი საოპერაციო დრო, მაგრამ გამოჯანმრთელება დგება სწრაფად, ამასთან პაციენტი შესაძლებელია სტაციონარიდან გამოეწეროს ოპერაციის მეორე დღეს, ხოლო 1-2 დღის შემდეგ სამუშაოსაც დაუბრუნდეს. გერონტოლოგიური კვლევები ადასტურებენ, რომ მოხუცთა მოვლა ბინაზე – მედლის მომსახურება, ფიზიოთერაპია, სოციალური მუშაკის ვიზიტები – შედარებით იაფია, ვიდრე იმავე პაციენტის სტაციონარულ პირობებში შენახვა. ამავე დროს, დიდი რაოდენობით ფუნქციონალური დარღვევების მქონე ადამიანისათვის საავადმყოფოში მკურნალობა ეკონომიკურად უფრო გამართლებულია, ვიდრე ბინაზე მომსახურების გაწევა.

ზოგჯერ სამედიცინო დახმარების შედარებით იაფი მეთოდი ნაკლებად ეფექტურს წარმოადგენს. კვლევები გვიჩვენებენ, რომ შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი როგორც ორსულობის შეწყვეტის მეთოდი მოითხოვს ნაკლებ ხარჯებს, ვიდრე სხვა ჩასახვისსაწინააღმდეგო საშუალებები, მაგრამ ჩასახვისსაწინააღმდეგო აბებთან შედარებით იგი ნაკლებად ეფექტურს წარმოადგენს. აბორტი, როგორც შობადობის შემცირების მეთოდი, შეიძლება დაკავშირებული იყოს ნაკლებ დანახარჯებთან, ვიდრე ჩასახვის-საწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენება, მაგრამ აბორტები დაკავშირებულია ისეთი სახის გართულებებთან, რომლებიც დედათა ავადობისა და სიკვდილობის ზრდას განაპირობებენ. ეკონომიკური ეფექტურობის ანალიზის დროს ფასდება როგორც ხარჯები, ასევე საექიმო ჩარევის მეთოდის ეფექტურობა, რაც საშუალებას გვაძლევს განვსაზღვროთ ხარჯების ფარდობითი ეფექტურობა. მეთოდის ძირითად ნაკლოვანებას წარმოადგენს ის გარემოება, რომ იგი არ იძლევა პასუხს შეკითხვაზე, აუცილებელია თუ არა მოცემული საექიმო ჩარევა. ხარჯების და შედეგების ანალიზი საშუალებას იძლევა განვსაზღვროთ, თუ რამდენად გამართლებულია გარკვეულ სამედიცინო მეთოდზე ხარჯები სოციალური სარგებლის მიხედვით.

აღნიშნული მეთოდის ძირითად პრობლემას წარმოადგენს ის მდგომარეობა, რომ ხშირად ძნელია მონეტარული ფორმით გამოსახო სარგებელი. ეს სიძნელე განსაკუთრებით თვალშისაცემია მაშინ როდესაც ადამიანის ცხოვრებას გამოხატავენ ფულადი გაანგარიშებით, ხოლო მისი დაცვა წარმოადგენს სარგებელს ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევის საშუალებით. ამისათვის გამოიყენება სხვადასხვა ტექნოლოგიები. ერთ-ერთი მეთოდი (ადამიანური კაპიტალის მიდგომა) ითვალისწინებს სიცოცხლის შეფასებას პაციენტის შრომისუნარიანობის შემცირების მეშვეობით. ასეთი მიდგომის ნაკლოვანებას წარმოადგენს ის გარემოება, რომ უმუშევართა და პენსიონერთა სიცოცხლე მკურნალობის შედეგად იქნება უფრო ნაკლები ღირებულების, ვიდრე დასაქმებულთა სიცოცხლე. იგივე შედეგი შეიძლება მივიღოთ დიასახლისთა და მუდმივ ფერმერთა შეფასებისას, რომლებიც აგრეთვე შეიძლება გახდნენ ნაკლებად ღირებულნი.

განსხვავებული მეთოდი მდგომარეობს იმაში, რომ თვით ინდივიდები ახდენენ მონეტარული ფორმით სიცოცხლის, ჯანმრთელობის, სიკვდილის, და ა. შ. შეფასებას. იგი შეიძლება განხორციელდეს პირდაპირი გამოკითხვის მეშვეობით (შემთხვევითი შეფასება) ან ირიბი გზით, მაგალითად მათ ქცევაზე დაკვირვება, ან სახელმწიფო მოსამსახურეთა ქცევაზე დაკვირვება.

DALY-ის ინდექსის მიხედვით , გამოკვეთილი 1 91 ქვეყნიდან საქართველო 44 -ე ადგილზე იმყოფება. როგორც ცნობილია , საქართველოში საშუალო სიცოცხლის ხანგრძლივობა 72,9 წელია, მაგრამ DALY-ის ინდექსის გათვალისწინებით საქართველოში ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა 66,3 წელს შეადგენს. აღსანიშნავია, რომ DALY-ის ინდექსის მიხედვით საქართველოში მამაკაცების ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა ქალებთან შედარებით დაბალია. მაღალია ჯანმრთელობის არადაამაკაყოფილებელ პირობებში გატარებული დროის ხანგრძლივობა, რაც უპირველეს ყოვლისა გამოწვეულია თამბაქოსა და ალკოჰოლური სასმელების დიდი ოდენობით მოხმარებასთან. მოყვანილი განსხვავებები DALY-ის და სხვა ინდექსებს შორის მიუთითებს, რომ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შედარებით უკეთესი მდგომარეობა სხვა ფაქტორებით არის გამოწვეული და არა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ხარისხით.

ცხრილი 8: ჯანმრთელი სიცოცხლის ხანგრძლივობა DALY-ის ინდექსის მიხედვით

რანგი	ქვეყანა	DALY-ის მანქვებლები წლების მიხედვით		
		სულ	მამაკაცი	ქალი
1	იაპონია	74,5	71,9	77,2
34	სლოვენია	68,4	64,9	71,9
35	ჩეხეთი	68	65,2	70,8
38	ხორვატია	67	63,3	70,6
41	სომხეთი	66,7	65	68,3
42	სლოვაკეთი	66,6	63,5	69,7
44	საქართველო	66,3	63,1	69,4
45	პოლონეთი	66,2	62,3	70,1
46	იუგოსლავია	66,1	64,2	68,1
56	ბოსნია	64,9	63,4	66,4
60	ბულგარეთი	64,4	61,2	67,7
62	უნგრეთი	64,1	60,4	67,9
63	ლიტვა	64,1	60,4	67,9
64	მაკედონია	63,7	61,8	65,6
65	აზერბაიჯანი	63,7	60,6	66,7
69	ესტონეთი	63,1	58,1	68,1
70	უკრაინა	63	58,5	67,5
91	რუსეთი	61,3	56,1	66,4

20.4.1. ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცხრილების საშუალებით სარგებლიანობის განსაზღვრის ალგორითმი

განვიხილოთ ჯანმრთელობის მდგომარეობის ცხრილების საშუალებით სარგებლიანობის განსაზღვრის მეთოდი. მოცემული ალგორითმი გამოიყენება სამ წელზე ზევით ადამიანებისათვის და შესაძლებელია განვსაზღვროთ ოთხი ნიშნის (P, R, S, H) საფუძველზე ჯანმრთელობის სხვადასხვა მდგომარეობის სარგებლიანობის კოეფიციენტი. მაჩვენებელი P ახასიათებს ფიზიკურ მდგომარეობას: მოძრაობა და ფიზიკური აქტივობა, მაჩვენებელი R დაკავშირებულია თვითმომსახურების უნართან და ყოველდღიური ცხოვრების სხვა ფორმებთან. მაჩვენებელი S – ფსიქიკურ მდგომარეობასთან, მაჩვენებელი H – ჯანმრთელობის განსაკუთრებულ პრობლემებთან. ოთხივე მაჩვენებელი ხასიათდება რამდენიმე დონეებით. მოცემული მდგომარეობის მახასიათებელი სარგებლიანობის კოეფიციენტის განსაზღვრისათვის თითოეული მაჩვენებლისათვის ხდება დონის არჩევა, რომელიც შეესაბამება ამ მდგომარეობას. ამგვარად, მდგომარეობა განისაზღვრება ოთხივე

დონის მიხედვით. მაგალითად, სრულიად ჯანმრთელ ადამიანს შეესაბამება დონეები (PI, RI, SI, HI); ადამიანს, რომელსაც აქვს ფიზიკური ნაკლოვანებები შეესაბამება - (P3, R2, S1, H1); ადამიანს ემოციური მოშლილობებით - (P1, R2, S4, H1). მდგომარეობის შესაბამისი დონეების ცოდნის შემდეგ, ცხრილის მეშვეობით პოულობენ შესაბამის ციფრებს m_1, m_2, m_3, m_4 – სარგებლიანობის მულტიპლიკატიურ ფაქტორებს, და ემპირიული ფორმულის გამოყენებით გამოითვლიან სარგებლიანობის კოეფიციენტს:

$$U = 1,42 \cdot (m_1 \cdot m_2 \cdot m_3 \cdot m_4) - 0,42$$

ამ ფორმულაში სრულ ჯანმრთელობას შეესაბამება სარგებლიანობა, რომელიც ერთის ტოლია, ხოლო სიკვდილს – სარგებლიანობა, რომელიც ნულის ტოლია. სარგებლიანობის მულტიპლიკატიური ფაქტორების დაბალი მაჩვენებლის შემთხვევაში შეიძლება მივიღოთ ნულზე ნაკლები მნიშვნელობა – “მდგომარეობა უფრო ცუდაა, ვიდრე სიკვდილი”.

გათვლების მაგალითები:

- $U(P1, R1, S1, H1) = 1,42 (1,00 \times 1,00 \times 1,00 \times 1,00) - 0,42 = 1,00$
- $U(P1, R1, S1, H4) = 1,42 (1,00 \times 1,00 \times 1,00 \times 0,91) - 0,42 = 0,87$
- $U(P3, R2, S1, H1) = 1,42 (0,81 \times 0,94 \times 1,00 \times 1,00) - 0,42 = 0,66$
- $U(P1, R2, S4, H1) = 1,42 (1,00 \times 0,94 \times 0,77 \times 1,00) - 0,42 = 0,61$
- $U(P3, R2, S2, H5) = 1,42 (0,81 \times 0,94 \times 0,96 \times 0,86) - 0,42 = 0,47$
- $U(P5, R4, S3, H1) = 1,42 (0,61 \times 0,75 \times 0,86 \times 1,00) - 0,42 = 0,14$
- $U(P5, R5, S4, H7) = 1,42 (0,61 \times 0,50 \times 0,77 \times 0,83) - 0,42 = - 0,14$
- $U(P6, R5, S4, H8) = 1,42 (0,52 \times 0,50 \times 0,77 \times 0,74) - 0,42 = - 0,21$

ცხრილი 9: ფიზიკური მდგომარეობა: მოძრაობა და ფიზიკური აქტიურობა (P)

კოდი	აღწერა
P1	შეუძლია სიარული სახლში და გარეთ ვინმეს დახმარების გარეშე; არ არსებობს ფიზიკური შესაძლებლობების შეზღუდვები ადგომაში, სიარულში, სირბილში, ზტომაში, მოხრაში.
P2	შეუძლია სიარული სახლში და გარეთ ვინმეს დახმარების გარეშე; არსებობს ფიზიკური შესაძლებლობების ზოგიერთი შეზღუდვები ადგომაში, სიარულში, სირბილში, ზტომაში, მოხრაში.
P3	შეუძლია სიარული სახლში და გარეთ ვინმეს დახმარების გარეშე, მაგრამ გადაადგილებისას საჭიროებს მექანიკურ საყრდენს
P4	სახლში და გარეთ გადაადგილებისას საჭიროებს ვინმეს დახმარებას; არსებობს ფიზიკური შესაძლებლობების ზოგიერთი შეზღუდვები ადგომაში, სიარულში, სირბილში, ზტომაში, მოხრაში.
P5	სახლში და გარეთ გადაადგილებისას საჭიროებს ვინმეს დახმარებას; გადაადგილებისას საჭიროებს მექანიკურ საყრდენს
P6	სახლში და გარეთ გადაადგილებისას საჭიროებს ვინმეს დახმარებას; არ შეუძლია გამოიყენოს ან მართოს ხელები და ფეხები

12 ცხრილის შენიშვნა:

1. თითოეული აღწერის ფარგლებში არჩევანი განისაზღვრება ასაკის შესაბამისად. მაგალითად, სამი წლის ბავშვს არ შეუძლია ისეირნოს სხვის დახმარების გარეშე.
2. პირებს, რომელთაც აქვთ რამდენიმე პრობლემა, კლასიფიცირდება როგორც ძალიან სერიოზული მდგომარეობა.

ცხრილი 10: ყოველდღიური მოქმედება: თვითმომსახურება და სხვა ფორმები (R)

კოდი	აღწერა
R1	შეუძლია მიიღოს საკვები, ჩაიცვას, მიიღოს აბაზანა, გამოიყენოს საპირფარეშო ვინმეს გარეშე, შეზღუდვები არ არსებობს თამაშებში, სკოლაში დასწრებაზე, შრომით საქმიანობაში და სხვა მეცადინეობებზე
R2	შეუძლია მიიღოს საკვები, ჩაიცვას, მიიღოს აბაზანა, გამოიყენოს საპირფარეშო ვინმეს გარეშე, არსებობს ზოგი ხასიათის შეზღუდვები თამაშებში მონაწილეობაზე, სკოლაში დასწრებაზე, შრომით საქმიანობაში და სხვა მეცადინეობებზე
R3	შეუძლია მიიღოს საკვები, ჩაიცვას, მიიღოს აბაზანა, გამოიყენოს საპირფარეშო ვინმეს გარეშე, არ შეუძლია მონაწილეობა მიიღოს თამაშებში, დაესწროს სკოლას ან შრომით საქმიანობას.
R4	საკვების მიღებისას, ჩაცმისას, აბაზანის მიღებისას, საპირფარეშოს გამოყენებისას საჭიროებს დახმარებას; არსებობს ზოგი ხასიათის შეზღუდვები თამაშებში მონაწილეობაზე, სკოლაში დასწრებაზე, შრომით საქმიანობაში და სხვა მეცადინეობებზე
R5	საკვების მიღებისას, ჩაცმისას, აბაზანის მიღებისას, საპირფარეშოს გამოყენებისას საჭიროებს დახმარებას; არ შეუძლია მონაწილეობა მიიღოს თამაშებში, დაესწროს სკოლას ან შრომით საქმიანობას

ცხრილი 11: სოციოლოგიურ-ეკონომიკური ფუნქციები: ემოციური კეთილდღეობა და სოციალური აქტივობა (S)

კოდი	აღწერა
S1	ყოველთვის ან დროის დიდ ნაწილში ბედნიერია და გულგახსნილი; ყავს მეგობრების საშუალო რაოდენობა და მათთან აქვს კონტაქტები.
S2	ხყოველთვის ან დროის დიდ ნაწილში ბედნიერია და გულგახსნილი; ყავს მეგობრების მცირე რაოდენობა და მათთან მცირე კონტაქტები.
S3	შეწუხებულია, მშფოთვარე, ან დეპრესიის მდგომარეობაშია დროის დიდ ნაწილში; ყავს მეგობრების საშუალო რაოდენობა და მათთან აქვს კონტაქტები.
S4	შეწუხებულია, მშფოთვარე, ან დეპრესიის მდგომარეობაშია დროის დიდ ნაწილში; ყავს მეგობრების მცირე რაოდენობა და მათთან მცირე კონტაქტები.

ცხრილი 12: ჯანმრთელობის განსაკუთრებული პრობლემები (H)

კოდი	აღწერა
H1	ჯანმრთელობის პრობლემები არ არის
H2	არსებობს მცირე ფიზიკური გადახრები ან დეფექტები, მაგალითად, სახეზე ნაიარევი
H3	საჭიროებს სასმენ აპარატს
H4	აქვს ჯანმრთელობის პრობლემები, რომელიც ყოველ მეორე თვეს, არანაკლებ ორი დღისა გამოინატება ტკივილში და დისკომფორტში
H5	საჭიროებს სპეციალურ სკოლაში სწავლებას სწავლებასთან ან გაგებასთან დაკავშირებული პრობლემების გამო
H6	მხედველობასთან დაკავშირებული პრობლემები სათვალეების ხმარების დროსაც კი
H7	გარშემომყოფები ვერ უგებენ
H8	სიყრუე, სიმუნჯე, სიბრძავე

ცხრილი 13: სარგებლიანობის მულტიპლიკატიური ფაქტორები

ფიზიკური მდგომარეობა		ყოველდღიური საქმიანობა		სოციოლოგიური ემოციური მდგომარეობა		ჯანმრთელობის პრობლემები	
დონე	m_1	დონე	m_2	დონე	m_3	დონე	m_4
P1	1,00	R1	1,00	S1	1,00	H1	1,00
P2	0,91	R2	0,94	S2	0,96	H2	0,92
P3	0,81	R3	0,77	S3	0,86	H3	0,91
P4	0,80	R4	0,75	S4	0,77	H4	0,91
P5	0,61	R5	0,50			H5	0,86
P6	0,52					H6	0,84
						H7	0,83
						H8	0,74

მოცემული მეთოდის უპირატესობას წარმოადგენს მისი უნივერსალურობა. მართლაც, როდესაც საკმარისად სრულადაა ცნობილი ყოველი კონკრეტული დაავადების მდგომარეობა, მოყვანილი ცხრილების საშუალებით შესაძლებელია განისაზღვროს სარგებლიანობის კოეფიციენტი. მიუხედავად უნივერსალურობისა მეთოდს გააჩნია ნაკლოვანებებიც. მაგალითად, H4 მდგომარეობას (აქვს ჯანმრთელობის პრობლემები, რომელიც ყოველ მეორე თვეს, არანაკლებ ორი დღისა გამოიხატება ტკივილში და დისკომფორტში) აქვს სარგებლიანობის მულტიპლიკატიური ფაქტორი 0,91, რაც გვაძლევს ერთზე ნაკლებ სარგებლიანობას, მაშინ როდესაც აღნიშნული ფაქტორი აღინიშნება ფერტილური ასაკის ქალთა თითქმის ნახევარში, რაც არ უშლის მათ ხელს თავი იგრძნონ აბსოლუტურად ჯანმრთელებად. გარდა ამისა, არსებობენ ადამიანები, რომელთათვის ფაქტორები, რომლებიც სხვათათვის უმნიშვნელოა, მათთვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია (მცირე ნაიარევი სახეზე ფოტომოდელისათვის, ან გიმნასტისათვის მოძრაობის შეზღუდვა). ცხადია, ასეთი სპეციფიკური პაციენტებისათვის მოცემული სტანდარტიზებული მეთოდი მიუღებელს წარმოადგენს, და საჭიროა სპეციალური გათვლები, ისევე როგორც მათი რეაბილიტაციის სპეციალური პროგრამები.

20.4.2. სარჯო-უტილიტარული ანალიზის განხორციელება

1. ენდოსკოპიური ოპერაცია

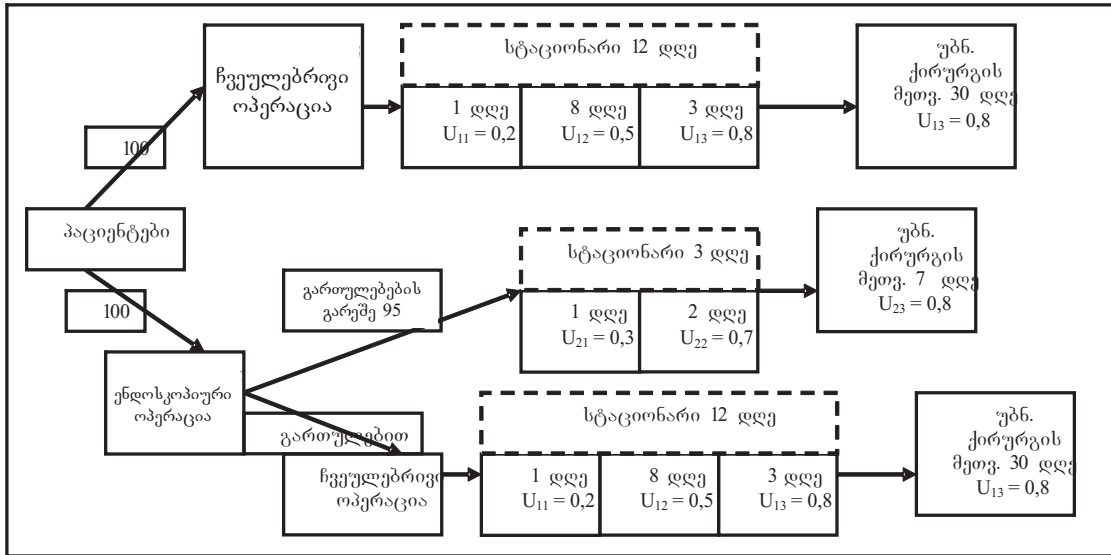
დაუშვათ, რომ სამედიცინო დაწესებულებამ შეიძინა ახალი ენდოსკოპიური მოწყობილობა, რომლის მეშვეობით შესაძლებელი გახდა ზოგი ოპერაციის ენდოსკოპიურით ჩანაცვლება. დაუშვათ, ჩვეულებრივი ოპერაციის შედეგად პაციენტი სტაციონარში რჩება 12 დღე, ხოლო შემდგომ 30 დღეს იგი იმყოფება უბნის ქირურგის მეთვალყურეობის ქვეშ, რომლის შემდგომაც გადის სამუშაოზე როგორც აბსოლუტურად გამოჯანმრთელებული. ენდოსკოპიური ოპერაციის დროს ავადმყოფს გამოწერენ საავადმყოფოდან მე-3 დღეს, იგი 7 დღე იმყოფება უბნის ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ, რომლის შემდგომაც გადის სამუშაოზე როგორც აბსოლუტურად გამოჯანმრთელებული. ჩვეულებრივი ოპერაციის შედეგად პირველ დღეს პაციენტის მდგომარეობა ხასიათდება სარგებლიანობით $u_{11} = 0,2$, შემდგომი 8 დღის განმავლობაში სარგებლიანობა შეადგენს $u_{12} = 0,5$, ხოლო შემდგომი, რეაბილიტაციის პერიოდის (სამუშაოზე გამოსვლამდე) საშუალო სარგებლიანობა შეადგენს $u_{13} = 0,8$. მცირეინვაზიური ენდოსკოპიური ჩარევების დროს ოპერაციის წარმატებული გამოსავლის ალბათობა შეადგენს 95 %-ს, ხოლო შემთხვევების 5 %-ის დროს წარმოიქმნება გართულებები, რომლის დროსაც აუცილებელია ჩვეულებრივი ოპერაციების ჩატარება. მცირეინვაზიური ჩარევის წარმატებული გამოსავლის შემთხვევაში პაციენტის მდგომარეობის სარგებლიანობა შეადგენს $u_{21} = 0,3$ ოპერაციის პირველ დღეს, შემდგომი ორი დღე - $u_{22} = 0,7$, 7 დღის პერიოდში სამუშაოს გამოსვლამდე $u_{23} = 0,8$. ორივე ოპერაციის შემთხვევაში ადგილი არ აქვს სერიოზულ გართულებებს, რომლებიც განაპირობებენ სიკვდილს ან ჯანმრთელობის გაუარესებას ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში.

სტაციონარში საწოლ-დღის საშუალო ღირებულება (გარდა მკურნალობასთან დაკავშირებული პირდაპირი ხარჯებისა) შეადგენს 140 ლარს, ენდოსკოპიური ოპერაციის ხარჯები 1322 ლარით აღემატება ჩვეულებრივ ოპერაციას (თითოეულ ოპერაციაზე ხარჯებში შედის მედიკამენტების და მასალების ხარჯები, აგრეთვე სამედიცინო პერსონალის სახელფასო ხარჯები). უბნის ქირურგის მეთვალყურეობის ღირებულება შეადგენს 30 ლარს ერთ ვიზიტზე. ენდოსკოპიური ოპერაციის დროს ავადმყოფი ქირურგს მიმართავს ორჯერ, ჩვეულებრივი ოპერაციის დროს - ოთხჯერ.

ამოცანა: შევაფასოთ ენდოსკოპიური ჩარევის სარგებლიანობა, განსაზღვრეთ ხარჯო-უტილიტარული კოეფიციენტი და გააკეთეთ ჩვეულებრივი ოპერაციის ენდოსკოპიური ოპერაციით ჩანაცვლების ეკონომიკური მიზანშეწონილობის ან არამიზანშეწონილობის შესახებ დასკვნა. ანალიზი შეასრულეთ იმ ორგანიზაციის თვალსაზრისით, რომელიც აფინანსებს სამედიცინო დახმარებას და საერთოდ საზოგადოების თვალსაზრისით.

ანალიზი. ამოცანა მოითხოვს ორი ალტერნატივის, ჩვეულებრივი და ენდოსკოპიური ჩარევის შედარებას. ალტერნატივას “არაფერი ვაკეთოთ” შეადგენს ჩვეულებრივი ოპერაცია. ორი ჩარევის შედეგად შესაძლებელი გამოსავალი მოცემულია ნახატზე.

ნახაზი 4: ჩვეულებრივი და ენდოსკოპიური ოპერაციების შედარება



რადგანაც პაციენტების მდგომარეობა განსხვავებულია ოპერაციის შემდგომ 42 საათის განმავლობაში, განვიხილოთ ამ პერიოდის განმავლობაში ორი სახის ოპერაციული ჩარევის შედეგად 100 პაციენტზე მიღებული QALY-ის რაოდენობა. გავითვალისწინოთ, რომ 1 დღე უდრის 1/365 წელს.

100 პაციენტის მიერ გატარებული 42 დღიანი ოპერაციის შემდგომი პერიოდი ექვივალენტურია $100 \cdot (1 \cdot 0,2 + 8 \cdot 0,5 + 33 \cdot 0,8) / 365 = 3060 / 365 = 8,384$ QALY.

როდესაც 100 პაციენტს უტარდება ენდოსკოპიური ჩარევა, მაშინ მათ შორის 95 პაციენტისთვის 42 დღიანი ოპერაციის შემდგომი პერიოდი ექვივალენტურია:

$$95 \cdot (1 \cdot 0,3 + 2 \cdot 0,7 + 7 \cdot 0,8 + 32 \cdot 1) / 365 = 10,229 \text{ QALY}$$

ხოლო მათთვის, ვისაც ოპერაცია გაუთვალდა, და ჩაუტარდათ ჩვეულებრივი ოპერაცია, 42 დღიანი ოპერაციის შემდგომი პერიოდი ექვივალენტურია:

$$5 \cdot (1 \cdot 0,2 + 8 \cdot 0,5 + 33 \cdot 0,8) / 365 = 0,419 \text{ QALY}$$

შეჯამებისას ყველა 100 პაციენტისათვის, რომელთაც უტარდებათ ენდოსკოპიური ოპერაცია, ოპერაციის შემდგომი 42 დღე ექვივალენტურია 10,648 QALY.

ენდოსკოპიური ოპერაციის გამოყენებით მოგება (QALY) 100 პაციენტზე შეადგენს:

$$\Delta Q = 10,648 - 8,384 = 2,264 \text{ QALY}$$

მკურნალობის თითოეული მეთოდის რეალიზაციაზე ხარჯები დამოკიდებულია იმ თვალსაზრისზე, ვისთვისაც ხორციელდება ანალიზი. სამედიცინო დახმარების დამფინანსებელი ორგანიზაციის თვალსაზრისით, პაციენტის სტაციონარში შენახვის ხარჯები ჩვეულებრივი ოპერაციის დროს შეადგენს $140 \cdot 12 = 1680$ ლარს, ხოლო ენდოსკოპიური ოპერაციის დროს $140 \cdot 3 = 420$ ლარს. ჩვეულებრივი ოპერაციის დროს უბნის ქირურგის მეთვალყურეობის ხარჯები შეადგენს $30 \cdot 4 = 120$, ხოლო ენდოსკოპიური ოპერაციის დროს – $30 \cdot 2 = 60$ ლარს. ენდოსკოპიურ ოპერაციაზე დამატებითი ხარჯები შეადგენს 1322 ლარს. ენდოსკოპიურ ოპერაციაზე ინკრემენტული ხარჯები უდრის ენდოსკოპიური და ჩვეულებრივი ოპერაციების ხარჯების სხვაობას:

$\Delta C = (420 + 60 + 1322) - (1680 + 120) = 2$ ლარი, ანუ 200 ლარი 100 პაციენტზე.

ხარჯთ-უტილიტარული კოეფიციენტი უდრის $\Delta C/\Delta E = 200/2,264 = 88, 34$ ლარი/ QALY. როგორც ჩანს QALY-ის არც თუ ისე მაღალი მაჩვენებელია.

საზოგადოების თვალსაზრისით ანალიზის ჩატარებისას, ხარჯებში უნდა შევიტანოთ დანაკარგები, რომელსაც გასწევს საზოგადოება პაციენტის სამუშაოზე გაუსვლელობის შემთხვევაში. მარტივი გათვლით ეს დანაკარგები შეადგენს საავადმყოფოს ფურცლის ანაზღაურების თანხას. დაეუშვათ, პაციენტების 60 % მუშაობს, რომელთა თვიური ხელფასი შეადგენს 1000 ლარს. ენდოსკოპიური ოპერაციის შემთხვევაში 100 პაციენტიდან 95 პაციენტს შეუძლია გავიდეს სამუშაოზე ჩვეულებრივ ოპერაციასთან შედარებით 32 დღით ადრე. როდესაც მუშაობს 60 პაციენტი, მაშინ სამუშაოზე ადრე გასული პაციენტების რაოდენობა შეადგენს $0,6 \cdot 95 = 57$. თუ ჩავთვლით, რომ თვეში არის 30 დღე, მივიღებთ ეკონომიას საავადმყოფოს ფურცელზე (100 პაციენტზე რომლებმაც გაიარეს ენდოსკოპიური ოპერაცია): $57 \cdot 32 \cdot 1000 / 30 = 60800$ ლარი, რაც 10600 ლარით აღემატება ენდოსკოპიურ ოპერაციაზე დამატებით ხარჯებს. ამგვარად, საზოგადოების თვალსაზრისით ენდოსკოპიური ოპერაციები ხელსაყრელია: მცირე ხარჯებით ხდება სიცოცხლის დამატებითი წლების მოგება ხარისხის გათვალისწინებით.

მაგალითი 2. პაციენტს, რომელმაც გადაიტანა მიოკარდიუმის ინფარქტი და სტაციონარში გაიარა ინტენსიური თერაპიის კურსი, ხოლო შემდგომ – სანატორიუმში აღდგენითი თერაპიის კურსი, უნიშნავენ მუდმივ მკურნალობას.

თუ პაციენტს არ ჩავუტარებთ მკურნალობის არანაირ კურსს, იგი იცოცხლებს კიდევ 2 წელი სარგებლიანობის კოეფიციენტით $u_3 = 0,3$. შესაძლებელია მკურნალობის ორი ვარიანტი. პირველი ვარიანტის შემთხვევაში, მედიკამენტების ნაკრები და ექიმის მუდმივი მეთვალყურეობა პაციენტს უჯდება თვეში 120 ლარი (მედიკამენტების ნაწილს იგი ღებულობს შეღავათიან ფასად), ხოლო სიცოცხლე 8 წლით ხანგრძლივდება, სარგებლიანობის კოეფიციენტი შეადგენს $u_1 = 0,45$. მეორე შემთხვევაში პაციენტის ხარჯები შეადგენს 430 ლარს თვეში, ხოლო სიცოცხლე ხანგრძლივდება 10 წლით სარგებლიანობის კოეფიციენტი შეადგენს $u_2 = 0,8$.

ამოცანა: განსაზღვრეთ ხარჯთ-უტილიტარული კოეფიციენტი მკურნალობის ორი კურსისათვის ალტერნატივის “არაფერი არ ვაკეთოთ” გათვალისწინებით და გააკეთეთ დასკვნა ანალიზით მიღებული შედეგების შესახებ.

ანალიზი: რადგანაც ხარჯები და შედეგები დროში ემთხვევა, დისკონტირების საჭიროება არ არის. ამიტომ დასმული ამოცანის გადასაწყვეტად საკმარისია თითოეული ალტერნატივის ხარჯების და შედეგების შეფასება.

ალტერნატივა “არაფერი ვაკეთოთ”:

ხარჯები = 0,

შედეგი = $0,3 \cdot 2 = 0,6$ QALY.

ვარიანტი 1:

ხარჯები = $120 \cdot 12 \cdot 8 = 11520$ ლარი.

შედეგი = $8 \cdot 0,45 = 3,6$ QALY.

ინკრემენტული შედეგი = 3,0 QALY.

ხარჯთ-უტილიტარული კოეფიციენტი = $11520 : 3 = 3840$ ლარი/QALY

ვარიანტი 2:

ხარჯები = $430 \cdot 12 \cdot 10 = 51600$

შედეგი = $10 \cdot 0,8 = 8$ QALY

ინკრემენტული შედეგი = 7,4 QALY

ხარჯთ-უტილიტარული კოეფიციენტი = $51600 : 7,4 = 6973$ ლარი/QALY.

როგორც უხედავთ, მეორე ვარიანტი პირველთან შედარებით უფრო ძვირია. თუმცა პაციენტის თვალსაზრისით სიტუაციის ანალიზისას, უნდა გვახსოვდეს, რომ 0,8 სარგებლიანობის დროს პაციენტს შეუძლია იმუშაოს, და მისმა შემოსავალმა შეიძლება მოახდინოს მკურნალობაზე დახარჯული თანხების კომპენსაცია.

20.5. ხარჯთ-სარგებლიანობის ანალიზი (Cost Benefit Analysis)

ხარჯთ-სარგებლიანობის ანალიზის მეთოდოლოგიის იდეა ეკუთვნის ფრანგ ინჟინერს ჯ. დიუპუიტს (Jules Dupuit), რომელმაც 1848 წელს გამოაქვეყნა ნაშრომი და დღევანდლამდე არ დაუკარგია აქტუალობა. ბრიტანელმა ეკონომისტმა ალფრედ მარშალმა მოახდინა კონცეფციის ფორმულირება, რომელიც საფუძვლად დაედო ხარჯთ-ბენეფიტურ ანალიზს. ხარჯთ-ბენეფიტური ანალიზის პრაქტიკული განვითარება დაიწყო ა.შ.შ-ში ნავიგაციის შესახებ ფედერალური კანონის მიღების შემდეგ (1936 წ.). კანონის მიხედვით, აშშ-ის ჯარის საინჟინრო კორპუსს უნდა განეხორციელებინა სანაოსნო გზების სისტემის გაუმჯობესების პროექტები, სადაც პროექტების მთლიანი შედეგები უფრო მეტი უნდა ყოფილიყო ვიდრე მასზე გაწეული ხარჯები. ამგვარად, საინჟინრო კორპუსს უნდა შეექმნა შედეგების და ხარჯების გაზომვის სისტემეტური მეთოდები. ინჟინრებმა ამას მიადწიეს ეკონომისტების ჩარევის გარეშე. მხოლოდ 20 წლის შემდეგ, 1950-იანი წლების ბოლოს, ეკონომისტები შეეცადნენ შეემუშაებინათ შედეგების და ხარჯების გაზომვის ზუსტი, თანმიმდევრული მეთოდები და პროექტების პერსპექტიულობის განსაზღვრის მეთოდები.

სამედიცინო დახმარების ალტერნატიული ვარიანტების შედეგებმა შეიძლება ყოველთვის არ მიგვიყვანოს ერთიან ნატურალურ მაჩვენებლამდე. სამედიცინო მომსახურების ერთი სახის მიზანს წარმოადგენს სიცოცხლის გახანგრძლივება, მეორისას – დაავადების მკურნალობის დაჩქარება, ზოგიერთის კი – ერთდროულად რამდენიმე შედეგის მიღწევა. ასე მაგალითად, ვაქცინაციის მიზანია არამარტო ავადობის შემცირება, არამედ დაავადების წარმოქმნისას მისი ხანგრძლივობის შემცირება, ხოლო ქირურგიულმა მკურნალობამ შეიძლება ან გაახანგრძლივოს სიცოცხლე, ან გამოიწვიოს ინვალიდობა.

ასეთი მრავალგვარი ალტერნატივების ურთიერთშედარებისათვის საჭიროა გამოიყოს ყველა ალტერნატივებში ერთიანი პრიორიტეტული მაჩვენებელი (რაც ზოგჯერ შეუძლებელს წარმოადგენს), ან მოიძებნოს ისეთი მაჩვენებელი, რომლითაც შესაძლებლებელია ბევრი შედეგების ღირებულების გამოხატვა.

ხარჯ-სარგებლიანობის ანალიზი საშუალებას იძლევა პროგრამების, პროექტების, სამედიცინო მომსახურების შედეგები გავზომოთ ფულად ერთეულებში.

მეთოდი, რომელიც დაკავშირებულია როგორც ხარჯების, ასევე შედეგების ფულად ექვივალენტში გამოხატვასთან ეწოდება ხარჯთ-სარგებლიანობის ანალიზის მეთოდი.

ხარჯთ-სარგებლიანობის ანალიზს, ანუ შედეგების ფულადი სახით წარმოადგენას აქვს როგორც დადებითი, ასევე უარყოფითი მხარეები. მთავარ უპირატესობას წარმოადგენს ის გარემოება, რომ შედეგების ლარებში (ან სხვა ფულადობრივ ერთეულებში) გამოსახვისას, შეიძლება ერთმანეთს შევადაროთ უკიდურესად განსხვავებული ალტერნატივები, რომლებიც მიმართულია ხარისხობრივად განსხვავებული შედეგების მისაღწევად: დაავადებლიანობის შემცირება, შრომისუნარო დღეთა რიცხვის შემცირება, სიცოცხლის გახანგრძლივება და ა.შ. მეთოდის მთავარ ნაკლოვანებას წარმოადგენს მისი უპირატესობების შედეგები: საკმაოდ რთულია ფულადი გამოხატულება მისცე ისეთ ეფექტებს, როგორიცაა: ტკივილის ან შფოთვის არარსებობა, სიცოცხლის გადარჩენა და ა. შ. ამიტომ ხარჯთ-სარგებლიანობის ანალიზი გამოიყენება მხოლოდ იმ შემთხვევებში, სადაც

შესაძლებელია ასეთი წარმოდგენების საკმაოდ დამაჯერებლად და ნათლად დასაბუთება.

ხარჯთ-სარგებლიანობის ანალიზი წარმოადგენს პროფილაქტიკური პროგრამების ეკონომიკური შეფასების უმარტივეს ფორმას. პროფილაქტიკური პროგრამების დროს ვაქცინაციით მიღებული ეკონომია შესაძლებელია გავთვალთ მოსალოდნელ ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობაზე ან ქრონიკული დაავადებების გამწვავებისას გაწეული დანახარჯების მიხედვით. მიღებული ეკონომია წარმოადგენს პროფილაქტიკური პროგრამების რეალიზაციის შედეგად მიღებულ სარგებელს.

ხარჯთ-სარგებლიანობის ანალიზის ჩატარებისას მნიშვნელოვანია თუ ვისი თვალსაზრისით კეთდება იგი. როდესაც ანალიზი ხორციელდება იმ ორგანიზაციის თვალსაზრისით, რომელიც იხდის სამედიცინო დახმარების ხარჯებს, საჭიროა შემდეგი მონაცემების ცოდნა - პროფილაქტიკისა და მკურნალობის ღირებულება, ავადობის (ან ქრონიკული დაავადების გამწვავება) განვითარების ალბათობა პროფილაქტიკური პროგრამის ჩატარების გარეშე, ან მისი ჩატარებისას.

ხარჯთ-სარგებლიანობის ანალიზი გამოიყენება აგრეთვე სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გაწეული ფასიანი მომსახურების შეფასებისას (სამედიცინო დაწესებულების თვალსაზრისით). ფასიანი მომსახურების გაწევისას სარგებელს წარმოადგენს მიღებულ მოგებასა და გაწეულ ხარჯებს შორის სხვაობა. ასეთი ანალიზის გამოყენების მაგალითს წარმოადგენს ინვესტიციური პროექტების ხარჯთ-სარგებლიანობის ანალიზი, როდესაც ძვირადღირებული მოწყობილობების შესყიდვაზე დიდი თანხები იხარჯება, რომელთა დაფარვა შემდგომ პერიოდში ფასიანი მომსახურების გაწევით ხორციელდება.

მიუხედავად სიმარტივისა, ხარჯთ-სარგებლიანობის ანალიზი საჭიროებს გარკვეული სახის საინფორმაციო მონაცემების მოძიებას. მაგალითად, გაწეული მომსახურებისგან მიღებული შედეგების ფულადი სახით გამოხატვას წინ უნდა უძღოდეს ამ შედეგების ხარისხობრივი აღწერა და მისი ნატურალურ ერთეულებში გამოსახვა. მაგალითად: გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის პროგრამა საშუალებას იძლევა ვაქცინირებულთა ავადობა 70 %-ით, ხოლო დაავადების შემთხვევაში გართულებების რაოდენობა 1 %-მდე შემცირდეს. აგრეთვე, სამედიცინო მოწყობილობების შეძენა საშუალებას იძლევა წელიწადში 3000 ექოსკოპიური გამოკვლევა ჩატარდეს. მას შემდეგ, რაც ჩატარდება შედეგების ხარისხობრივი დახასიათება შეიძლება შევაფასოთ თითოეული ალტერნატივისგან მიღებული ეკონომია ან ფულადი მოგება.

20.5.1. ხარჯთ-სარგებლიანობის ანალიზის გამოყენება პროფილაქტიკური პროგრამებისათვის. შედეგის დამოკიდებულება თვალსაზრისზე

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, ხარჯთ-სარგებლიანობის ანალიზის ჩატარება დამოკიდებულია ამა თუ იმ მხარის თვალსაზრისზე. ასე მაგალითად, როდესაც ანალიზი კეთდება სადაზღვევო ორგანიზაციის თვალსაზრისით, რომელიც ირჩევს და აფინანსებს კონკრეტულ პროფილაქტიკურ პროგრამას, ხარჯების გათვლა ხორციელდება დაავადებათა მკურნალობაზე დაწესებული სტანდარტული ფასების მეშვეობით. განვიხილოთ ხარჯთ-სარგებლიანობის ეკონომიკური ანალიზის რამდენიმე მაგალითი.

მაგალითი I. ჯანმრთელობის დაზღვევის ორგანიზაციას განზრახული აქვს განახორციელოს პროფილაქტიკური გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების პროგრამა. პროგრამა გათვლილია 230 დისპანსერულ ავადმყოფზე, რომლებიც მუშაობენ ქალაქის ერთ-ერთ დაწესებულებაში და აღენიშნებათ შემდეგი დაავადებები:

- < წყლულოვანი დაავადება – 47 ადამიანი;
- < ჰიპერტონული დაავადება – 121 ადამიანი;
- < ბრონქიალური ასთმა – 62 ადამიანი.

პროფილაქტიკური გაჯანსაღების კურსები ხორციელდება ამბულატორიულად (პოლიკლინიკა განთავსებულია დაწესებულებასთან ახლოს, პაციენტებს შეუძლიათ პროფილაქტიკური დახმარება მიიღონ სამუშაოს დაწყებამდე და მის შემდეგ).

წყლულოვანი დაავადების კურსის ღირებულება შეადგენს 302,3 ლარს;

ჰიპერტონული დაავადებით ავადმყოფთათვის – 154,9 ლარს ერთ პაციენტზე;

ბრონქიალური ასთმით დაავადებულისთვის – 204 ლარს ერთ პაციენტზე.

სტაციონარულ პირობებში წყლულოვანი დაავადების ერთი შემთხვევის ღირებულება შეადგენს 590,8 ლარს, ჰიპერტონული დაავადების შემთხვევაში – 395,3 ლარს, ხოლო ბრონქიალური ასთმის შემთხვევაში - 204 ლარს.

პროფილაქტიკის არარსებობისას წლის განმავლობაში ჰოსპიტალიზაციის ალბათობა წყლულოვანი დაავადების შემთხვევაში შეადგენს 35 %-ს, ჰიპერტონული დაავადებისას - 32 %-ს და ბრონქიალური ასთმის შემთხვევაში - 38 %-ს. პროფილაქტიკის კურსი, რომელიც ტარდება წელიწადში ერთჯერ, საშუალებას იძლევა თავიდან იქნეს აცილებული მდგომარეობის გაუარესება და პაციენტთა ჰოსპიტალიზაცია.

ანალიზის მიზანი: პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარების ეკონომიკური ეფექტურობის განსაზღვრა.

დასახული ამოცანის გადასაწყვეტად საწყის ეტაპზე გავთვალთ თითოეული დაავადების პროფილაქტიკურ კურსის ჩატარების ხარჯები (C). ამისათვის პაციენტების რაოდენობა მრავლდება თითოეულ პაციენტზე პროფილაქტიკური კურსის ღირებულებაზე.

წყლულოვანი დაავადების შემთხვევაში: $C_1 = 47 \cdot 302,3 = 14208,1$ ლარი.

ჰიპერტონული დაავადების შემთხვევაში: $C_2 = 121 \cdot 154,9 = 18742,9$ ლარი.

ბრონქიალური ასთმის შემთხვევაში: $C_3 = 62 \cdot 204,0 = 12648,0$ ლარი.

პროგრამის მთლიანი ხარჯები შეადგენს: $C = C_1 + C_2 + C_3 = 45599$ ლარი.

აღნიშნული ხარჯები საშუალებას იძლევა თავიდან იქნეს აცილებული გამწვავების შემთხვევაში სტაციონარული მკურნალობის ხარჯები. მიღებული ეკონომია (B) შესაძლებელია გავთვალთ, პროფილაქტიკური ღონისძიებების არარსებობისას პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის ალბათობის გამრავლებით ავადმყოფი პაციენტების რაოდენობაზე (იგი გვაძლევს წლის განმავლობაში ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობას) და ერთ პაციენტზე სტაციონარული მკურნალობის ღირებულებაზე.

წყლულოვანი დაავადების შემთხვევაში: $B_1 = 0,35 \cdot 47 \cdot 590,8 = 9718,6$ ლარი.

ჰიპერტონული დაავადების შემთხვევაში: $B_2 = 0,32 \cdot 121 \cdot 154,9 = 15305,92$ ლარი.

ბრონქიალური ასთმის შემთხვევაში: $B_3 = 0,38 \cdot 62 \cdot 204,0 = 16708,6$ ლარი.

თითოეული დაავადების პროფილაქტიკური მკურნალობის ეკონომიკური ეფექტურობა განისაზღვრება ჰოსპიტალიზაციის არარსებობის და პროფილაქტიკური პროგრამების განხორციელებისას მიღებული საშუალებების ეკონომიას შორის სხვაობით: $E = B - C$.

წყლულოვანი დაავადების შემთხვევაში: $E_1 = B_1 - C_1 = 9718,6 - 14208,1 = -4490,1$ ლარი.

ჰიპერტონული დაავადების შემთხვევაში: $E_2 = B_2 - C_2 = 15305,92 - 18742,9 = -3437,7$ ლარი.

ბრონქიალური ასთმის შემთხვევაში: $E_3 = B_3 - C_3 = 16708,6 - 12648,0 = +4060,6$ ლარი.

მიღებული შედეგების ანალიზით ჩანს, რომ სამი დაავადებიდან ორის შემთხვევაში პროფილაქტიკური მკურნალობა წარმოადგენს წამგებიანს, და მხოლოდ ბრონქიალური ასთმის პროფილაქტიკური მკურნალობა გვაძლევს დადებით მოგებას. პროგრამის სრული დანერგვის ჯამობრივი ეკონომიკური ეფექტი უდრის ყველა პროგრამის ეფექტურობების ჯამს:

$$E = E_1 + E_2 + E_3 = -4490,1 - 3437,7 + 4060,6 = -3867,2 \text{ ლარი.}$$

ამგვარად, სადაზღვევო სამედიცინო ორგანიზაციის თვალსაზრისით, რომელიც აფინანსებს სამედიცინო მომსახურებას, მოცემული პროფილაქტიკური პროგრამა არ არის მომგებიანი.

მიუხედავად ამისა, მდგომარეობა რადიკალურად იცვლება, თუ მას განვიხილავთ საზოგადოების თვალსაზრისით. აღნიშნული თვალსაზრისის დროს აუცილებელია გავითვალისწინოთ ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევაში საავადმყოფოს ფურცელის ანაზღაურებასთან დაკავშირებული ხარჯები. თუ გავითვალისწინებთ, რომ საავადმყოფოს ფურცელზე ყოფნის ხანგრძლივობა წყლულოვანი დაავადების შემთხვევაში შეადგენს 23,4 დღეს, ჰიპერტონული დაავადების შემთხვევაში – 14,5 დღეს, ბრონქიალური ასთმის შემთხვევაში – 16,1 დღეს, დაწესებულების თანამშრომელთა საშუალო ხელფასი შეადგენს – 1350 დღეს, ხოლო თვეში საშუალოდ 30 დღეს, ჰოსპიტალიზაციის არარსებობისას მივიღებთ დამატებით ეკონომიას:

$$\text{წყლულოვანი დაავადების შემთხვევაში: } B_1' = 0,35 \cdot 47 \cdot 1350 \cdot 23,4 : 30 = 17321,85 \text{ ლარი.}$$

$$\text{ჰიპერტონული დაავადების შემთხვევაში: } B_2' = 0,32 \cdot 121 \cdot 1350 \cdot 14,5 : 30 = 25264,8 \text{ ლარი.}$$

$$\text{ბრონქიალური ასთმის შემთხვევაში: } B_3' = 0,38 \cdot 62 \cdot 1350 \cdot 16,1 : 30 = 17069,22 \text{ ლარი.}$$

საზოგადოების თვალსაზრისით ჯამობრივი ეკონომიკური ეფექტურობა შეადგენს:

$$E' = E + B_1' + B_2' + B_3' = -3867,2 + 17321,85 + 25264,8 + 17069,22 = 55788,67 \text{ ლარი.}$$

ამგვარად, საზოგადოების თვალსაზრისით, პროფილაქტიკური ღონისძიებების პროგრამა მომგებიანია (დადებითი ეკონომიკური ეფექტურობა).

ფარდობითი მაჩვენებლების მიხედვით, მოგების შეფარდება ხარჯებთან შეადგენს:

$$-3867,2 : 45599 = -0,085 - \text{სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაციის თვალსაზრისით;}$$

$$55788,67 : 45599 = 1,22 - \text{საზოგადოების თვალსაზრისით.}$$

შედეგები გვიჩვენებს, რომ პროფილაქტიკური პროგრამების განხორციელებაზე ყოველ დახარჯულ 100 ლარზე, სადაზღვევო ორგანიზაცია კარგავს 8,5 ლარს, ხოლო საზოგადოება მოიგებს 122 ლარს. აღნიშნულის გათვალისწინებით, ჯანდაცვის ორგანოებმა უნდა შექმნან ისეთი სტიმულები, რომლებიც პროგრამას სადაზღვევო ორგანიზაციისათვის მომგებიანს გახდიან (შესაძლებელია დანაკარგების კომპენსაციის ხარჯზე).

რადგანაც განხილული პროგრამა ფაქტიურად აერთიანებს სამ განსხვავებულ პროფილაქტიკურ კურსს, და ამ სამი კურსიდან მხოლოდ ერთი წარმოადგენს მომგებიანს სადაზღვევო ორგანიზაციისათვის, სადაზღვევო ორგანიზაციამ, რომელსაც სურს განახორციელოს პროფილაქტიკური პროგრამა, მაგრამ არ სურს ქონდეს დანაკარგები, შეიძლება შეცვალოს პროფილაქტიკური პროგრამა, თუ მას მიმართავს მხოლოდ ბრონქიალური ასთმით დაავადებულთათვის. ამ შემთხვევაში მოგებული იქნება როგორც საზოგადოება, ასევე სადაზღვევო ორგანიზაცია.

განხილულ მაგალითში როგორც სადაზღვევო ორგანიზაციას, ასევე საზოგადოებას აქვს არჩევანი მხოლოდ პროფილაქტიკური პროგრამის განხორციელებასა და არგანხორციელებას შორის.

აქვე აღსანიშნავია, რომ პროფილაქტიკური პროგრამის განხილვისას არ არის გათვალისწინებული იმ პირთა სტაციონარში მოხვედრის შესაძლებლობა, რომლებმაც მიიღეს პროფილაქტიკური დახმარება. ამასთან, ნებისმიერი პროფილაქტიკური პროგრამა ამცირებს და არა ნულამდე დაყავს ჰოსპიტალიზაციის ალბათობა. იმისათვის, რომ გათვლები უფრო დამაჯერებელი იყოს, აუცილებელია პროფილაქტიკური ღონისძიებების შედეგად სტაციონარში მოხვედრის ალბათობის შემცირების სტატისტიკის არსებობა.

მაგალითი 2. გრიპის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკური ღონისძიებები.

ყოველწლიურად, ზოგჯერ წელიწადში ერთჯერ მთელ მსოფლიოში შეინიშნება გრიპის ეპიდემიები. ჩვეულებრივ, ეპიდემიის დროს ავადდება მოსახლეობის 10-დან 30 %-მდე.

განსაკუთრებით ავადებიან ბავშვები, აგრეთვე მოზრდილები, რომლებიც მუშაობენ დიდ კოლექტივებში (ექიმები, მასწავლებლები, გამყიდველები და ა. შ.). ტიპური ეპიდემიის დროს ავადდება 60 %-მდე ბავშვთა და მოზრდილთა კოლექტივები. განსაკუთრებით მძიმედ მიმდინარეობს დაავადება მოხუცებში, ბავშვებში და ქრონიკულ ავადმყოფებში. გრიპის მსუბუქი ფორმის დროს ავადმყოფები ექიმთან მიმართვის გარეშე აგრძელებენ მუშაობას საწარმოებში და ამით კოლექტივის სხვა წევრებსაც ასნებოვნებენ. გრიპის გართულების შედეგად სიკვდილიანობა შეადგენს ავადმყოფთა რაოდენობის 2,9 %-ს. ბუნებრივია, მთელ მსოფლიოში ეძებენ გრიპის პროფილაქტიკის მეთოდებს. არსებობს პროფილაქტიკის რამდენიმე ძირითადი მიდგომა.

1. მოსახლეობის ვაქცინაცია. თანამედროვე ვაქცინები, რომელთა შემადგენლობა ყოველწლიურად იცვლება ჯანმოს რეკომენდაციის შესაბამისად. დროული ვაქცინაცია ამცირებს ავადობას 84-98 %-ით (სხვადასხვა წყაროების მიხედვით) ვაქცინაციის ჩატარებიდან არანაკლებ 9 თვის განმავლობაში. ერთი ადამიანის ვაქცინაციის ღირებულება მერყეობს 150-დან 300 ლარამდე (იზრდება გრიპის სეზონური აფეთქების მოახლოების დროს). დაავადების შემთხვევაში იგი შედარებით იოლ ფორმებში და გართულების გარეშე მიმდინარეობს.

2. გრიპის ეპიდემიების დროს პროფილაქტიკური ღონისძიებები: (ინტერფერონი, ოქსოლინის მალამო, ვიტამინები, რემანტადინი) ამცირებს ავადობის ალბათობას 25 %-ით და არ ცვლის გართულებების ალბათობას. მედიკამენტების ღირებულება შეადგენს დაახლოებით 30-50 ლარს ერთ პაციენტზე (შერჩეული მეთოდის მიხედვით).

ანალიზის მიზანი: პროფილაქტიკის თითოეული კურსის ეფექტურობის განსაზღვრა.

ანალიზი განხორციელდეს დაწესებულების ხელმძღვანელობის თვალსაზრისით, რომელსაც სურს მინიმუმამდე დაიყვანოს გრიპის აფეთქების შემთხვევაში თანამშრომლების სამუშაოზე გამოუცხადებლობით მიყენებული ეკონომიკური დანაკარგები.

ანალიზი. გრიპის აფეთქებისას ორგანიზაციის დანაკარგები დაკავშირებულია არწარმოებულ პროდუქციასთან (მომსახურება და ა. შ.). დაუშვათ დაწესებულების მუშაკის საშუალო დღიური გამოუმუშავება შეადგენს 200 ლარს. დაუშვათ, ორგანიზაციაში მუშაობს 200 თანამშრომელი, ეპიდემიისას ავადდება თანამშრომელთა დაახლოებით 20 %, რომელთა ნახევარი მიმართავს ექიმს და ღებულობს 10 დღიან საავადმყოფო ფურცელს, დანარჩენები აგრძელებენ სამუშაოზე გამოსვლას, მაგრამ დაავადების მე-10 დღეზე მცირდება შრომის მწარმოებლურობა 50 %-ით. ვაქცინაციის დროს ავადობა მცირდება 90 %-ით, ინფექციის დროს პროფილაქტიკის შემთხვევაში – 25 %-ით, ხოლო ექიმს მიმართავს მხოლოდ პაციენტთა ნახევარი. პროფილაქტიკის სხვადასხვა ვარიანტის და მისი არარსებობის დროს მოვლენათა განვითარება ასახულია ნახატზე.

პროფილაქტიკური ღონისძიებების არარსებობისას დაწესებულების დანაკარგები შეადგენს:
 $20 \cdot 200 \cdot 10 + 20 \cdot 100 \cdot 10 = 60000$ ლარი.

ვაქცინაციის დროს ავადობისგან დაწესებულების დანაკარგები შეადგენს:

$$2 \cdot 200 \cdot 10 + 2 \cdot 100 \cdot 10 = 6000 \text{ ლარს.}$$

ვაქცინაციის დროს დაწესებულების მოგება შეადგენს:

$$60000 - 30000 - 6000 = 24000 \text{ ლარს}$$

მოგების შეფარდება ხარჯებთან შეადგენს $24000/30000 = 0,8$; ანუ ვაქცინაციაზე დახარჯულ ყოველ ლარზე დაწესებულება დამატებით ღებულობს 0,8 ლარის მოგებას.

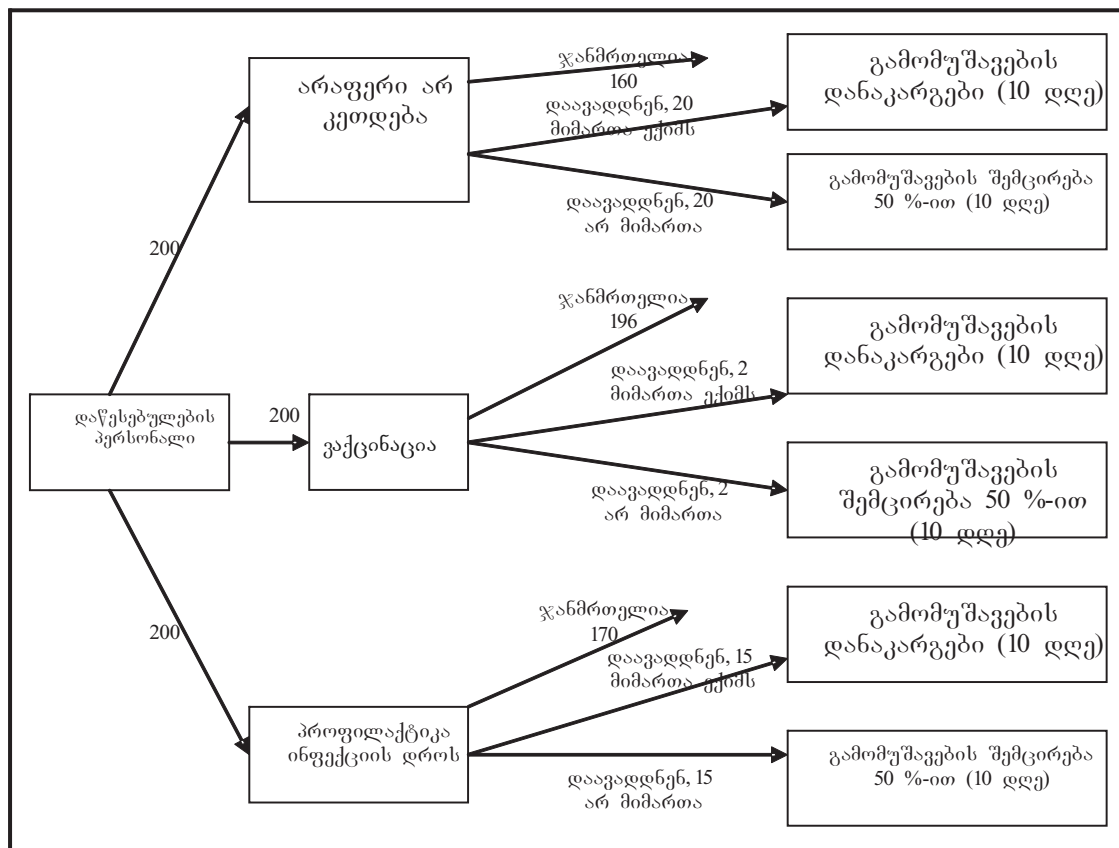
ეპიდემიის დროს პროფილაქტიკის შემთხვევაში დაწესებულების ხარჯები შეადგენს $40 \cdot 200 = 8000$ ლარს, დაავადებისგან დანახარჯები შეადგენს: $15 \cdot 200 \cdot 10 + 15 \cdot 100 \cdot 10 = 45000$ ლარს.

ეპიდემიის დროს პროფილაქტიკის შემთხვევაში დაწესებულების მოგება შეადგენს:

$$60000 - 45000 - 8000 = 7000 \text{ ლარს.}$$

მოგების შეფარდება ხარჯებთან შეადგენს $7000/8000 = 0,875$, ანუ დაწესებულება დამატებით ღებულობს 0,875 ლარს ყოველ დახარჯულ ლარზე.

ნახაზი 5: გრიპის პროფილაქტიკის ეფექტურობის ანალიზის სქემა



რომელი პროფილაქტიკური პროგრამა უნდა აირჩიოს დაწესებულების ხელმძღვანელობამ? აღნიშნული დამოკიდებულია იმ სახსრებზე, რომელიც გააჩნია დაწესებულებას, და მის მიერ გატარებულ სოციალურ პოლიტიკაზე. თუ შესაძლებელია, სახსრების არსებობის შემთხვევაში, მთელი ან კოლექტივის ნაწილის (მაგ., ადმინისტრაციის არჩევით) გრიპისგან დაცვის უზრუნველყოფა, ან კოლექტივის სხვადასხვა ნაწილისათვის ორივე პროგრამის რეალიზაცია, მაშინ არჩევანი, სახსრების არსებობის შემთხვევაში, იქნება შემდგენიარად:

არსებული სახსრები (C) ლარი	პროგრამების ოპტიმალური შესაბამისობა
$0 < C \leq 8000$	ეპიდემიის დროს კოლექტივის ნაწილის პროფილაქტიკა (8000 ლარი – მთელი კოლექტივისთვის)
$8000 < C \leq 30000$	კოლექტივის ნაწილის ვაქცინაცია, ეპიდემიის დროს კოლექტივის დანარჩენი ნაწილის პროფილაქტიკა (8000 ლარი – მთელი კოლექტივისთვის)
$30000 < C$	მთელი კოლექტივის ვაქცინაცია

იმ შემთხვევაში, როდესაც ან მთელ კოლექტივზე გამოიყენება ერთიდაიგივე პროფილაქტიკური პროგრამა, ან პროფილაქტიკური ღონისძიებები არავისთვის არ გამოიყენება, არჩევის სტრატეგია შეიცვლება და გახდება შემდეგი:

არსებული სახსრები (C) ლარი	პროგრამების ოპტიმალური შესაბამისობა
$0 < C \leq 8000$	პროფილაქტიკური ღონისძიებები არ ტარდება
$8000 < C \leq 30000$	ინფექციის დროს პროფილაქტიკა ყველასათვის
$30000 < C$	მთელი კოლექტივის ვაქცინაცია

არსებული სახსრები (C) ლარი პროგრამების ოპტიმალური შესაბამისობა
 $0 < C \leq 8000$ პროფილაქტიკური ღონისძიებები არ ტარდება $8000 < C \leq 30000$ ინფექციის დროს პროფილაქტიკა ყველასათვის $30000 < C$ მთელი კოლექტივის ვაქცინაცია

ცხადია, პირველი სტრატეგია მოგვცემს მაქსიმალურ ეკონომიკურ ეფექტს, ვაქცინაციაზე დახარჯული ნებისმიერი სახსრების დროს.

მაგალითი 3. მსოფლიოს სხვადასხვა რეგიონებში შეინიშნება გაზაფხულ-ზაფხულის ტკიპისმიერი ენცეფალიტის აფეთქებები, რომელიც საშიშ დაავადებებს განეკუთვნება. საკმარისია ითქვას, რომ ტკიპისმიერი ენცეფალიტის დროს სიკვდილიანობა აღწევს დაავადებულთა რაოდენობის 1 %-ს, 3,5 %-ში დაავადება განაპირობებს I ჯგუფის ინვალიდობას, დაავადებულთა 8 %-ს აღენიშნებათ ესა თუ ის ნარჩენი მოვლენები, კერძოდ, - შრომისუნარიანობის ხანგრძლივი (რამდენიმე წელი) დაქვეითება, ადვილად დაღლა, ორგანიზმის საერთო დასუსტება. დაავადების გადამცემს წარმოადგენს ენცეფალიტური ტკიპა, რომელიც ბინადრობს ცხოველებში. არადაამკამყოფილებელ ზონებში ტკიპების ვირულენტობა შეადგენს 2-3 %-ს, ანუ ყოველი 100 ტკიპისგან 2-3 დასნებოვნებულია. ტკიპების ყველაზე აქტიურ პერიოდს წარმოადგენს გაზაფხული და ზაფხულის დასაწყისი, ზაფხულის შუა პერიოდში მისი აქტივობა მცირდება, ხოლო ზაფხულის ბოლოს ტკიპებისგან ნაკლები იშვიათობას წარმოადგენს.

მათთვის, ვინც მუშაობს ტყეებში ან ველებზე, დიდია ტკიპისმიერი ენცეფალიტით დასნებოვნება: მეტყევეები, ტყის მჭრელები, მწყემსები. პროფილაქტიკური ღონისძიებების არარსებობისას ვირულენტური ტკიპის კბენა განაპირობებს დაავადების მსუბუქი ან მძიმე ფორმის განვითარებას. შემთხვევათა 80 % არის ენცეფალიტური ცხელება, რომელიც ხასიათდება ტემპერატურის მომატებით, სისუსტით, თავბრუსხვევით. ასეთი ავადმყოფები იმყოფებიან უბნის ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ 7 დღის განმავლობაში, მკურნალობა სიმპტომატურია: ანალგეტიკები, დესენსიბილიზაციის საშუალებები, ვიტამინები, რომლის შემდეგაც აღარ შეინიშნება მძიმე მდგომარეობა, მაგრამ გარკვეული დროის განმავლობაში რჩება სისუსტე, შრომისუნარიანობის დაქვეითება, ადვილად დაღლა. მკურნალობის ღირებულება საშუალოდ 250 ლარს შეადგენს ერთ პაციენტზე.

დაავადებულთა 20 %-ს აღენიშნება ტკიპისმიერი ბარტელიოზის განვითარება, რომელიც ხასიათდება მაღალი ცხელებით, ინტოქსიკაციის სიმპტომებით. ბარტელიოზის მკურნალობა ტარდება სტაციონარის პირობებში, ჰოსპიტალიზირებულთა ნახევარს, რომელთაც არ აღენიშნებათ ენცეფალიტის განვითარების სპეციფიური სიმპტომები, გაწერენ საავადმყოფოდან 20 დღის შემდეგ. ავადმყოფების 10 %-ს აღენიშნებათ დაავადების რთული ფორმები და საჭიროებენ 3 თვიან სტაციონარულ მკურნალობას, მათგან 10 % იღუპება (ანუ დაავადებულთა 1 %), ხოლო 35 % (დაავადებულთა 3,5 %) რჩებიან ინვალიდები. სტაციონარის საწოლ-დღის საშუალო ღირებულება შეადგენს 180 ლარს.

ენციფალიტის პროფილაქტიკის შემდეგი ღონისძიებებია შესაძლებელი:

1. იმ ადამიანთა ცოცხალი ვაქცინით ვაქცინაცია, რომლებიც მაღალი რისკის ჯგუფებს განეკუთვნებიან (გეოლოგები, ტყის მჭრელები და ა.შ.). ვაქცინაცია ტარდება ნოემბერ-მარტში და ვაქცინის მონაცემების შესაბამისად, განაპირობებს ვაქცინიზირებულთა 60 %-ის იმუნიზაციას. ამგვარად, ვირულენტური ტკიპებით დაკბენილთა შორის ავადობა მცირდება 60 %-ით. ვაქცინაციის ღირებულება შეადგენს 148 ჰარს.

2. დაკბენილთა პასიური იმუნიზაცია. დაკბენის 2 საათის შემდეგ დონორის იმუნოგლობულინის შეყვანა ამცირებს ავადობის ალბათობას 99,9 %-ით, დაკბენის შემდეგ დღის განმავლობაში იმუნოგლობულინის შეყვანა – 90 %-ით. დაკბენის ორი დღის შემდეგ დონორის იმუნოგლობულინის შეყვანას პრაქტიკულად აზრი არ აქვს. მეთოდის უარყოფით მხარეს წარმოადგენს ის გარემოება, რომ ბევრ შემთხვევაში იმუნოგლობულინის სწრაფად შეყვანა შეუძლებელს წარმოადგენს. დონორის იმუნოგლობულინის ერთი ღირებულებაა 20 ლარი.

3. ტკიპის კბენისგან დაცვა. სპეცტანსაცემლი, სხეულის და ტანსაცმლის გასინჯვა ყოველ 2 საათში საშუალებას იძლევა თავიდან იქნეს აცილებული ტკიპებისგან დაკბენა. მეთოდის უარყოფით მხარეს წარმოადგენს გაზაფხულის ცივ დღეებში სხეულის გასინჯვის შეუძლებლობა. სხეულის რეგულარული გასინჯვები საშუალებას იძლევა 98 %-ით შემცირდეს ტკიპებისგან დაკბენები.

ტელევიზიით და რადიოთი სარეკლამო კომპანიის, სარეკლამო პლაკატების გაკეთების და ა. შ. ღირებულება შეადგენს 200 000 ლარს.

ანალიზის მიზანი: ტკიპისმიერი ენციფალიტის აფეთქებებთან დაკავშირებული დანაკარგების შემცირება.

შესაძლებელია თითოეული პროგრამის დამოუკიდებელი სახით გამოყენება, ან პროგრამების კომბინაცია (მაგ., 1 და 3; 2 და 3).

ანალიზი შესრულდეს ქალაქის (500 000 მოსახლე) ჯანდაცვის ორგანოების თვალსაზრისით. წინა წლებში ტკიპის კბენის შდეგად, ტრავმპუნქტებს, სადაც ხორციელდება იმუნიზაცია, სეზონის განმავლობაში საშუალოდ 30000 ადამიანმა მიაკითხა (დაკბენილთა რეალური რაოდენობა 2-ჯერ მეტია).

ანალიზი. განვიხილოთ შესაძლებელი ალტერნატივები 1,2,3 პროგრამების მიხედვით, აგრეთვე პროგრამების შესაბამისობა 1 და 2; 2 და 3; 1 და 3.

აუცილებელია ყველა ვარიანტის შედარება ალტერნატივასთან “არაფერი არ ვაკეთოთ”, თუმცა სწორედ ეს შედარება წარმოადგენს სირთულეს, რადგანაც ქალაქში უკვე მოქმედებს პროფილაქტიკური პროგრამები, და მოსახლეობა შეჩვეულია გარკვეული პროფილაქტიკური ზომების დაცვას. მიუხედავად ამისა, შესაძლებელია ზოგიერთი შეფასების ჩატარება, მაგალითად, ტანსაცმლის გასინჯვისას ტკიპების რაოდენობის შეფასება. მკვლევარების მიერ ჩატარებული კვლევების მიხედვით, პროფილაქტიკური ზომების დაუცველობის შემთხვევაში ტკიპებით დაკბენილ პირთა რაოდენობა შეადგენს 200000 ადამიანს.

ამასთან ვირულენტური ტკიპების რაოდენობა შეადგენს $200000 * 0,02 = 4000$. მაგალითად, ვირულენტური ტკიპით კბენისას დაავადების ალბათობა შეადგენს 95 %-ს, ავადდება $4000 * 0,95 = 3800$ პირი. მათ შორის 80 %, ანუ 3040 ადამიანი, ავადდება ენციფალიტური ცხელებით, რომლის მკურნალობის ხარჯები შეადგენს $3040 * 250 = 760000$ ლარს, კიდევ 20 %, ანუ 760 პირი იძულებულია ჩაიტაროს სტაციონარული მკურნალობა, მათ შორის 380 პირი გაივლის 20 დღიან სტაციონარულ მკურნალობას, რომელთა მკურნალობის ხარჯები შეადგენს $380 * 20 * 180 = 1368000$ ლარს, ხოლო 380 პირი ჩაიტარებს 3 თვიან სტაციონარულ მკურნალობას, რომლის ხარჯები შეადგენს $380 * 90 * 180 = 6156000$ ლარს. მთლიანი ხარჯები შეადგენს $760\ 000 + 1\ 368\ 000 + 6\ 156\ 000 = 8\ 284\ 000$ ლარს.

ქალაქის მცხოვრებთა ვაქცინაციის შემთხვევაში, ვაქცინაციის ხარჯები შეადგენს $500\ 000 \cdot 148 = 74\ 000\ 000$ ლარს, რაც გაცილებით დააჯადებს მკურნალობის ხარჯებზე გაცილებით ძვირია. ამგვარად, ქალაქის მთელი მოსახლეობის ვაქცინაცია არახელსაყრელია.

როდესაც ყველა დაკბენილს შეუტვანენ იმუნოგლობულინს, იმუნიზაციის ხარჯები შეადგენს $20 \cdot 200\ 000 = 4\ 000\ 000$ ლარს, ამასთან, მკურნალობის ხარჯები შემცირდება 10-ჯერ, ანუ, 828 400 ლარამდე, მკურნალობაზე და პროფილაქტიკაზე მთლიანი ხარჯები შეადგენს 4 828 000 ლარს, რაც თითქმის ორჯერ მცირეა ვიდრე ალტერნატივის “არაფერი არ ვაკეთოთ” პირობებში.

უსაფრთხოების ზომების დაცვის შემთხვევაში ტკიპით დაკბენილთა რაოდენობა მცირდება 5 ჯერ და შეადგენს 40000. შესაბამისად, 5 ჯერ მცირდება მკურნალობაზე მთლიანი ხარჯები (დაკბენილთა ავადობის და გართულების ალბათობა რჩება იგივე). ამგვარად, მკურნალობის ხარჯები შეადგენს $8284000:5 = 1655800$ ლარს, ხოლო პროგრამის რეალიზაციაზე მთლიანი ხარჯები შედგება სარეკლამო კომპანიის ხარჯებისა და მკურნალობის ხარჯებისაგან: $1655800 + 200000 = 1855\ 800$ ლარი. უსაფრთხოების ზომების დაცვისას ეკონომია შეადგენს $8284000 - 1855800 = 6428200$ ლარს.

ვაქცინაციის პროგრამისა და სარეკლამო კომპანიის კომბინაცია როგორც ჩანს არამომგებიანია, რადგანაც განაპირობებს მკურნალობის ხარჯებზე გაცილებით მეტ ხარჯებს. ასევე შეიძლება ითქვას ვაქცინაციის და პასიური იმუნიზაციის პროგრამების შეთავსებაზე.

ახლა განვიხილოთ სარეკლამო კომპანიისა და იმუნოგლობულინის შეყვანის კომბინაცია. როდესაც დაკბენილთა რაოდენობა აღწევს 40000-ს, მაშინ იმუნიზაციის ღირებულება შეადგენს 800000 ლარს, რაც მკურნალობის ხარჯებზე ნაკლებია. დააჯადებულთა მკურნალობის ხარჯები 50 ჯერ მცირდება ალტერნატივასთან “არაფერი არ ვაკეთოთ” შედარებით (5 ჯერ - დაკბენილთა რაოდენობის შემცირების ხარჯზე და 10 ჯერ იმუნიზაციის ხარჯზე) და შეადგენს 165580 ლარს. $200000 + 800000 + 165580 = 1165580$ ლარი. ასეთი კომპლექსური პროგრამის დანერგვისას ეკონომია შეადგენს $8284000 - 1165580 = 7118420$ ლარს.

ამგვარად, ყველაზე მცირეხარჯიან და ყველაზე მომგებიანს წარმოადგენს პროგრამა, რომელიც დაკავშირებულია ფართო სარეკლამო კომპანიის ჩატარებასთან და დაკბენილთა იმუნიზაციასთან. მეორე ადგილზე (მოგების თვალსაზრისით) არის უსაფრთხოების ზომების პროპაგანდის პროგრამა, მესამე ადგილზე – დაკბენილთა იმუნიზაცია.

საყურადღებოა, რომ გაკეთებული დაკვნები გამოიყენება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც პროგრამა გათვლილია ქალაქის მთელ მოსახლეობაზე (მაგ., აცრები ან ყველას უკეთდება ან არაის). ამასთან, ქალაქში არიან ადამიანები, რომლებიც არასოდეს არ გადიან ტყეში, და ადამიანები რომლებიც მნიშვნელოვნად ბევრ დროს ატარებენ ტყეში (გეოლოგიური ინსტიტუტის თანამშრომლები და ა. შ.). უსაფრთხოების დაცვასთან დაკავშირებული სარეკლამო პროგრამა ნებისმიერ შემთხვევაში ეფექტურია. დანარჩენი პროგრამების ეფექტურობა შეიძლება გავაძლიეროთ თუ მხედველობაში გვექნება მათი მიზნობრივი გამოყენება.

გათვლებში არ იყო გათვალისწინებული ტკიპისმიერი ენცეფალიტით ავადმყოფთა საავადმყოფოს ფურცლის და ინვალიდთა საპენსიო ანაზღაურების ხარჯები. ჯანდაცვის ორგანოების თვალსაზრისით ანალიზისას ეს არ არის მნიშვნელოვანი, თუმცა საზოგადოების თვალსაზრისით ანალიზისას ამ ხარჯების გათვალისწინება აუცილებელია (უნდა ვივარაუდოთ, რომ ავადმყოფთა 50 % მუშაობს და შესაბამისად ღებულობენ ასეთ ანაზღაურებას). ბოლოს უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ყველა ადამიანი არ მისდევს უსაფრთხოების დაცვის ზომებს, და პასიური იმუნიზაციის პროგრამების და სარეკლამო კომპანიების ჩატარების შედეგები სინამდვილეში შედარებით ნაკლებეფექტური აღმოჩნდება.

ა.შ.შ-ში ახალშობილთა ფენილკეტონურიაზე ტესტირების პროგრამის ხარჯებისა და სარეგულაციის ანალიზმა აჩვენა, რომ 660 ათას ახალშობილზე ტესტირების ხარჯებმა შეადგინა 1,4 მლნ

დოლარი, სადაც შედიოდა, აგრეთვე, განმეორებითი საკონტროლო ტესტირების ხარჯები, ავადმყოფების დიეტა და პროგრამის ორგანიზაციული ხარჯები. ფულადი სახით გამოხატული შედეგები შეადგენდა:

1,26 მლნ დოლარი - ეკონომია ჯანდაცვის და სხვა სამსახურებისათვის;

1,05 მლნ დოლარი – საწარმოო შრომის დანაკარგების აღმოფხვრით მიღებული ეკონომია;

სულ მიღებულმა ეკონომიამ შეადგინა 2,31 მლნ დოლარი. შედეგების ხარჯებთან შეფარდებამ შეადგინა $2,31 : 1,39 = 1,66$. ამგვარად, ყოველმა ჩადებულმა დოლარმა საზოგადოებას მოუტანა 1,66 დოლარის ეკონომია.

წითელას, B ჰეპატიტის და Hemophilus influenza B წინააღმდეგ ვაქცინაციის ხარჯების და შედეგების ანალიზით დადგინდა შედეგების და ხარჯების მაღალი თანაფარდობა (საშუალოდ 4,5 : 1) როგორც განვითარებულ, ასევე განვითარებად ქვეყნებში. იმ ქვეყნებშიც კი სადაც B ჰეპატიტის ენდემურობის დონე საშუალოს წარმოადგენს, B ჰეპატიტის წინააღმდეგ ვაქცინაციის შედეგების და ხარჯების ანალიზი გვიჩვენებს შედეგების და ხარჯების შეფარდების მაღალ დონეს. B გრიპის ვირუსის წინააღმდეგ ვაქცინაციის დროსაც შედეგები აღემატება ხარჯებს.

20.5.2. ფასიანი მომსახურება

წინა თავში განხილული ყველა სახის მოგება დაკავშირებულია ამა თუ იმ დაავადების მკურნალობაზე ხარჯების შემცირებასთან, თუმცა აბსოლუტური მნიშვნელობით პროფილაქტიკისა და მკურნალობის ყველა მეთოდი ხარჯიანია. ხარჯთ-სარგებლიანობის ანალიზი მოგებასთან არის დაკავშირებული მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ანალიზი ტარდება იმ სამედიცინო ორგანიზაციის თვალსაზრისით, რომელიც ფასიან სამედიცინო მომსახურებას ეწევა. ამ შემთხვევაში, შეიძლება მოვხდინოთ კონკრეტული მომსახურების განხორციელებაზე რეალური ხარჯებისა და ამ მომსახურების გაწევისას მიღებული მოგების უბრალო შედარება. მოცემული ციფრი გვამჩნევს აბსოლუტურ მოგებას, რომელსაც დაწესებულება ღებულობს პროგრამის რეალიზაციაზე.

მიუხედავად ასეთი სიმარტივისა, ანალიზი მოიცავს მთელ რიგ სირთულეებს. უპირველეს ყოვლისა, ამ შემთხვევაში აუცილებელია ხარჯების დეტალური ანალიზი, რადგანაც ხარჯების მცირე ცვლილებაც კი არსებითად ცვლის პროგრამის ეკონომიკურ შედეგს და იგი არამომგებიანი ხდება. მეორე მხრივ, მომსახურების ხარჯები დამოკიდებულია გაწეული მომსახურების რაოდენობაზე, ამ ფაქტის გაუთვალისწინებლობამ შეიძლება განაპირობოს დიდი დანაკარგები და პროგრამა არამომგებიანი ხდება.

განვიხილოთ ასეთი შემთხვევა

დაუშვათ დაწესებულებამ შეიძინა ენდოსკოპიური მოწყობილობა, რომლის ღირებულებაა 225 000 ლარი. მოწყობილობა ასრულებს რთულ მაღალტექნოლოგიურ ოპერაციებს. ცვეთა შეადგენს 10 %-ს წელიწადში (მოწყობილობის მომსახურება გათვლილია 10 წლიან ვადაზე). წელიწადში დაგეგმილია 120 საოპერაციო დღე, დღეში 2 ოპერაცია. ოპერაციისათვის საჭირო მედიკამენტების და მასალების ღირებულება შეადგენს 200 ლარს, პერსონალის ანაზღაურება ხორციელდება სერვისების მიხედვით ანაზღაურების (fee for service) მეთოდით და შეადგენს ერთ ბრიგადაზე 800 ლარს (ერთ ოპერაციაზე). ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი გადაჰყავთ სტაციონარში 5 დღით, ერთი საწოლ-დღის ღირებულება შეადგენს 120 ლარს (მოივცავს კვებისა და მედიკამენტების ხარჯებს). ზედნადები ხარჯები (კომუნალური გადასახადი, ადმინისტრაციის ხელფასი) მუდმივია და შეადგენს 1000 ლარს თვეში. რა მინიმალური ანაზღაურება უნდა დააწესოს საავადმყოფომ თითოეულ ოპერაციაზე, რომ არ დარჩეს წაგებაში, იმ პირობის გათვალ-

ისწინებით, რომ ოპერაციების გეგმა შესრულდება, ანუ წელიწადში განხორციელდება 240 ოპერაცია? როგორი უნდა იყოს ოპერაციაზე ანაზღაურება, თუ წელიწადში მხოლოდ 120 ოპერაცია განხორციელდება? საავადმყოფოსთვის იქნება თუ არა მომგებიანი წელიწადში 250 ოპერაციის გაკეთება, მაშინ როდესაც დაგეგმილია 240 ოპერაცია?

ცხადია, მინიმალური ანაზღაურება, რომელიც ერთ ოპერაციაზე უნდა დააწესოს საავადმყოფომ, ერთ ოპერაციაზე საშუალო დანახარჯების ტოლი უნდა იყოს.

240 და 120 ოპერაციაზე ხარჯების გათვლა მოცემულია ცხრილებში. ამ ცხრილებიდან ჩანს, რომ ოპერაციაზე საშუალო ხარჯები, წელიწადში 240 ოპერაციის დროს, შეადგენს 1743,75 ლარს და წელიწადში 120 ოპერაციის შემთხვევაში 1887,5 ლარს. ხარჯებს შორის განსხვავება განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ პირველ შემთხვევაში მუდმივი ხარჯები იყოფა 240 პაციენტზე, ხოლო მეორე შემთხვევაში 120 პაციენტზე. ამგვარად, საავადმყოფომ, მისი მუშაობა წამგებიანი რომ არ გახდეს, წელიწადში 240 ოპერაციის შემთხვევაში, თითოეულ ოპერაციაზე უნდა დააწესოს 1743,75 ლარის მინიმალური დაფინანსება, ხოლო წელიწადში 120 ოპერაციის შემთხვევაში - 1887,5 ლარი. როდესაც წელიწადში განხორციელდება 250 ოპერაცია (თუ თითოეულ ოპერაციაზე ხარჯების გათვლა ხდება 240 ოპერაციის განხორციელების შესაბამისად), მაშინ საავადმყოფო იძულებულია გაიღოს დამატებითი ხარჯები - $1600 \cdot 10 = 16000$ ლარი, დაფინანსებას მიიღებს $1743,75 \cdot 10 = 17437,5$ ლარს, მოგება შეადგენს 1437,5 ლარს.

ცხრილი 14: ენდოსკოპიური ოპერაციის ხარჯები, 240 ოპერაცია წელიწადში

	ცვლადი ხარჯები (წელიწადში)	მუდმივი ხარჯები (წელიწადში)	მთლიანი ხარჯები (წელიწადში)	1 პაციენტის მკურნალობის ხარჯები
ხელფასი (ჰონორარი)	$800 \cdot 240 = 192000$		192000	800
მედიკამენტები და მასალები	$200 \cdot 240 = 48000$		48000	200
სტაციონარში ყოფნა	$5 \cdot 120 \cdot 240 = 144000$		144000	600
ცვეთა		22500	22500	93,75
ზედნაღები ხარჯები		$1000 \cdot 12 = 12000$	12000	50
სულ	384000	34500	418500	1743,75

დავუშვათ, რომ მოცემული მაგალითის პირობებში განყოფილებამ გადაწყვიტა ფასიანი ენდოსკოპიური ოპერაციის ჩატარება და ერთ ოპერაციაზე დააწესა 2000 ლარი. განყოფილების მოგება თითოეულ ოპერაციაზე შეადგენს 2000 ლარს.

შესაბამისად 50 ოპერაციაზე მოგება შეადგენს 100000 ლარს, ხოლო 100 ოპერაციაზე - 200000 ლარს და ა. შ. გათვლების მიხედვით მოგება შეესაბამება ხარჯებს, როდესაც $N = 86,25$. შეიძლება დავასკვნათ, რომ 87 და მეტი პაციენტის მკურნალობა იქნება მომგებიანი, მაშინ როდესაც 87-ზე ნაკლები პაციენტის მკურნალობა იქნება წამგებიანი.

მუდმივი ხარჯები + X (ერთ პაციენტზე ცვლადი ხარჯები) = N X (მოგება ერთ ოპერაციაზე).

ჩვენს შემთხვევაში: $34500 + 1600 = 2000 N$. შესაბამისად, $N = 86,25 \approx 87$.

მომსახურების მიღებული რაოდენობას, რომლის დროსაც დაწესებულების მუშაობა მომგებიანია, ეწოდება მინიმალური ზღვრული მოცულობის წერტილი ან უბრალოდ ზღვრული

ცხრილი 15: ენდოსკოპიური ოპერაციის ხარჯები, 120 ოპერაცია წელიწადში

	ცვლადი ხარჯები (წელიწადში)	მუდმივი ხარჯები (წელიწადში)	მთლიანი ხარჯები (წელიწადში)	1 პაციენტის მკურნალობის ხარჯები
ხელფასი (პონორარი)	$800 \cdot 120 = 96000$		96000	800
მედიკამენტები და მასალები	$200 \cdot 120 = 24000$		24000	200
სტაციონარში ყოფნა	$5 \cdot 120 \cdot 120 = 72000$		72000	600
ცვეთა		22500	22500	187,5
ზედნაღები ხარჯები		$1000 \cdot 12 = 12000$	12000	100
სულ	192000	34500	226500	1887,5

მოცულობა. ზოგჯერ ამ წერტილს უწოდებენ წონასწორობის წერტილს. წონასწორობის წერტილი შეესაბამება მდგომარეობას, როდესაც მოგება ზუსტად ხარჯების ტოლია და დაწესებულება არ ღებულობს არც მოგებას და არც წამგებიანია. ზღვრულ მოცულობას ზოგჯერ ფულად ექვივალენტში გამოსახავენ. ჩვენი მაგალითის პირობებში ზღვრული მოცულობა ფულადი სახით შეადგენს $87 \times 2000 = 174000$ ლარს.

მიღებული შედეგის გასაანალიზებლად საჭიროა გამოვიყენოთ ტერმინი შენაძენი. შენაძენი წარმოადგენს გაყიდვების შედეგად მიღებულ მოგებას და ცვლად ხარჯებს შორის სხვაობას. შენაძენი წარმოადგენს დაწესებულების მუდმივი ხარჯების კომპენსაციას. ჩვენს მაგალითში შენაძენი ერთ პაციენტზე შეადგენს: $2000 - 1600 = 400$ ლარს. 240 პაციენტზე საერთო შენაძენი შეადგენს $400 \times 240 = 96000$ ლარს.

ხშირად შენაძენს გამოხატავენ გაყიდული მოცულობის პროცენტებში და ეწოდება მთლიანი მოგების დონე, ან მოგება-მოცულობის შეფარდება. მოცემულ მაგალითში მთლიანი მოგების დონე შეადგენს $400/2000 = 0,2 = 20$ %-ს. მთლიანი მოგების 20 % აღნიშნავს, რომ ყოველი 100 ლარიდან 20 ლარის მოგება წარმოადგენს შენაძენს მუდმივ ხარჯებთან მიმართებაში. როდესაც მომსახურების რაოდენობა ზღვრული მოცულობის წერტილის ზევითაა, და ყველა მუდმივი ხარჯები დაფარულია, ყოველი 100 ლარიდან 20 ლარი მოგებას წარმოადგენს.

ზღვრული მოცულობის წერტილი განისაზღვრება ფორმულით:

მოცულობის ზღვრული მოცულობა = საერთო მუდმივი ხარჯები/მთლიანი მოგების მოცულობა

ენდოსკოპიური ოპერაციის შემთხვევაში:

ზღვრული მოცულობა = $34500/0,20 = 172500$ ლარს, რაც შეესაბამება $172500/2000 = 86,25 \approx 87$ ნამკურნალე პაციენტს.

მთლიანი მოგების დონე და ზღვრული მოცულობა შესაძლებლობას იძლევა დეტალური გათვლების გარეშე სწრაფად გამოთვალეთ მოგება ან წაგება.

ამგვარად, როდესაც ლარებში გამოსახული ზღვრული მოცულობა ცალკეული მომსახურებისათვის შეადგენს 33000 ლარს თვეში, ხოლო მთლიანი მოგების დონე შეადგენს 40 %-ს, შესაძლებელია ადვილად შევაფასოთ დაწესებულების დანაკარგები თვეში 2300 ლარის მომსახურების გაწევისას, ან მოგება, რომელსაც დაწესებულება მიიღებს თვეში 4300 ლარის მომსახურების გაწევისას.

23000 ლარის მომსახურების გაწვევისას დაწესებულება მუშაობს ზღვრული მოცულობის წერტილზე 10000 ლარით ნაკლებს. იგი გვაძლევს დანაკარგებს – $10000 \text{ ლარი} \times 40 \% = 4000 \text{ ლარი}$.

შენაძენი = $23000 \text{ ლარი} \times 40 \% = 9200 \text{ ლარი}$.

საერთო მუდმივი ხარჯები = ზღვრული მოცულობა $\times 40 \% = 33000 \times 40 \% = 13200 \text{ ლარი}$.

სხვაობა (შენაძენი – საერთო მუდმივი ხარჯები) = $- 10000 \times 40 \% = 4000 \text{ ლარი}$.

ამგვარად, მოგების მოცულობასა და გაყიდვების ზღვრულ მოცულობას შორის სხვაობა, გამრავლებული მთლიანი მოგების დონეზე, გვაძლევს დაწესებულების მოგების ან დანაკარგების დონეს. როდესაც დაწესებულება ეწევა მომსახურების ისეთ დონეს, რომელიც აღემატება ზღვრული მოცულობის წერტილს, მას აქვს სიმყარის მარაგი, რომელიც განისაზღვრება შემდეგნაირად:

სიმყარის მარაგი = ამონაგების მეტობა ზღვრულ მოცულობაზე/მიმდინარე ამონაგები.

ენდოსკოპიური ქირურგიის მაგალითზე 240 პაციენტის მკურნალობის ამონაგები შეადგენს 480000 ლარს, ზღვრული მოცულობა შეადგენს 172500 ლარს, ამონაგების მეტობა ზღვრულ მოცულობაზე შეადგენს 307500 ლარს. შესაბამისად, სიმყარის მარაგი შეადგენს $307500/480000 = 0,64 = 64 \%$ -ს.

აღნიშნული სიმყარის მარაგი საკმარისად დიდ წარმოადგენს. იგი ნიშნავს, რომ დაწესებულებას, სანამ დაიწყებდეს წაგებით მუშაობას შეუძლია შეამციროს მომსახურების მოცულობა 64 %-ით. სიმყარის მარაგი, ამგვარად, განსაზღვრავს რისკს სტრუქტურის ღირებულებასთან მიმართებაში.

მოცემული ანალიზი შეიძლება განვიხილოთ როგორც ხარჯთ-სარგებლიანობის ანალიზის ხელსაყრელი ფორმა. ჩვენს მიერ განხილულ მაგალითში მიღებული შედეგები შესაძლებლობას იძლევა შევადაროთ მომსახურებაზე (ენდოსკოპიური ოპერაციები განხორციელების პროგრამა) გაწეული ხარჯები და ამ მომსახურების ფინანსური შედეგები (მომსახურების გაყიდვით მიღებული ამონაგები). ამ მაჩვენებლებს შორის სხვაობა შეადგენს სამკურნალო დაწესებულების მოგებას ან წაგებას.

20.5.3. ზღვრული მოცულობის შეფასება რამდენიმე მომსახურების გაწევის შემთხვევაში

ჩვეულებრივ, სამკურნალო დაწესებულების განყოფილებები ახორციელებენ არა ერთ, არამედ რამდენიმე მომსახურებას. ხშირად ისინი იყენებენ საერთო რესურსებს (პაციენტები ენდოსკოპიური და ჩვეულებრივი ოპერაციების ჩატარების შემდეგ ერთიდაიგივე პალატაში არიან განთავსებულნი და მათ ემსახურებიან ერთიდაიგივე მორიგე მედლები), ამიტომ ძნელია ხარჯების დაყოფა და მათი მიკუთვნება ამა თუ იმ მომსახურებაზე. ამ შემთხვევაში უფრო ხელსაყრელია ზღვრული მოცულობის წერტილის, შენაძენის და საერთო მოგების განსაზღვრა.

განვიხილოთ ასეთი მაგალითი.

დაუშვათ, განყოფილება ახორციელებს სამ მომსახურებას A, B, C, რომელთა მუდმივი ხარჯები თვეში შეადგენს 45000 ლარს. ხარჯების და ამონაგების სტრუქტურა თვეში მოცემულია ცხრილში.

ცხრილი 16: განყოფილების ხარჯების და ამონაგების სტრუქტურა თვეში

	A	B	C	სულ
ერთეულის ფასი, ლარი	1300	1000	1000	
გაყიდული ერთეული	25	100	25	
ამონაგები, ლარი	32500	100000	25000	157500
ცვლადი ხარჯები, ლარი	17000	49000	17000	83000
საერთო შენაძენი	15500	51000	8000	74500
მუდმივი ხარჯები, ლარი				45000
მოგება, ლარი				29500
მთლიანი მოგების დონე, %				47,3%

ნახაზი 6

ცვლადი ხარჯები, ლარი	შენაძენი, ლარი
მომსახურება B	B მომსახურების შენაძენი
49000	51000
მომსახურება A	A მომსახურების შენაძენი
17000	15500
მომსახურება C	C მომსახურების შენაძენი
17000	8000
	მუდმივი ხარჯები 45000
	მოგება 29500

მოცემულ მაგალითში ყველა მომსახურება დადებით შენაძენს იძლევა. როდესაც მომსახურება არ იძლევა დადებით შენაძენს, რჩება სამი შესაძლებლობა:

< მომსახურებისგან დადებითი შენაძენის მიღება, მაღალ ფასად მისი გაყიდვით ან ცვლადი ხარჯების შემცირებით;

< მოცემული მომსახურების გაწვევის მთლიანად უარყოფა;

< მოცემული მომსახურების გაწვევის გაგრძელება, მისი დანაკარგების კომპენსაციით მომსახურების სხვა სახეებისგან მიღებული მოგებით;

უკანასკნელი ვარიანტი ხორციელდება სამკურნალო დაწესებულებებში, სადაც არსებობს მომსახურების ფასზე მოქნილი სისტემა. მაგალითად, როდესაც გარკვეული კატეგორიის ადამიანებს 50 %-იან შეღავათს უწესებენ, ეს შეღავათი შეიძლება წამგებიანი იყოს, მაგრამ რადგანაც იგივე მომსახურება სხვა პირებს მთლიან ფასად უტარდებათ, აღნიშნული ფასი შეიძლება იყოს ისეთი, რომ მოახდინოს გარკვეული კატეგორიის ადამიანთა შეღავათის კომპენსაცია. ნებისმიერ შემთხვევაში, წამგებიანი მომსახურების გაწევისას აუცილებელია განყოფილებაში ჩატარებული ყველა მომსახურების სრული გათვლა.

მოცემულ მაგალითში ზღვრული მოცულობის საერთო წერტილი შეიძლება გავთვალთ შემდეგნაირად:

$$\text{ზღვრული მოცულობა} = 45000/0,473 = 95133 \text{ ლარი.}$$

აღსანიშნავია, რომ ასეთი ზღვრული მოცულობა გამოსადეგია მხოლოდ მომსახურების რაოდენობის არსებული თანაფარდობის შემთხვევაში. როდესაც იგეგმება თანაფარდობის ცვლილება, მაგალითად A მომსახურების მეტი რაოდენობით გაწევა, ხოლო B მომსახურების შემცირება, ზღვრული მოცულობა შეიცვლება და ყველა გათვლები თავიდან უნდა ჩატარდეს. რადგანაც ძნელია წინასწარ განსაზღვროთ თითოეულ მომსახურებაზე მიმართვების ზუსტი რაოდენობა, დაგეგმვისას მიზანშეწონილია მომსახურების მოცულობის შესაძლებელი დიაპაზონის განსაზღვრა და გათვლების ჩატარება უკიდურესი ვარიანტების შემთხვევაში, რაც ზღვრული მოცულობების დიაპაზონის განსაზღვრის შესაძლებლობას იძლევა. აგრეთვე ხელსაყრელია ამ წერტილებს შორის ყველაზე მაღალ წერტილზე ორიენტაცია: აღნიშნული მომგებიანი მუშაობის გარანტიას იძლევა.

20.5.4. არამატერიალური შედეგების ფულადი სახით შეფასება

როგორც ზემოთ განვიხილეთ, ბევრ შემთხვევაში ხარჯთ-სარგებლიანობის ანალიზის გამოყენება დიდ სირთულეებთანაა დაკავშირებული, რაც გამოიხატება პროგრამების შედეგების ფულად გამოხატვაში. ყველა ძნელია ადამიანის სიცოცხლის ფულადი სახით გამოსახვა, რომლის შენარჩუნება მრავალი სამედიცინო პროგრამის შედეგს წარმოადგენს. ამისათვის გამოიყენება რამდენიმე მეთოდი. ერთ-ერთ მეთოდი (ადამიანის კაპიტალის მეთოდი) მოიცავს სიცოცხლის შეფასებას პაციენტის მწარმოებლური საქმიანობის მოსალოდნელი შედეგების მიხედვით, რომელიც გათვლილია შრომის წარმოების დისკონტირების გათვალისწინებით. აღნიშნული მიდგომის უარყოფით მხარეს წარმოადგენს ის გარემოება, რომ დასაქმებულთა სიცოცხლე უმუშევრების და პენსიონერების სიცოცხლესთან შედარებით ფასდება შედარებით დაბალი მაჩვენებლებით. შეუფასებელი შეიძლება დარჩეს აგრეთვე თვითდასაქმებულები, ფერმერები, დიასახლისები. შეფასების სხვა შესაძლებელ ვარიანტს წარმოადგენს გამოკითხვის მეთოდი, ან პაციენტების განწყობილების შესწავლა. განვიხილოთ ეს მეთოდები.

გამოკითხვის მეთოდი

აღნიშნული მეთოდი გულისხმობს მოსახლეობის გამოკითხვას. გამოკითხვა მოიცავს შემდეგ საკითხებს: რამდენს გადაიხდის მოსახლეობა გარკვეული დაავადების სამკურნალოდ, დაავადების დაწყებისას რა თანხას თვლიან ყველაზე მისაღებ კომპენსაციად. იგი გამოიყენება არამარტო “სიცოცხლის შენარჩუნების ღირებულების” დასადგენად, არამედ ისეთი შედეგების ფულადი სახით გამოსახატავად, როგორცაა: ტკივილის მოხსნა, შფოთის მოხსნა, საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესება და ა. შ. გამოკითხული ან თვითონ აკეთებს შეფასებას, ან ირჩევს ერთ-ერთ ვარი-

ანტს. თუმცა, როგორც ყველა გამოკითხვისას, ამ შემთხვევაშიც შეინიშნება გარკვეული პრობლემები. უპირველეს ყოვლისა, პასუხები დამოკიდებულია იმაზე თუ ვინ და როგორ სვამს კითხვებს, აგრეთვე რესპოდენტის შეხედულება, თუ სად იქნება გამოყენებული მისი პასუხები. მაგალითად, თუ რესპოდენტი მიიჩნევს, რომ მისი პასუხების საფუძველზე განისაზღვრება მომსახურების ფასები, იგი შეეცდება შეამციროს ფასები. თუ რესპოდენტი ჩათვლის რომ კონკრეტული დაავადების მკურნალობის ტექნოლოგიის განვითარებაზე გარკვეულ პრიორიტეტებს – შედეგები აღმოჩნდება გაზრდილი. გარდა ამისა, დაავადების მკურნალობისა და პროფილაქტიკის შემთხვევაში პასუხები განსხვავებული იქნება. მეორე მხრივ, შეფასება დამოკიდებულია პაციენტის მდგომარეობის დონეზე. მარტონხელა პენსიონერი, რომელიც თვეში 100 ლარის პენსიას ღებულობს, მიიჩნევს რომ შეუძლებელია სამედიცინო მომსახურებაზე 300 ლარის გადახდა, თუნდაც საქმე ეხებოდეს სიცოცხლის შენარჩუნებას.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, გამოკითხულთა შერჩევა უნდა იყოს რეპრეზენტაციული შემოსავლების დონის მიხედვით. მესამე მხრივ, პასუხები დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად ნათლად აქვს წარმოდგენილი რესპოდენტს სიტუაცია. ამიტომ ისმება კითხვა, თუ ვინ უნდა იქნეს გამოკითხული: პაციენტები, მათი მშობლები ან ახლობლები, ექიმები და ა. შ. მოსახლეობის თითოეულ ჯგუფს ექნება საკუთარი შეფასება. ჩვეულებრივი მოსახლეობისათვის მნიშვნელოვანია ხელმისაწვდომი ფორმით სხვადასხვა ალტერნატიული ვარიანტების, გამოსავლების, გვერდითი ეფექტების შესახებ ამომწურავი ინფორმაციის არსებობა. ექიმებისთვის მნიშვნელოვანია საკუთარი ინტერესების გათვალისწინება. მთავარია – როგორ დადგინდეს სიცოცხლის ფასი ფულადი სახით? შეიძლება თუ არა ასეთი სახის “საქონლით” ვაჭრობა?

ამიტომ არა არის გასაკვირი, რომ ასეთი მეთოდების გამოყენებისას კვლევები იძლევიან ადამიანის სიცოცხლის ღირებულების სხვადასხვა შეფასებებს: ა.შ.შ-ში შესრულებული კვლევების შედეგები მერყეობს 69000-დან 10000000 ა.შ.შ. დოლარის დიაპაზონში. აღნიშნული მიგვიითიუბს, რომ ამ მეთოდების საშუალებით შეუძლებელია საფუძვლიანი ანალიზისათვის საკმარისი ზუსტი მაჩვენებლის მიღება.

ირიბი შეფასების მეთოდი

ირიბი შეფასების მეთოდი იკვლევს ინდივიდუალურ და საზოგადოებრივ განწყობას, რომელთა საფუძველზე შესაძლებელია სიცოცხლის შენარჩუნების, ინვალიდობის აღმოფხვრის, ტკივილის მოხსნის ფასის განსაზღვრა. უმარტივეს მაგალითს წარმოადგენს პაციენტის მზადყოფნა სტომ-ატოლოგიის კაბინეტში გადაიხადოს ანესთეზიის ღირებულება ანესთეტიკის ფასის მიხედვით. სამწუხაროდ, გადახდის მზადყოფნა ხშირად არ განისაზღვრება მხოლოდ პაციენტის შეფასებით ტკივილის მოხსნის ღირებულებასთან მიმართებაში. ამ შემთხვევაში დიდ როლს თამაშობს ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა: ექიმის რჩევა, პაციენტის შესაძლებლობა აანაზღაუროს ანესთეზია.

სიცოცხლის და ჯანმრთელობის შეფასებისათვის შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ხელფასზე დანამატები სიცოცხლისათვის მავნე სამუშაოებზე ადამიანთა დასაქმების შემთხვევაში. აგრეთვე შეიძლება გამოყენებულ იქნეს სიცოცხლის და ჯანმრთელობის დაზღვევის მონაცემები. საზოგადოების თვალსაზრისით ადამიანის სიცოცხლის ფასის გამისახატავად შეიძლება გამოყენებულ იქნეს საკანონმდებლო ორგანოს მიერ საზოგადოებრივი უსაფრთხოების მიზნით დაწესებული ფინანსური საშუალებები. სამწუხაროდ, ასეთი შეფასებები ნაკლებად ზუსტია.

განსხვავებები შრომის ანაზღაურებაში გამოხატავენ ისეთ მრავალ განსხვავებულ ფაქტორებს, როგორიცაა: პროფესიული ჩვევები, სამუშაოთი კმაყოფილება, შრომის მობილურობა, უმუშევრობის ადგილობრივი დონე, ადგილობრივი პროფკავშირების სიძლიერე და ა. შ. ხელფასის დადგენაში ჯანმრთელობაზე ზრუნვა შეიძლება ძალიან მცირე როლს თამაშობდეს. სიცოცხლის

დაზღვევისას სადაზღვევო შენატანი დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად ცდილობს ადამიანი რისკისგან თავდაცვას და რა დროის პერიოდში სურს მას ოჯახის დაზღვევა მისი გარდაცვალების შემთხვევაში, და არა საკუთარი სიცოცხლის ღირებულებაზე. რაც შეეხება სახელმწიფო ორგანოებს, მათი გადაწყვეტილებები აგრეთვე დამოკიდებულია მრავალ პირობაზე, მაგალითად, არჩევნებზე. რადგანაც კვლევათა უმრავლესობა კეთდება სახელმწიფო ორგანოების მეტი ინფორმირებულობისათვის, ამავე სახელმწიფო ორგანოების ინფორმაციის გამოყენება შეიძლება მანკიერ წრეს წარმოადგენდეს.

მიუხედავად იმისა, რომ ხარჯების სარგებლიანობის ანალიზი უფრო მოქნილს წარმოადგენს ვიდრე ხარჯების ეფექტურობის ანალიზი, ჯანმრთელობის ეკონომიკური ეფექტის სარგებლიანობის შეფასების სირთულის გამო, მისი პრაქტიკაში გამოყენება შეზღუდულია. ბევრ კვლევებში, სადაც აღნიშნული მეთოდი გამოიყენება, კეთდება იმ ჩარევების ანალიზი, რომლებიც იძლევა ფინანსურ ეფექტს სიკვდილობის მცირე ხარისხით შემცირებისას.

ამგვარად, ხარჯთ-სარგებლიანობის ანალიზი უფრო მოქნილია, ვიდრე ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი, სიცოცხლის და ჯანმრთელობის ფულადი სახით შეფასება მკვეთრად ამცირებს მისი გამოყენების სფეროს.

საკონტროლო კითხვები

1. რა არის ეკონომიკური შეფასება?
 2. ჩამოთვალეთ ეკონომიკური შეფასების მეთოდები.
 3. ახსენით ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზის მეთოდი
 4. ახსენით ხარჯების მინიმიზაციის მეთოდი
 5. ახსენით ხარჯთ-უტილიტარული მეთოდი
 6. რას წარმოადგენს QALY?
 7. რას წარმოადგენს DALY?
8. დაგვემილია პაციენტთა სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის დასაბუთებული შემცირება 20 %-ით, ამასთან ეკონომისტები მოელიან თითოეული ნამკურნალევ პაციენტზე ხარჯების 20 %-ით შემცირებას. სრული დატვირთვის შემთხვევაში სტაციონარის მუდმივი ხარჯები შეადგენს მთლიანი ხარჯების 70 %-ს, შეაფასეთ თითოეულ პაციენტზე ხარჯების რეალური შემცირება, როდესაც: 1. ყოველი გამოწერილი პაციენტის ადგილას იმავე დღეს დაწვება ახალი პაციენტი; 2. გამონთავისუფლებული ადგილები დარჩება დაუტვირთავი.
9. მკურნალობის ახალი ტექნოლოგიის გამოყენება განაპირობებს დამატებით ხარჯებს, რომელიც შეადგენს 40 ლარს თითოეულ პაციენტზე და შრომისუნარობის შემცირებას 4 დღით. გამოთვალეთ ხარჯშედგენიანობის კოეფიციენტი.
10. კლინიკურად დასაბითებულია, რომ დაავადების მკურნალობა A ან B ანტიბიოტიკით განაპირობებს უფრო სწრაფ გამოჯანმრთელებას, ვიდრე დღეს გამოყენებული C ანტიბიოტიკი. A ანტიბიოტიკი ღირს 180 ლარი სტანდარტით (10 აბი) და მკურნალობის საშუალოდ 8 დღის შემდეგ ყოველდღიური 2 აბიანი დოზირების შემთხვევაში იწვევს პაციენტის გამოჯანმრთელებას. B ანტიბიოტიკი ღირს 300 ლარი სტანდარტით (20 აბი), ღებულობენ 3 აბს დღეში და იწვევს გამოჯანმრთელებას მკურნალობის საშუალოდ 6 დღის შემდეგ. C ანტიბიოტიკით (80 ლარი სტანდარტით, 20 აბი, 4 აბი დღეში) მკურნალობის დროს გამოჯანმრთელება იწყება საშუალოდ 15 დღის შემდეგ. განსაზღვრეთ ინკრემენტული ხარჯები C ანტიბიოტიკის A და B ანტიბიოტიკით შეცვლისას და ასეთი შეცვლის ინკრემენტული შედეგები, შეაფასეთ ხარჯთ-ეფექტურობის კოეფიციენტები შეცვლის ორივე ვარიანტისათვის და გააკეთეთ დასკვნები მკურნალობის კურსის შეცვლის მიზანშეწონილობის და ანტიბიოტიკის არჩევის შესახებ: ა) პაციენტის მიხედვით, რომელიც ღებულობს ამბულატორიულ მკურნალობას და მედიკამენტებს ყიდულობს საკუთარი ჯიბიდან; ბ) სამედიცინო დაწესებულების თვალსაზრისით, რომელიც ეწვევა სტაციონარულ სამედიცინო დახმარებას.
11. ტკიპისმიერი ენცეფალიტის მკურნალობის და პროფილაქტიკის ორი მეთოდი არსებობს: მოსახლეობის ვაქცინაცია და ტკიპით დაკბენილისთვის იმუნოგლობულინის შეყვანა. ვაქცინაციაზე დანახარჯები შეადგენს 20 ლარს ერთ პირზე, ამასთან მიიღწევა 60 % ვაქცინირებულთა იმუნოგლობულინის შეყვანის ხარჯები შეადგენს 30 ლარს ერთ პირზე და იმუნოგლობულინის დროული შეყვანა განაპირობებს დაავადების აღმოფხვრას. ავადმყოფის მკურნალობა საშუალოდ 1200 ლარს შეადგენს. წინა სტატისტიკიდან ცნობილია, რომ სეზონის განმავლობაში პოლიკლინიკას ტკიპით დაკბენილთა 30000 მოსახლემ მიმართა (ქალაქში ცხოვრობს 200 000 მოსახლე). პროფილაქტიკური ზომების არარსებობისას ყოველი 100 დაკ-

ბენილიდან 2 ადამიანი ავადდება. შეაფასეთ თითოეული პროფილაქტიკური ღონისძიებების ხარჯები მოცემული ქალაქის პირობებში და ენცეფალიტით დაავადების აღმოფხვრის სარგებელი. აირჩიეთ ენცეფალიტის პროფილაქტიკის ყველაზე ხელსაყრელი ვარიანტი.

12. მძიმე მოტეხილობით მიღებული ინვალიდობის სამკურნალოდ პაციენტმა გაიკეთა ენდო-პროტეზირება, რამაც მას შესაძლებლობა მისცა ყავარჯნების გარეშე დაეწყო სიარული. ოპერაციაზე დანახარჯებმა შეადგინა 20000 ლარი. ოპერაციამდე ადამიანის მდგომარეობის სარგებლიანობა შეადგენდა 0,35-ს, ოპერაციის შემდეგ – 0,75-ს. ჩავთვალოთ, რომ პაციენტის სიცოცხლის ხანგრძლივობა შეადგენს 15 წელს, გამოითვალეთ ოპერაციის შედეგი QALY-ში და განსაზღვრეთ ხარჯთ-უტილიტარული კოეფიციენტი.

ლიტერატურა

1. Richardson et al, 1998, “Skill mix changes; substitution or service development?”, *Health Policy*, 45: 119-132
1. Шейман И.М. Экономика Здравоохранения, Москва, ТЕИС, 2001.
3. С. Виттер; Т. Енсор; Введение в Экономику Здравоохранения для Стран Восточной Европы и СНГ. Центр Экономики Здравоохранения Университет Уорка.
4. Witter S. and Ensor T. Health economics for Developing Countries. The University of York, Centre for Health Economics International Programme. Macmillan, 2000.
5. Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.
6. თ. ტაბალოშვილი, სამედიცინო მომსახურების ეკონომიკური შეფასების მეთოდები, რეჟერატი, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, 2008 წ.

თავი XXI.

ჯანდაცვის სფეროში გადაწყვეტილების მიღებისას

ეკონომიკური შეფასების შედეგების გამოყენება

ეკონომიკური ეფექტურობის ნებისმიერი შეფასება, მნიშვნელოვანია როგორც გადაწყვეტილებების მიღების ერთ-ერთი მთავარი ფაქტორი. ხშირად, ეკონომიკურ შეფასებებს ახორციელებენ ერთი ადამიანები, ხოლო გადაწყვეტილებებს ღებულობენ მეორენი. ამიტომ, პირებმა, რომლებიც ღებულობენ გადაწყვეტილებებს, უნდა იცოდნენ, თუ რამდენად შეიძლება ეკონომიკური ანალიზის შედეგად მიღებული დასკვნების ნდობა, და რამდენად არის შესაძლებელი ამ დასკვნების კონკრეტულ სიტუაციაში გამოყენება. გარდა ამისა, ეკონომიკური შეფასებები – არ წარმოადგენენ გადაწყვეტილებების მიღების ერთადერთ საფუძველს: ალტერნატივის არჩევისას, გასათვალისწინებელია არამართო ეკონომიკური, არამედ სოციალური, პოლიტიკური და სხვა ფაქტორები. მოცემულ თავში განვიხილავთ ეკონომიკური შეფასებების კრიტიკულ ანალიზს, ანუ რამდენად ადეკვატურია შეფასების არჩეული მეთოდიკა და რამდენად საფუძვლიანია მისი შედეგები. შემდგომ განვიხილავთ გადაწყვეტილებების მიღების ტექნოლოგიას და იმ არაეკონომიკურ ფაქტორებს, რომლებიც უნდა გაითვალისწინოს ხელმძღვანელმა მუშაკებმა, ამა თუ იმ პროგრამის, პროექტის, პროცედურის, ან მომსახურების არჩევისას.

21.1. ეკონომიკური შეფასების კრიტიკული ანალიზი

მ. დრუმონდმა წარმოადგინა 10 მთავარი კითხვა, რომლებზეც გაცემული პასუხები საშუალებას გვაძლევს შევაფასოთ ეკონომიკური ანალიზის შედეგები.

1. კითხვა დასმულია თუ არა ისეთი ზუსტი ფორმით, რომ შესაძლებელია მასზე პასუხის გაცემა?
2. მოცემულია თუ არა კონკურირებადი ალტერნატივების სრული აღწერილობა?
3. წარმოდგენილია თუ არა ალტერნატიული პროგრამების სამედიცინო შედეგიანობის მტკიცებულება?
4. განსაზღვრულია თუ არა თითოეული ალტერნატიული პროგრამის ყველა მთავარი ხარჯები და შედეგები?
5. გაზომილია თუ არა ხარჯები და შედეგები საკმარისი სიზუსტით ადეკვატურ ფიზიკურ ერთეულებში?
6. ხარჯები და შედეგები რამდენად სარწმუნოდაა შეფასებული?
7. კორექტირებულია თუ არა გაწეული ხარჯები და მიღებული შედეგები დროში განაწილების სხვაობის გათვალისწინებით?
8. შესრულებულია თუ არა ხარჯების და შედეგების ინკრემენტული ანალიზი?
9. შესრულებულია თუ არა შედეგების მგრძობიანობის ანალიზი?
10. შედეგების განხილვაში ჩართულია თუ არა ყველა მთავარი მომენტები, რომლებიც მნიშვნელოვანია მათთვის ვინც ეცნობა ნაშრომს?

1. კითხვა დასმულია თუ არა ისეთი ზუსტი ფორმით, რომ შესაძლებელია მასზე პასუხის გაცემა?

სწორად დასმულმა კითხვამ მკაფიოდ უნდა განსაზღვროს შესადარებელი ალტერნატივები და მიუთითოს, თუ რომელი თვალსაზრისით სრულდება შეფასება. ზოგჯერ თვალსაზრისი იგულისხმება, (როდესაც შეფასება ხორციელდება კონკრეტული ორგანიზაციისთვის – მაგ., სამედიცინო დაწესებულება, ჯანდაცვის ორგანოები ან სადაზღვევო კომპანია), მაგრამ უფრო უკეთესია, თუ იგი აღწერილია მკაფიო ფორმით. ასევე, ხშირად მკაფიოდ არ არის შედარებული კონკრეტული პროგრამა და ალტერნატივა “არაფერი ვაკეთოთ”.

სხვადასხვა ეკონომიკურ შეფასებებში ამოცანის დასმის სიზუსტით განსაზღვრისათვის მიზანშეწონილია შემდეგი სავარჯიშოს შესრულება.

სავარჯიშო. ქვემოთ მოყვანილია კითხვები, რომლებიც დასმულია ჯანდაცვის ეკონომიკის სხვადასხვა ნაშრომებში.

< ღირს თუ არა თანხების გამოყოფა ქრონიკული ავადმყოფების სახლში მოვლის პროგრამაზე?

< რა დადებითი მხარეები აქვს ჰიპერტონიული დაავადების მართვისთვის საერთო გამოკვლევის პროგრამას?

< რა ღირს ინტენსიური თერაპიის განყოფილების ფუნქციონირება?

< რამდენს შეადგენს მოსწავლეების გეგმიური პროფგასინჯვების ჩატარების ხარჯები და როგორია მისი შედეგები?

< სამკურნალო დაწესებულების და პაციენტის თვალსაზრისით რომელი პროგრამაა უკეთესი: დღის სტაციონარში პნევმონიით დაავადებულთა დიაგნოსტიკური გამოკვლევის პროგრამა თუ ამბულატორიული გამოკვლევის პროგრამა?

ამოარჩიეთ ის კითხვები, რომლებიც თქვენი თვალსაზრისით უფრო ზუსტადაა დასმული (ანუ შეიძლება იყოს ეკონომიკური ანალიზის მიზანი და მოცემულია ისეთი ფორმით, რომ შესაძლებელია ზუსტი პასუხის მიღება).

ზუსტად დასმულმა კითხვამ მკაფიოდ უნდა განსაზღვროს შესადარებელი ალტერნატივები და თვალსაზრისი, რომლის მიხედვითაც ხდება შედარება. ისეთი სახის კითხვები, როგორიცაა: ღირს თუ არა თანხების გამოყოფა ქრონიკული ავადმყოფების სახლში მოვლის პროგრამაზე? ან რა დადებითი მხარეები აქვს ჰიპერტონიული დაავადების მართვისთვის საერთო გამოკვლევის პროგრამას? განაპირობებენ დამატებითი კითხვების დასმას: ვის? და რასთან შედარებით?

ასევე, კითხვები: რა ღირს ინტენსიური თერაპიის განყოფილების ფუნქციონირება? რამდენს შეადგენს მოსწავლეების გეგმიური პროფგასინჯვების ჩატარების ხარჯები და როგორია მისი შედეგები?

არ გვაძლევს ეკონომიკური ანალიზის ჩატარების საშუალებას, რადგანაც არ შეიცავენ შესადარებელ ალტერნატივებს. არ შეიძლება ითქვას, რომ რომ ეს კითხვები არ გვაძლევენ მნიშვნელოვან ეკონომიკურ ან ადმინისტრაციულ ინფორმაციას; შესაძლებელია, ისინი მას წარმოგვიდგენენ, მაგრამ მათზე პასუხები არ შეიძლება განვიხილოთ როგორც ეფექტურობის შეფასება.

სავარჯიშოში მოცემული კითხვებიდან სწორადაა დასმული მხოლოდ ბოლო კითხვა - სამკურნალო დაწესებულების და პაციენტის თვალსაზრისით რომელი პროგრამაა უფრო უკეთესი: დღის სტაციონარში პნევმონიით დაავადებულთა დიაგნოსტიკური გამოკვლევის პროგრამა თუ ამბულატორიული გამოკვლევის პროგრამა?

2. მოცემულია თუ არა კონკურირებადი ალტერნატივების სრული აღწერილობა?

ანალიტიკური სამუშაოს შესწავლისას, მკითხველმა ნათლად უნდა წარმოიდგინოს, ვინ და რა თანმიმდევრობით უნდა შეასრულოს თითოეული ალტერნატიული პროგრამა. აღწერა უნდა იყოს საკმარისად სრული, რომ მკითხველმა შესძლოს:

- < იმსჯელოს კონკრეტულ პირობებში მოცემული პროგრამების გამოყენებასა თუ არგამოყენებაზე;
- < შეაფასოს, ანალიზში ხომ არ არის გამოთიშული ესა თუ ის შედეგები და ხარჯები;
- < საჭიროების შემთხვევაში გაიმეოროს აღწერილი პროგრამული ქმედებები.

ამასთან, ხშირად ალტერნატივების აღწერისას ანალიტიკოსები არ ითვალისწინებენ ზოგიერთ დეტალს (მაგ., ანტიკოაგულანტების პროფილაქტიკური მიზნით შეყვანა ზოგიერთი ქირურგიული ჩარევების დროს). შედეგად, პროგრამული ქმედებების განმეორების მცდელობა განაპირობებს არსებითად მოსალოდნელზე მძიმე შედეგებს.

3. წარმოდგენილია თუ არა ალტერნატიული პროგრამების სამედიცინო შედეგიანობის მტკიცებულება?

სამედიცინო პროგრამების, პროცედურების, მომსახურების ნებისმიერი ეკონომიკური ანალიზი უნდა დაიწყოს მათი სამედიცინო შედეგიანობის მტკიცებულებით, ანუ, მომსახურება, რომელიც ზიანის მეტს არაფერს არ გვაძლევს (საკუთრივ, ან იმის გამო, რომ გვართმევენ რესურსებს პროგრამებისგან, რომლებმაც შესაძლოა უკეთესი სამედიცინო შედეგები მოგვცეს), ფაქტიურად ასეთი მომსახურებების უზრუნველყოფას აზრი არ აქვს. ზოგჯერ ეფექტურობის შეფასება წარმოებს კლინიკური ქმედითობის ან შედეგიანობის შეფასების ერთდროულად. მაგალითად, თერაპიული მეთოდების კლინიკური გამოცდის შემთხვევაში, რომელიც მოიცავს ექსპერიმენტული პროგრამის ღირებულების შედარებას საკონტროლო პროგრამასთან, რომელიც ან უკვე მოქმედებს, ან გამოიყენება უბრალოდ პაციენტის დასამშვიდებლად. აღსანიშნავია, რომ საკუთრივ ეფექტურობის შეფასება ჯერ კიდევ არ ნიშნავს ქმედითუნარიანობას, რომელიც მოითხოვს ცალკე მტკიცებულებას, რადგან არსებობენ სიცოცხლის ხარისხის როგორც ამაღლების, ასევე დაქვეითების შეფასების ეფექტური მეთოდები.

4. განსაზღვრულია თუ არა თითოეული ალტერნატიული პროგრამის ძირითადი ხარჯები და მიღებული შედეგები?

ამ კითხვაზე პასუხის შესაფასებლად, აუცილებელია გავარკვიოთ, მოიცავს თუ არა კვლევა ყველა მთავარ თვალსაზრისს. მკითხველის თვალსაზრისით, შესაძლებელია არსებობდეს ზოგი გაუთვალისწინებელი ხარჯები და შედეგები. მაგალითად, შეფასებებში, რომლებიც მიმართულია კონკრეტული მომსახურების ხარჯების და შედეგების შესადარებლად, სამკურნალო დაწესებულების თვალსაზრისით, ხშირად უგულებელყოფენ კაპიტალურ ხარჯებს მხოლოდ იმიტომ, რომ მოწყობილობა “უკვე ნაყიდაა”, ხოლო ახალზე გაიცემა შეკვეთა, და მისი შესყიდვა არ აისახება დაწესებულების ფინანსურ მდგომარეობაზე. ჯანდაცვის ორგანოების თვალსაზრისმა და ამ ხარჯების გათვალისწინებამ შესაძლოა არსებითად შეცვალოს ეკონომიკური შეფასების შედეგი.

5. გაზომილია თუ არა ხარჯები და შედეგები საკმარისი სიზუსტით ადექვატურ ფიზიკურ ერთეულებში?

ხარჯები და შედეგები აუცილებელია შევაფასოთ რაოდენობრივად ნატურალური ფიზიკური მაჩვენებლების საშუალებით – მაგალითად, მედლის და ექიმის მუშაობის საათების რაოდენობა, ჩატარებული ანალიზების რაოდენობა, საწოლ-დღეების რაოდენობა, თავიდან აცილებული

სიკვდილიანობის რაოდენობა, დაავადების ადრეულ სტადიაზე დიაგნოსტირებულთა რაოდენობა და ა. შ. ანალიზის დროს, მნიშვნელოვანია ყურადღება მივაქციოთ, ზემოაღნიშნული პუნქტებიდან იყო თუ არა რომელიმე უგულვებელყოფილი და თუ იყო, ნიშნავს თუ არა ეს, რომ იგი კონკრეტული სიტუაციისათვის არ იყო მნიშვნელოვანი? მნიშვნელოვანია აგრეთვე იმის გარკვევა, მუშაობისას იყო თუ არა ისეთი მდგომარეობა, რომელიც ართულებდა ანალიზის განხორციელებას (მაგ., რესურსების ერთობლივი გამოყენება), და იყო თუ არა ეს სიძნელეები ფეფქტურად გადაწყვეტილი.

6. რამდენად სარწმუნოა შეფასებული ხარჯები და შედეგები?

ეკონომიკურმა შეფასებამ ნათელი წარმოდგენა უნდა მოგვცეს ხარჯებისა და შედეგების წყაროებზე. ხარჯები, როგორც წესი, ფასდება ფულადი ექვივალენტით მიმდინარე ფასების შესაბამისად. ეს მონაცემები უნდა აღებულ იქნას განხილული პროგრამის ბიუჯეტიდან. პროგრამის ყველა ხარჯები, ახლანდელი და მომავალი, მითითებული უნდა იყოს მიმდინარე ფასებში. ზოგჯერ შეიძლება წარმოიშვას კორექციის საჭიროება როდესაც პროგრამა გარკვეულ რესურსებს იყენებს “უფასოდ” (“შაბათობების” დროს თანამშრომელთა მუშაობა, ქალაქის ბიუჯეტიდან მოწყობილობის ყიდვა). შედეგების მაჩვენებლები უნდა იყოს საფუძვლიანი და შეესაბამებოდეს ანალიზის არჩეულ სახეს.

7. კორექტირებულია თუ არა გაწეული ხარჯები და მიღებული შედეგები დროში განაწილების სხვაობის გათვალისწინებით?

ხარჯებისა და შედეგების დისკონტირება განხილული იყო შესაბამის თავებში. დისკონტირების განხილვისას მიზანშეწონილია ყურადღება მიექცეს დისკონტირების განაკვეთის არჩევანზე და მის შესაბამისობას რეალობასთან.

8. შესრულებულია თუ არა ხარჯების და შედეგების ინკრემენტული ანალიზი?

ზოგჯერ მნიშვნელოვანია განისაზღვროს, თუ რა დამატებითი ხარჯები უნდა განხორციელდეს რომ მივიღოთ დამატებითი შედეგის თითოეული ერთეული. ზოგჯერ შედეგის დამატებითი ერთეულის ფასი შეიძლება ძვირი აღმოჩნდეს, რაც ცხადია მოქმედებს გადაწყვეტილების მიღებაზე.

9. შესრულებულია თუ არა შედეგების მგრძობელობის ანალიზი?

ყველა შემთხვევაში, როდესაც ხარჯების და შედეგების შეფასებისას არსებობს გაურკვევლობა, აუცილებელია მგრძობელობის ანალიზი: რადგან ზოგ შემთხვევაში მთავარი მაჩვენებლების მცირე ცვლილებაც კი განაპირობებს შეფასებისას მიღებული დასკვნის ცვლილებას. ბოლო წლებში დასავლეთის მკვლევარები მგრძობელობის ანალიზს თვლიან ხარისხობრივად შესრულებული ეკონომიკური შეფასების აუცილებელ პირობად.

10. შედეგების განხილვაში ჩართულია თუ არა ყველა მთავარი მომენტები, რომლებიც მნიშვნელოვანია მათთვის ვინც ეცნობა ნაშრომს?

ეკონომიკური შეფასების შედეგები ხშირად ასახულია ზოგიერთი მარტივი მაჩვენებლების სახით – მაგალითად, ხარჯთ-ფეფქტურობა, ხარჯთ-სარგებლიანობა ან უბრალოდ რესურსების ჯამი, რომლებიც შესაძლებელია დავზოგოთ ერთი და არა სხვა პროგრამის განხორციელებისას. შეფასებისას აუცილებელია გათვალისწინებულ იქნეს სამედიცინო დაწესებულების თითოეული განყოფილების თავისებურებები, ეკონომიკური ანალიზისას ასევე მნიშვნელოვანია, რომ გამონათვისუფლებული რესურსები მიმართული იყოს სხვა სასარგებლო ღონისძიებებზე. თუმცა

ეს ყოველთვის არ არის შესაძლებელი. მაგალითად, მკურნალობის ახალი ტექნოლოგიების დანერგვისას შეიძლება შემცირდეს სტაციონარში პაციენტის დაყოვნების ხანგრძლივობა, თუმცა შემცირებული საწოლ-დღეების ღირებულების ტოლი ეკონომიკური ეფექტი მიიღება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ყველა გამონათავისუფლებულ ადგილზე დაუყოვნებლივ დაწვებიან ახალი პაციენტები, ან შესაძლებელი იქნება არასაჭირო საწოლ-ადგილების შენახვის ხარჯებისგან განთავისუფლება (მაგალითად, გარკვეული ფართის არენდით გაცემა). როდესაც მუდმივი ხარჯები უცვლელი რჩება, მიღებული ეკონომია არსებითად მცირე იქნება.

განვიხილოთ კონკრეტული სიტუაცია: ეკონომისტები ასრულებენ სადაზღვევო კომპანიის მიერ განხორციელებული პროფილაქტიკური გამაჯანსაღებელი პროგრამის (საცურაო აუზით მომსახურება) ეკონომიკურ შეფასებას.

ვარჯიშები საცურაო აუზში მიმართულია ორგანიზმის დამცველობითი ძალების სტიმულირებისათვის, რაც მნიშვნელოვანია ხშირი ვირუსული გრიპით დაავადების პრევენციისთვის

გამაჯანსაღებელი პროგრამა გათვლილია 1985 პირზე. პროგრამის ღირებულება შეადგენს 16000 ლარს. სამი წლის განმავლობაში სადაზღვევო კომპანია აწარმოებდა იმ პირთა ვირუსული გრიპით დაავადების შემცირების დინამიკის ანალიზს, რომლებიც მიმართავდნენ საცურაო აუზში ვარჯიშებს, რომლის შედეგები წარმოდგენილია ცხრილში.

ცხრილი 1

წელი	დაკვირვების ქვეშ მყოფ პირთა რაოდენობა, რომლებიც მიმართავენ საცურაო აუზს	ავადობა	%	ავადობა ქალაქის მოსახლეობის 1000 პირზე (მთლიანი მოსახლეობა – 400 000)	%	ავადობის შემცირების შემთხვევათა რა-ბა 100 პირზე	%
1996	1000	173	17,3	330	33,0	157	15,7
1997	1000	196	19,6	324	32,4	128	12,8
1998	1000	182	18,2	294	29,4	112	11,2
საშუალოდ	1000	183,7	18,4	316	31,6	132,3	13,2

1985 კაცზე გათვლით ავადობის შემთხვევათა რაოდენობა, რომლებიც არ მიმართავენ საცურაო აუზს, შეადგენს:

$$1985 * 31,6\% = 627 \text{ შემთხვევა,}$$

საცურაო აუზში მიმართვისას:

$$1985 * 18,4\% = 365 \text{ შემთხვევა.}$$

$$\text{ავადობის შემცირება შეადგენს } 627 - 365 = 262 \text{ შემთხვევას.}$$

ერთი შემთხვევის მკურნალობის ღირებულება შეადგენს 40 ლარს. ამგვარად, მწვავე რესპირატორული დაავადებების პროფილაქტიკის ეფექტურობა საცურაო აუზით სარგებლობისას შეადგენს: $40 \text{ ლარი} * 262 \text{ შემთხვევა} = 10480 \text{ ლარს.}$

აღსანიშნავია, რომ ავადობის შემცირება აგრეთვე ამცირებს დროებითი შრომისუუნარობის ფურცლის გაცემის ხარჯებსაც.

გამოიყენება შემდეგი სტატისტიკური მონაცემები:

ცხრილი 2:

დაავადებულთა რაოდენობის შემცირება	262 პირი
დროებით შრომისუნარობის ფურცელზე ყოფნის საშუალო ვადა	7 დღე
საშუალო ხელფასი	1350 ლარი
თვის სამუშაო დღეების საშუალო თვიური რაოდენობა	22

დაავადებულთა რაოდენობის შემცირება 262 პირი
 დროებით შრომისუნარობის ფურცელზე ყოფნის საშუალო ვადა 7 დღე
 საშუალო ხელფასი 1350 ლარი
 თვის სამუშაო დღეების საშუალო თვიური რაოდენობა 22

დროებითი შრომისუნარობის ფურცლის ხარჯების შემცირებით ეკონომიკური ეფექტურობა შეადგენს: $262 \text{ პირი} * 1350 \text{ ლარი} / 22 \text{ სამუშაო დღე} * 7 \text{ დღე} = 112541 \text{ ლარი}$

მოცემული პროგრამის დანერგვის ჯამური ეფექტი შეადგენს:

$10480 \text{ ლარი} + 112541 \text{ ლარი} = 123021 \text{ ლარი.}$

საცურაო აუზში ვარჯიშები აგრეთვე ზრდის ადამიანის ორგანოებისა და სისტემების ფუნქციურ აქტიურობას, განსაკუთრებით საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის დაავადებებისას, რომლითაც ავადაა ყოველი მეორე ადამიანი.

განვიხილოთ მოცემული მაგალითი წინა თავში წარმოდგენილი პოზიციის თვალსაზრისით.

1. კითხვა დასმულია თუ არა ისეთი ზუსტი ფორმით, რომ შესაძლებელია მასზე პასუხის გაცემა?

არა, რადგან არ არის მითითებული თვალსაზრისი, რომლითაც სრულდება შეფასება. როდესაც შეფასება კეთდება სადაზღვევო ორგანიზაციის თვალსაზრისით, მაშინ გაუგებარია, რატომ არის გათვალისწინებული დროებითი შრომისუნარობის ფურცლის ხარჯები, როდესაც შეფასება კეთდება საზოგადოების თვალსაზრისით, მაშინ მითითებული უნდა იყოს ისეთი დამატებითი ხარჯები, როგორცაა პაციენტების სატრანსპორტო ხარჯები და დაავადებისას მედიკამენტების ხარჯები.

2. მოცემულია თუ არა კონკურენტული ალტერნატივების სრული აღწერილობა?

დიახ. სულ არის ორი ალტერნატივა: საცურაო აუზში ვარჯიშები და ალტერნატივა “არაფერი ვაკეთოთ”.

3. წარმოდგენილია თუ არა ალტერნატიული პროგრამების სამედიცინო შედეგიანობის მტკიცებულება?

არა. შესადარებელი ალტერნატივები (საცურაო აუზით სარგებლობა და არსარგებლობა) სრულებითაც არ არის ექვივალენტური. გაუგებარია, შეესაბამება თუ არა პირთა ასაკობრივ-სქესობრივი შემადგენლობა ქალაქის მოსახლეობის ასაკობრივ-სქესობრივი შემადგენლობას (ცხადია არა – მოხუცები და ბავშვები იშვიათად მიმართავენ საცურაო აუზს). აგრეთვე გაუგებარია, აუზში ვარჯიშები აუმჯობესებს ჯანმრთელობას, თუ პირიქით, საცურაო აუზს მიმართავენ მხოლოდ შედარებით ჯანმრთელი ადამიანები. უფრო დამაჯერებელი იქნებოდა სტატისტიკური მო-

ნაცემების გამოყენება, რომელიც შესაძლებელია მივიღოთ შემთხვევითი არჩევისას, ან ერთი და იგივე ჯგუფზე დაკვირვებით საცურაო აუზით ხანგრძლივი გამოყენების შემთხვევაში.

4. განსაზღვრულია თუ არა თითოეული ალტერნატიული პროგრამის ძირითადი ხარჯები და მიღებული შედეგები?

არა. შედეგების შეფასება არასაკმარისად არის დასაბუთებული, თუმცა არის მცდელობა შესრულდეს არამართო ძირითადი, არამედ გვერდითი შედეგების აღწერა. სადაზღვეო კომპანიის თვალსაზრისით ხარჯები შეფასებულია სრულად, მაგრამ არასაკმარისადაა შეფასებული საზოგადოების თვალსაზრისით.

5. გაზომილია თუ არა ხარჯები და შედეგები საკმარისი სიზუსტით ადექვატურ ფიზიკურ ერთეულებში?

ხარჯები – დიახ, შედეგები – არა.

6. რამდენად სარწმუნოაა შეფასებული ხარჯები და შედეგები?

სრულად არა. ზუსტადაა მითითებული მხოლოდ სადაზღვეო კომპანიის ხარჯები პროგრამაზე. შედეგების შეფასების სიზუსტე საეჭვოა, რადგან შედეგების დასაბუთება საეჭვოა. აგრეთვე შეცდომაა დაშვებული დროებითი შრომისუნარობის ფურცლის ხარჯების ფულადი შეფასებისას. თუ დროებითი შრომისუნარობის ფურცელი გაიცემა 7 დღეზე, მაშინ ამ რაოდენობაში დასვენების დღეებიც იქნება მოხვედრილი. იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც ჩავთვლით, რომ დროებითი შრომისუნარობის ფურცელით ანაზღაურდება მხოლოდ სამუშაო დღეები, მაშინ ასეთი დღეები იქნება არა 7, არამედ 5, შესაბამისად დროებითი შრომისუნარიანობის ფურცლის ხარჯები შეადგენს:

262 პირი * 1350 ლარი / 22 სამ. დღე * 5 დღე = 80386 ლარი, და არა 112541 ლარი. შესაბამისად ჯამური ეკონომიკური ეფექტი უფრო ნაკლები იქნება.

7. კორექტირებულია თუ არა გაწეული ხარჯები და მიღებული შედეგები დროში განაწილების სხვაობის გათვალისწინებით?

ხარჯები და შედეგები თანხვდება დროში, ამიტომ კორექტირება არ არის საჭირო.

8. შესრულებულია თუ არა ხარჯების და შედეგების ინკრემენტული ანალიზი?

დიახ. შეფასება შესრულებული სწორედ ინკრემენტული შედეგებისათვის, და რადგანაც ალტერნატივაზე “არაფერი ვაკეთოთ” ხარჯები არ არის, ხარჯები შეიძლება ჩავთვალოთ ინკრემენტულ ხარჯებად.

9. შესრულებულია თუ არა შედეგების მგრძობელობის ანალიზი?

არა, თუმცა მიუხედავად შედეგების სიზუსტის საეჭვოობისა, ასეთი ანალიზი შესაძლებელია გაკეთდეს.

10. შედეგების განხილვაში ჩართულია თუ არა ყველა მთავარი მომენტები, რომლებიც მნიშვნელოვანია მათთვის ვინც ეცნობა ნაშრომს?

დიახ, რადგანაც მოცემული ნაშრომი გათვალისწინებულია სადაზღვეო კომპანიის ხელმძღვანელობისათვის და, შესაძლებელია, სადაზღვეო ზედამხედველობის ორგანოებისათვის და ქალაქის ჯანდაცვის მმართველობითი ორგანოებისათვის.

მიზანშეწონილი იქნებოდა, უფრო მკაფიოდ გვეჩვენებია, რომ კომპანია არ ღებულობს სარგებელს პროგრამის განხორციელებისგან (16000 ლარის ხარჯებისას კომპანიის ეკონომია მწვავე რესპირატორული დაავადებების მკურნალობაზე შეადგენს 10480 ლარს, ანუ ხარჯები 5520 ლარით აღემატება ფინანსურ შედეგს). უფრო მომგებიანი იქნებოდა შედეგების წარმოდგენა ხარჯ-შედეგიანობის კოეფიციენტის სახით, რომელიც უდრის $5520/262 = 21,07$ ლარს მწვავე რესპირატორული დაავადებების ყოველ აღმოფხვრილ შემთხვევაზე.

მიუხედავად უარყოფითი მხარეებისა, მოცემული შეფასება შესაძლებელია განვიხილოთ როგორც გადაწყვეტილების მიღების საფუძველი, განსაკუთრებით თუ განვახორციელებთ ავადობის მონაცემების მიხედვით მგრძობელობის მარტივ ანალიზს.

21.2. გადაწყვეტილების მიღებაზე მოქმედი არაკონომიკური ფაქტორები

წინა თავებში განხილული იყო ის ეკონომიკური მიზეზები, რომლებმაც შესაძლებელია განაპირობოს ეკონომიკურად შედარებით არაეფექტური ალტერნატიული გადაწყვეტილების არჩევა. მათ განეკუთვნება რესურსების უკმარისობა, რომელიც აუცილებელია ეკონომიკურად უფრო ეფექტური ვარიანტის დასაწერად. ხშირად საავადმყოფოს არ შეუძლია შეიძინოს ძვირადღირებული დიაგნოსტიკური მოწყობილობა, ამიტომ აგრძელებს შედარებით არაეფექტური საშუალებებით სამედიცინო დახმარების გაწევას, ან ავადმყოფს არ აქვს საშუალება გაიკეთოს ძვირადღირებული ენდოპროთეზი, და იგი იძულებულია ჩაიტაროს შედარებით ნაკლებად რადიკალური მკურნალობა. სამედიცინო მომსახურების ეკონომიკურად შედარებით არაეფექტური მეთოდის არჩევის სხვა მიზეზს წარმოადგენს, პირიქით სამედიცინო დახმარების გასაწევად საკმარისი რესურსების არსებობა, რომელიც გვაძლევს მეტ აბსოლუტურ ეფექტს. (მიუხედავად ყოველ დახარჯულ ლარზე შედარებით ნაკლები ეფექტურობისა). ეს ის შემთხვევაა, როდესაც სტომატოლოგიურ პაციენტებს შეუძლიათ გადაიხადონ უფრო ხარისხიანი პლომბირების მასალის ხარჯები, თუმცა, ხარჯების თვალსაზრისით, უფრო ეფექტური იქნებოდა შედარებით იაფი ტექნოლოგიის გამოყენება.

აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის რესურსების განაწილებაზე გადაწყვეტილებების შერჩევისას, მხედველობაში მისაღებია არამართო ეკონომიკური თვალსაზრისი. ხელმძღვანელმა, რომელიც ამა თუ იმ პროგრამის, პროექტის, პროცედურის ან მომსახურების დანერგვაზე გადაწყვეტილებას ღებულობს, უნდა გაითვალისწინოს მრავალი სოციალური, პოლიტიკური და სხვა ფაქტორები. ერთ ერთ ასეთ ფაქტორს, მაგალითად, წარმოადგენს პაციენტთათვის სამედიცინო დახმარების გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა. ზოგჯერ ეკონომიკურად ეფექტური გადაწყვეტილების მიღება შეუძლებელია გარკვეული საკანონმდებლო შეზღუდვის, ან ჯანდაცვის მმართველობითი ორგანოების მიერ დაწესებული ნორმატივების გამო.

ეკონომიკურად ეფექტური ტექნოლოგიების დანერგვას შეიძლება ხელი შეუშალოს მაღალკვალიფიციური პერსონალის ნაკლებობამ ან საერთოდ არარსებობამ.

სხვადასხვა ალტერნატივების დადებითი და უარყოფითი მხარეების გათვალისწინება ხშირად სირთულეს წარმოადგენს. ამ შემთხვევაში კვალიფიციური და დასაბუთებული გადაწყვეტილების მიღებას ხელს უწყობს გადაწყვეტილების მიღების პროცესის სტანდარტიზაცია. გადაწყვეტილების მიღების სტანდარტიზირებული მიდგომა შემუშავებულ იქნა დიდ ბრიტანეთში და 1980-იანი წლების დასაწყისიდან იგი სავალდებულო გახდა სახელმწიფო სამკურნალო დაწესებულებებისათვის, განსაკუთრებით დიდ, კაპიტალურ ინვესტიციებთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებების მიღებისას.

21.3. გადაწყვეტილების მიღების სტანდარტული ტექნოლოგია

გადაწყვეტილების მიღების ნებისმიერი პროცესი დაკავშირებულია მოქმედების მიმართულების, ამოცანის დასმის, მიზნების დადგენის, ამ მიზნების მიღწევის სხვადასხვა მეთოდების არჩევასთან. გადაწყვეტილების მიღების სტანდარტული ტექნოლოგიით შესაძლებელია ამ ნაბიჯების უფრო მკაფიოდ და გააზრებულად წარმოდგენა: ამოცანის მკაფიოდ დასმა, ალტერნატიული გადაწყვეტილებების დადებითი და უარყოფითი მხარეების სისტემატური შეფასება, პრობლემის ყველა ასპექტების მრავალმხრივი განხილვა. გადაწყვეტილების მიღების ამოცანა შემდეგ ნაბიჯებად იყოფა:

- < სტრატეგიის განსაზღვრა;
- < მიზნის, ამოცანების, კრიტერიუმების და შეზღუდვების განსაზღვრა;
- < ალტერნატიული გადაწყვეტილებების სრული ჩამონათვალის შედგენა;
- < ჩამონათვალის დაყვანა შედარებით მოკლე სახემდე;
- < ხარჯებისა და შედეგების შეფასება და ავტომატური შედარება თითოეული ალტერნატივის მიხედვით;
- < გაურკვეველი სიტუაციების განხილვა და შეფასება;
- < მიზანშეწონილი ვარიანტის არჩევა.

განვიხილოთ თითოეული ნაბიჯი უფრო დაწვრილებით.

სტრატეგიის განსაზღვრა

ნებისმიერი დაგეგმვა იწყება განვითარების სტრატეგიული მიმართულების განსაზღვრით. იგი მოითხოვს საქმის არსებული მდგომარეობის შესწავლას როგორც ორგანიზაციის შიგნით, ასევე გარეთ. აუცილებელია შევავსოთ მოსახლეობის მოთხოვნა სამედიცინო მომსახურებაზე, კონკურენტი სამედიცინო დაწესებულებების საქმიანობა, პოტენციური გადამხდელების (მაგ., სადაზღვევო ორგანიზაციების) შესაძლებლობა და სურვილი (ან პირიქით, სურვილის არქონა) გადაიხადონ კონკრეტული მომსახურების ხარჯები. მაგალითად, ახალი ძვირადღირებული მოწყობილობის შეძენაზე საკითხის განხილვისას, მიზანშეწონილია გაირკვეს, აქვს თუ არა მეზობელ სამედიცინო დაწესებულებას იგივე სახის მოწყობილობა, არის თუ არა ჯანდაცვის მმართველობითი ორგანოების მზადყოფნა მოცემული მომსახურება შეიტანონ სახელმწიფო პროგრამაში და იგი დააფინანსონ საუკლებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის საშუალებით, რამდენად გადახდისუნარიანი იქნება მოსახლეობა მოცემული მომსახურების ყიდვისას. რასაკვირველია, სტრატეგიის განსაზღვრა დამოკიდებულია კონკრეტულ ამოცანაზე, თუმცა ასეთი ანალიზი აუცილებელია ჩატარდეს თუნდაც მინიმალური ფორმით. იგი მოითხოვს დიდ ძალისხმევას, მაგრამ ამოცანის სწორად დასმის შემთხვევაში განაპირობებს რესურსების მნიშვნელოვან ეკონომიას.

მიზნის, ამოცანების, კრიტერიუმების და შეზღუდვების განსაზღვრა

არსებობს ორი სახის მიზნები – საერთო მიზნები, რომლებიც ღებანან დაწესებულების წინაშე, და მოცემული პროექტის ან პროგრამის კონკრეტული ამოცანები. საერთო მიზნები ფორმულირება ხდება დაწესებულების “მისიის აღწერის” სახით. მაგალითად, “საავადმყოფო იღწვის განახორციელოს მაღალხარისხიანი, ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება შესაბამის პირობებში, მაღალკვალიფიციური პერსონალის და თანამედროვე მოწყობილობის გამოყენებით”.

კონკრეტული ამოცანა განისაზღვრება იმ შედეგებით, რომელზეც მიმართულია პროექტი. ეს ამოცანები უნდა იყოს კონკრეტული, გაზომვადი, მიღწევადი, აქტუალური და დროში განსაზღვრული. ამ ამოცანების ფორმულირება უნდა განისაზღვროს საბოლოო შედეგების მიღ-

წვეის მიზნით და არა შედეგების მიღწევის საშუალებების თვალსაზრისით. მაგალითად, როდესაც საავადმყოფოს სამრეცხაო მოძველებული მოწყობილობა-დანადგარის გამო ვერ უზრუნველყოფს დროულ და ხარისხიან შედეგს, ამოცანას წარმოადგენს არა არსებული მოწყობილობის ახლით შეცვლა, არამედ გასარეცხი მასალის კვირაში X კილოგრამით უზრუნველყოფა, არაუმეტეს დღის განმავლობაში მუშაობისას. ამ ამოცანის გადასაწყვეტის მრავალი გზა არსებობს, მათ შორის სხვა საავადმყოფოში ან სამრეცხაოში შეკვეთის მიცემა.

მთავარია საწყის ეტაპზე განისაზღვროს სასურველი შედეგი, რადგანაც დასახული მიზნები წარმოადგენენ შესაძლებელი ალტერნატიული გადაწყვეტილებების შეფასების ინდიკატორებს. თუ არ ვიცით რას უნდა მივალწიოთ, შეუძლებელია განვსაზღვროთ, დასმულ მოთხოვნებს რამდენად დააკმაყოფილებს ესა თუ ის ალტერნატიული ვარიანტი.

კრიტიერიუმები უფრო კონკრეტულად ახდენენ დაგეგმილი ხარისხით მიზნის მიღწევის ფორმულირებას. ისინი ახდენენ მიზნებსა და ალტერნატივებს შორის კავშირის ფორმირებას ისეთი სახით, რომ განისაზღვროს უფრო მომგებიანი ალტერნატივის არჩევა. კრიტიერიუმები უნდა იყოს მკაფიო და განსაზღვრული, დამოუკიდებელი, რაოდენობრივი, დაუშვებელია ორმაგი განსაზღვრა. ერთდროულად აუცილებელია მაჩვენებლების არჩევა, რომელთა საშუალებით განხორციელდება კრიტიერიუმების შეფასება, მაგალითად, მიწოდებული მომსახურების რაოდენობა, მომსახურების ჩამონათვალი, პაციენტის მიერ გზაში დახარჯული დრო, ვარიანტის სარეალიზაციოდ საჭირო დრო. ბოლოს აუცილებელია მოქმედი შეზღუდვების განსაზღვრა, მაგალითად, პროექტის რეალიზაციისათვის საჭირო ფართის არარსებობა, ფულადი სახსრების უკმარისობა და ა. შ.

ალტერნატიული გადაწყვეტილებების სრული ჩამონათვალის შედგენა

მიზნების ფორმულირების შემდეგ, მიზანშეწონილია მის მისაღწევად საჭირო რაც შეიძლება ბევრი სხვადასხვა წინადადებების შეგროვება. ამ ეტაპზე არ არსებობს იდეის შეფასების აუცილებლობა: იგი უბრალოდ წარმოადგენს მოსაზრებების ნაკრებს და მათ სისტემატიზაციას. გრძელი ჩამონათვალი აუცილებლად უნდა შეიცავდეს: ბაზისურ ვარიანტს (“ალტერნატივა არაფერი ვაკეთოთ”), მინიმალური ცვლილებების ვარიანტი (რომლებიც მიმართულია მიმდინარე სირთულეების აღმოსაფხვრელად), მაქსიმალური ვარიანტი (მაღალი ხარისხი, ღირებულებისგან დამოუკიდებელი), პოლიტიკურად მომგებიანი ვარიანტი და ა. შ. ზოგიერთ შემთხვევაში ამ ეტაპზე მიზანშეწონილია “ტვინის შტურმი”, რომელიც ექვემდებარება ორ საერთო წესს: თითოეულს შეუძლია წამოაყენოს საკუთარი იდეა და არაფერს შეუძლია სხვისი იდეების კრიტიკა. შემდგომ ხდება ვარიანტების ჩამონათვალის სისტემატიზაცია.

ჩამონათვალის დაყვანა შედარებით მოკლე სახემდე

არსებობს ჩამონათვალის შემცირების ბევრი საშუალება. შედარებით მარტივია თითოეული ალტერნატივის მიმდინარე (ბაზისური) სიტუაციასთან შედარება, წინასწარ შეთანხმებული კრიტიერიუმების გამოყენებით. განსაკუთრებით, როდესაც ვარიანტები დაჯგუფებულია (მომსახურების გაწევის ადგილის მიხედვით ან მათი განვითარების მიმართულებების მიხედვით). ვარიანტები, რომლებიც რამდენიმე კრიტიერიუმის მიხედვით აღმოჩნდება ბაზისურზე უარესი, და ვარიანტები, რომლებიც ყველა კრიტიერიუმებით სხვებზე უარესი აღმოჩნდება, უარყოფილი იქნება. ამ პროცესის შედეგად რჩება ჩამონათვალი, რომელიც შეიცავს არაუმეტეს 5 ვარიანტს, ბაზისური ვარიანტის ჩათვლით. ამ სტადიაზე ხარჯები არ განიხილება. ვარიანტების უარყოფის მიზეზებზე ხდება პროტოკოლის შედგენა: შესაძლებელია, მათი მოგვიანებით განხილვა, იმისათვის, რომ დასაბუთებულ იქნეს მიღებული გადაწყვეტილება.

ზარჯებისა და შედეგების შეფასება და ავტომატური შედარება თითოეული ალტერნატივის მიხედვით

მოცემული ეტაპი წარმოადგენს ალტერნატიული პროგრამების ეკონომიკურ ანალიზს ან ეკონომიკურ შეფასებას. ეკონომიკური მეთოდების არჩევა დამოკიდებულია პროექტების მიერ დასმულ ამოცანებზე, და მოსალოდნელ შედეგებზე. შეფასების მეთოდების შერჩევა ჩვენს მიერ განხილული იყო წინა თავებში. იმ შემთხვევაში, როდესაც საჭიროა ერთდროულად რამდენიმე კრიტერიუმებით შეფასება, შედეგების შესაფასებლად შეიძლება გამოყენებულ იქნეს კიდევ ერთი მეთოდი. აღნიშნული მეთოდი შედგება ორი ეტაპისაგან: კრიტერიუმების წონის დადგენა და ალტერნატივების ქულების მიხედვით შეფასება. კრიტერიუმების წონა გამოხატავს მის შედარებით მნიშვნელობას. წონის განსაზღვრის პროცესი სუბიექტურია; უფრო მარტივია გადაწყვეტილებების მიმღებთათვის კრიტერიუმების ჩამონათვალის მიწოდება, რომლებმაც უნდა მოახდინონ ალტერნატივების შეფასებები. მაგალითად ალტერნატივებს შორის 100 ქულის გადანაწილება. შემდეგ ხდება მიღებული პასუხების გასაშუალოება, მიღებული საშუალო შედეგები გვიჩვენებენ თითოეული კრიტერიუმის წონას. ალტერნატივების ქულობრივი შეფასება უნდა იყოს უფრო ობიექტური, უკეთესია იგი შეასრულონ ადამიანების ჯგუფმა. მოკლე ჩამონათვალის თითოეული ალტერნატივა ფასდება თითოეული კრიტერიუმის მიხედვით ათბალიანი შკალით – 0-დან (უარესი არ არსებობს) და 10 (იდეალური ვარიანტი). თითოეული ალტერნატივის ქულა მრავლდება კრიტერიუმის წონაზე და ჯამდება, რითაც თითოეული ალტერნატივისათვის მიიღება შედეგების აწონილი ქულები. ცხრილში მოყვანილია ასეთი გათვლების მაგალითი.

ცხრილი 3: აწონილი შედეგების გათვლა ალტერნატივების მიხედვით (წ. – კრიტერიუმის წონა, ქ – ქულა, წქ – წონა, გამრავლებული ქულაზე)

	ვარიანტი I		ვარიანტი II		ვარიანტი III		ვარიანტი IV		ვარიანტი V		
	წ	ქ	წქ	ქ	წქ	ქ	წქ	ქ	წქ	ქ	წქ
პაციენტთათვის ხელმისაწვდომობა	25	3	75	4	100	9	225	9	225	7	175
მისაღები განლაგება	20	4	80	6	120	8	160	9	180	8	160
პერსონალის არჩევის სიადვილე	15	4	60	5	75	7	105	9	135	5	75
მართვის სიადვილე	5	2	10	7	35	4	20	6	30	9	45
მოქნილობა	10	4	40	6	60	9	90	7	70	8	80
მისაღებობა	20	2	40	8	160	6	120	9	180	6	120
დანერგვის დრო	5	8	40	6	30	5	25	5	25	8	40
სულ	100		345								

ქულობრივი სისტემით შედეგების შეფასების გამოყენებას აქვს თავისი დადებითი მხარეები, რადგანაც საშუალებას იზლევა შევაფასოთ ერთდროულად რამდენიმე ფაქტორი, მათ შორის არასამედიცინო. თუმცა ასეთ სისტემას აქვს უარყოფითი მხარე: ყოველთვის არ არის ნათელი, რა დგას მაღალი ქულის უკან: კარგი სატრანსპორტო ხელმისაწვდომობა ან მაღალი სამედიცინო შედეგი.

გაურკვეველი სიტუაციების განხილვა და შეფასება

ამ ეტაპზე ფასდება გაურკვეველობები და მოულოდნელობები, რომლებიც შეიძლება შეგვხვდეს პროექტის რეალიზაციისას. ეს ეტაპი მოიცავს ხარჯების და შედეგების შეფასების მიხედვით მგრძობელობის ანალიზს, აგრეთვე ორგანიზაციის კონტროლის სფეროს გარეთ არსებული ყველა ფაქტორების ანალიზს,

მიზანშეწონილი ვარიანტის არჩევა.

მიზანშეწონილი ვარიანტის არჩევა ზოგჯერ ძალიან ადვილია გაკეთდეს ხარჯების და შედეგების, ხარჯთ-ეფექტურობის, ხარჯთ-უტილიტარული და ხარჯთ-სარგებლიანობის კოეფიციენტების ანალიზის საფუძველზე. თუმცა, ზოგ შემთხვევებში ასეთი შედარება საშუალებას იძლევა თავიდან ავიცილოთ მხოლოდ უფრო არაპერსპექტიული ვარიანტები. ამ შემთხვევაში, დარჩენილი ვარიანტებიდან ირჩევენ ან ეკონომიკურად უფრო ეფექტურ ვარიანტს, რომელიც იძლევა მეტ აბსოლუტურ ეფექტურობას, ან ისეთ ვარიანტს, რომელიც მეტად შეესაბამება რომელიმე არაეკონომიკურ, მაგრამ მთავარ კრიტერიუმს (მაგ., ნაკლებად სარისკო ან მეტად სწრაფად განხორციელებადი). მთავარია, მიზანშეწონილი ვარიანტის არჩევისას უნდა გვახსოვდეს, რომ ეკონომიკური ანალიზი, ისევე როგორც საერთოდ გადაწყვეტილების მიღების ტექნოლოგია, გვაძლევს გადაწყვეტილების მიღების მხოლოდ საფუძველს, და არა თვითონ გადაწყვეტილებას, რომელზეც პასუხისმგებლობა ეკისრება ხელმძღვანელ პირებს, რომლებიც ირჩევენ ამა თუ იმ ვარიანტს. ზოგჯერ ეკონომიკური ანალიზის შედეგებმა შეიძლება მოგვცენ გადაწყვეტილების მიღების გადაადგების ბიძგი, როდესაც არცერთი ვარიანტი არ წარმოადგენს მისაღებს. მიუხედავად ამისა, გადაწყვეტილების მიღების ტექნოლოგიამ, რომელიც გამყარებულია დასაბუთებული ეკონომიკური შეფასებებით, შესაძლებელია არსებითად გაადვილოს მიზანშეწონილი გადაწყვეტილების არჩევის და დასაბუთების ძნელი და რთული გზა.

საკონტროლო კითხვები

1. რაში მდგომარეობს მ. დრუმონდის მიერ წარმოდგენილ 10 მთავარი კითხვა;
 2. ეკონომიკური შეფასების კრიტიკული ანალიზისას რას ნიშნავს კითხვა –
 - < კითხვა დასმულია თუ არა ისეთი ზუსტი ფორმით, რომ შესაძლებელია მასზე პასუხის გაცემა?
 - < მოცემულია თუ არა კონკურირებადი ალტერნატივების სრული აღწერილობა?
 - < წარმოდგენილია თუ არა ალტერნატიული პროგრამების სამედიცინო შედეგიანობის მტკიცებულება?
 - < განსაზღვრულია თუ არა თითოეული ალტერნატიული პროგრამის ყველა მთავარი ხარჯები და შედეგები?
 - < გაზომილია თუ არა ხარჯები და შედეგები საკმარისი სიზუსტით ადექვატურ ფიზიკურ ერთეულებში?
 - < ხარჯები და შედეგები რამდენად სარწმუნოდაა შეფასებული?
 - < კორექტირებულია თუ არა გაწყვეტილი ხარჯები და მიღებული შედეგები დროში განაწილების სხვაობის გათვალისწინებით?
 - < შესრულებულია თუ არა ხარჯების და შედეგების ინკრემენტული ანალიზი?
 - < შესრულებულია თუ არა შედეგების მგრძობელობის ანალიზი?
 - < შედეგების განხილვაში ჩართულია თუ არა ყველა მთავარი მომენტები, რომლებიც მნიშვნელოვანია მათთვის ვინც ეცნობა ნაშრომს?
3. რაში მდგომარეობს გადაწყვეტილების მიღების სტანდარტული ტექნოლოგია?

ლიტერატურა

1. Lee R. H. Economics for health care managers, AUPA, Washington, 2000.
2. Gold MR, Siegel JE, Russel LB, Weinstein MC. Cost-effectiveness in health and medicine. New York: Oxford University Press; 1996;
3. Mark DB, Simons TA. Fundamentals of economic analysis. Am Heart J. 1999; 137(5): S38-40
4. Investigating Health and Health Services - Research Methods in Health. - 4. Costing health services: health economics/with Ian Rees Jones. - Buckingham - Philadelphia: Open University Press, 1997. - P.79-98.
5. Goldman L, Gordon DJ, Rifkind BM, et al. Cost and health implications of cholesterol lowering. Circulation. 1992; 85: 1960-1968.
6. Mark DB. Economics of treating heart failure. Am J Cardiol. 1997; 80(8B): 33H-38H.

პრიორიტეტების განსაზღვრა ჯანდაცვის სფეროში

22.1. პრიორიტეტების განსაზღვრის ასპექტები

სამედიცინო დახმარებაზე მოთხოვნა წლიდან წლამდე განუწყვეტლივ იზრდება, რაც განპირობებულია ახალი და ძვირადღირებული სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარებით, მოსახლეობის დაბერების პროცესით, მაღალი ხარისხის სამედიცინო დახმარებისადმი პაციენტთა გაზრდილი მოთხოვნილებით. მოთხოვნის ზრდის პარალელურად გაიზარდა ჯანდაცვისათვის საჭირო რესურსების მოცულობა. ჯანდაცვის სფეროში ახალი მეცნიერული აღმოჩენები საშუალებას იძლევა ჩატარდეს სამედიცინო მომსახურების ისეთ სახეებზე მკურნალობა, რომელთა განხორციელება წინათ შეუძლებელს წარმოადგენდა. აღნიშნული მდგომარეობა მოითხოვს ჯანდაცვაზე მეტი რაოდენობით რესურსების გამოყოფას.

აქვე აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის რესურსები შეზღუდულია და შეუძლებელია სამედიცინო დახმარებაზე გაზრდილი მოთხოვნილების დაკმაყოფილება, რის გამოც სამედიცინო მომსახურების უნივერსალური სისტემის დეკლარირება დიდ სირთულეს წარმოადგენს. შესაბამისად, არცერთი ქვეყნის სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემას არ აქვს აღებული ყველა სახის სამედიცინო დახმარებაზე უნივერსალური მოცვის ვალდებულება.

პრიორიტეტების განსაზღვრა ჯანდაცვის სისტემის უმნიშვნელოვანეს საკითხს წარმოადგენს. პრიორიტეტების განსაზღვრის პრინციპული მიზანი არის შეზრდილი რესურსების ეფექტურად განაწილება და შესაბამისად ჯანმრთელობის დაცვისა და სხვა სოციალური მიზნების მაქსიმალურად მიღწევა.

ჯანდაცვის სფეროში პრიორიტეტიზაციის ორ ტიპს გამოყოფენ:

- < მოქმედების ალტერნატიულ ვარიანტებს შორის არჩევანის გაკეთება პაციენტის მოთხოვნების შესაბამისად;
- < მოქმედების ალტერნატიულ ვარიანტებს შორის არჩევანის გაკეთება შეზღუდული რესურსების ან ფინანსების გამო.

პირველი ტიპის პრიორიტეტიზაცია ჩვეულებრივ წარმოადგენს ჯანდაცვის სფეროს პროფესიული მუშაკების შიდა საქმეს, რომლებიც ახდენენ პრიორიტეტების არჩევას მკურნალობის სხვადასხვა კურსებს შორის ან სხვადასხვა სახის პაციენტებს შორის. მეორე ტიპის პრიორიტეტიზაციისას დგება სხვადასხვა ეთიკური პრობლემები და გარკვეული კითხვები, მაგალითად, როგორი სახით, ვინ და რა საფუძველზე განსაზღვრავება პრიორიტეტები. პრობლემას ართულებს პრიორიტეტიზაციის აღნიშნულ ორ სახეს შორის მკვეთრი ზღვარის არარსებობა, რის გამოც შეზღუდული რესურსები გაუღენას ახდენენ სამედიცინო დახმარების მკურნალობის არჩევანზე.

ჩვეულებრივ ბაზარზე, მომხმარებელს, რომელსაც გააჩნია ფინანსური შესაძლებლობა შეუძლია იყიდოს ესა თუ ის საქონელი შეუზღუდავად, მაგრამ ჯანდაცვის სფეროში სამედიცინო მომსახურება ლიმიტირებულია. სამედიცინო დახმარების მიწოდება შეზღუდულია ისეთ შემთხვევაშიც კი, როდესაც ფინანსური რესურსები არალიმიტირებულია (მაგალითად, გადანერგვისათვის საჭირო დონორის ორგანოები, სამედიცინო პერსონალის სამუშაო საათები და ა. შ.). იგი განპირობებულია იმ მდგომარეობით, რომ, სამედიცინო მომსახურების საქონელი განსხვავდება ჩვეულებრივი ბაზრის საქონლისაგან. უპირველეს ყოვლისა, ჯანმრთელობა წარმოად-

გენს ყველაზე ძვირადღირებულ საქონელს, განსაკუთრებით, მაშინ როდესაც პაციენტის სიცოცხლეს საფრთხე ემუქრება. არსებობს საზოგადოებრივი (სოციალური) შეთანხმება, რომლის მიხედვით ბაზისური (აუცილებელი) სამედიცინო დახმარება არ უნდა იყოს დამოკიდებული პიროვნების შემოსავალზე, საზოგადოების ყოველი წევრი, თავისი ფინანსური მდგომარეობის მიუხედავად, გარანტირებული უნდა იყოს სამედიცინო დახმარების მინიმალური ბაზისური პაკეტით.

ჯანდაცვის სფეროში პრიორიტეტების დადგენაში მონაწილეობენ არამარტო ეკონომისტები, არამედ პოლიტიკოსები, ფილოსოფოსები და ეპიდემიოლოგები.

ეპიდემიოლოგიური ასპექტი. სიკვდილობისა და დაავადებიანობის მაჩვენებლების ანალიზის საშუალებით, ეპიდემიოლოგიური მონაცემები საშუალებას იძლევა განისაზღვროს სიკვდილობის, შრომისუნარობისა და დაავადებების ძირითადი მიზეზები.

პოლიტიკური ასპექტი. ჯანდაცვის სფეროში პრიორიტეტების განსაზღვრისას პოლიტიკურმა გადაწყვეტილებებმა შესაძლოა განაპირობოს ორი რადიკალურად განსხვავებული შედეგი: ერთი მხრივ, იგი შეიძლება ეფუძნებოდეს ხარჯთ-ეფექტურობას და ხელმისაწვდომობას, მეორეს მხრივ კი დაფუძნებული იყოს ხელისუფლების კეთილდღეობას და ემსახურებოდეს მათ მიზნებს. ხშირად, პრიორიტეტების განსაზღვრის ყველაზე სავარაუდო ალბათობა ამ ორ, ურთიერთგანსხვავებულ სცენართა შორის მდებარეობს.

პოლიტიკოსები ხშირად კრიტიკულად არიან განწყობილი ეპიდემიოლოგებისა და ეკონომისტების მიერ გაკეთებული დასკვნების მიმართ. მათი აზრით, ეპიდემიოლოგიურმა და ეკონომიკურმა ანალიზმა არ უნდა გამოიწვიოს პრიორიტეტების, ანუ ბაზისური პაკეტის შემცირება. მათი აზრით, ეპიდემიოლოგიური და ეკონომიკური ანალიზი წარმოადგენს პრიორიტეტების შერჩევის მხოლოდ ტექნიკურ მხარეს, რომელიც გადაწყვეტილების მიღების ერთ შემადგენელ და არა უმთავრეს ნაწილს წარმოადგენს. ისინი თვლიან, რომ ტექნიკურმა პროცედურებმა, მათი არასაკმარისი დასაბუთების გამო, შესაძლებელია წარმოშვას შეცდომები. ამიტომ პრიორიტეტების დადგენაში სასურველია ღია დისკუსიების გამართვის უზრუნველყოფა¹.

პოლიტიკოსები პრიორიტეტების დადგენის პროცესში უფრო მეტად ითვალისწინებენ მორალურ და ეთიკურ ფაქტორებს, რითაც ისინი, უფრო ხშირად, საკითხის ფილოსოფიური ასპექტით გადაწყვეტისკენ იხრებიან.

ფილოსოფიური ასპექტი. პოლიტიკოსების მსგავსად ფილოსოფოსებიც კრიტიკულად არიან განწყობილი ეკონომისტების მიმართ. მათი აზრითაც, პრიორიტეტების შერჩევა უპირველეს ყოვლისა, დაფუძნებული უნდა იყოს ეთიკურ პრინციპებზე და რაც ყველაზე მთავარია, დემოკრატიულ საზოგადოებაში ყოველ პიროვნებას თავისი განსაკუთრებული უფლებები და ფასეულობანი გააჩნია, ხოლო პრიორიტეტების შერჩევით და შესაბამისად სამედიცინო დახმარების გარკვეული სახეების შეზღუდვით ირღვევა პიროვნების უფლებები². არსებობს სამართლიანობის სხვადასხვა კონცეფციები, კერძოდ საკითხისადმი უტილიტარული მიდგომა და მოთხოვნის დაკმაყოფილებაზე დაფუძნებული მიდგომა³.

ეკონომიკური ასპექტი. ეკონომისტებმა შემოიღეს მეთოდები, რომელთა საშუალებით შეიძლება შევადაროთ სამედიცინო დახმარების ხარჯები, ეფექტურობა და რენტაბელობა.

მკვლევართა აზრით, ჯანდაცვის სისტემაში პრიორიტეტების განსაზღვრის რამდენიმე დონე არსებობს². კლეინის (1993 წ.) მიხედვით, ჯანდაცვის სფეროში არსებობს პრიორიტეტების განსაზღვრის სამი დონე:

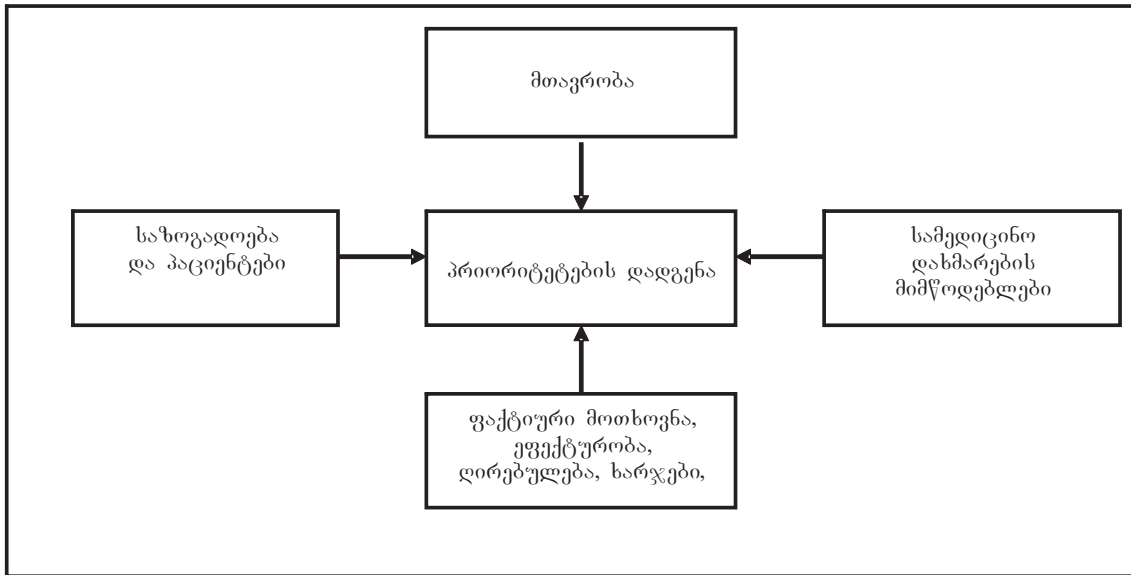
< მაკროდონეზე გადაწყვეტილებები მიღებულ უნდა იქნეს თვით ჯანდაცვის სფეროს პრიორიტეტულობის მიხედვით სხვა სექტორებთან შეფარებით. ამ დონეზე ხდება აგრეთვე, ჯანდაცვის სფეროში არსებული რესურსების განაწილებაზე გადაწყვეტილების მიღება გეოგრაფიული მხარეებისა და სამედიცინო მომსახურების სახეების მიხედვით;

< შუალედურ დონეზე გადაწყვეტილებების მიღება ხორციელდება მკურნალობის კონკრეტულ სახეებს შორის რესურსების განაწილებაზე (მაგალიათად, გულის გადანერგვასა და გულზე ღია ოპერაციის ჩატარებას შორის პრიორიტეტის დადგენა). ამავე დონეზე ხდება პაციენტების მკურნალობის რიგითობაზე გადაწყვეტილების მიღება. ანუ, უნდა გადაწყდეს, პირველ რიგში თუ რომელ პაციენტს ჩაუტარდეს სამედიცინო დახმარება, იმ შემთხვევაში, თუ მკურნალობის კურსის სასწრაფო განხორციელება შეუძლებელია.

< დასასრულ, მიკროდონეზე გადაწყვეტილებების მიღება ხორციელდება თითოეულ პაციენტთან მიმართებაში, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ მკურნალობა მოითხოვს ძვირადღირებულ, ან უახლესი ტექნოლოგიური პროცედურების ჩატარებას და საჭიროა ასეთი მკურნალობის მიზანშეწონილობისა და მისი ხანგრძლივობის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება.

ქვემოთ მოცემულ დიაგრამაზე ნაჩვენებია პრიორიტეტების დადგენაში მონაწილე მხარეები: მთავრობა, სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლები, საზოგადოება და პაციენტები. ამ ფაქტორების როლი და მნიშვნელობა დამოკიდებულია ჯანდაცვის სისტემის სახეზე. სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემაში, სადაც ხორციელდება სამედიცინო მომსახურების დაგეგმარება, პრიორიტეტების შერჩევაში დიდი როლი ენიჭება სახელმწიფო ორგანოს. ისეთ სისტემაში, რომელსაც საფუძვლად უდევს კონკურენცია, პრიორიტეტების შერჩევაში გამაწყვეტი როლი ენიჭება პაციენტებსა და სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებს.

ნახაზი 1: პრიორიტეტების დადგენაზე მოქმედი ფაქტორები



წყარო: C. Heginbotham, C. Ham Purchasing dilemmas, London, Kings’s Fund Institute, 1992.

სახელმწიფოს, პაციენტებისა და სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების დამოკიდებულება ჯანმრთელობის დაცვაზე განსხვავებულია, რის გამოც მათი ინტერესები და მიზნებიც განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის გამო, პრიორიტეტების განსაზღვრა სხვადასხვა დონეებისა და სხვადასხვა გზების გამოყენებით ხორციელდება. პრიორიტეტების დადგენის სუბიექტური ხასიათის გამო, არ არსებობს მისი განსაზღვრის მხოლოდ ერთადერთი და სრულყოფილი საშუალება. იგი უმთავრესად სხვადასხვა შეხედულებების ერთმანეთთან შეჯერებისა და გაწონასწორების გზით მიიღწევა.

ბევრ ქვეყნებში სულ უფრო იზრდება ჯანდაცვის სფეროში პრიორიტეტების შემუშავების როლი. პოლიტიკური ხასიათის დებატები უმთავრესად დაკავშირებულია ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსების მოცულობასთან. რადგანაც სახელმწიფოს არ აქვს საყოველთაო და სრული მოცვის საშუალება, დგება საკითხი, თუ რომელი სახეები უნდა გამოირიცხოს სახელმწიფო დაფინანსებიდან. შესაძლებელი თუ არა მომსახურების ძირითადი სახეების პაკეტის განსაზღვრა, რომელიც დაფინანსდება სახელმწიფოს მიერ? აღნიშნული საკითხები განიხილება მსოფლიოს ყველა ქვეყანაში, მაგრამ მხოლოდ ზოგიერთში გახდა შესაძლებელი პრიორიტეტიზაციის სისტემური მოდელების დანერგვა.

22.2. საზოგადოების როლი პრიორიტეტების დადგენაში

პრიორიტეტების დადგენაში გარკვეული როლი ეკისრება საზოგადოებას, თუმცა იგი კრიტიკულადაა განწყობილი საერთოდ საკითხის ასეთი დასმისადმი. მათი აზრით, სამედიცინო დახმარება განსაკუთრებულ კატეგორიას წარმოადგენს და მისი ლიმიტირება ხარჯების შესზღუდვის მიზნით არ არის გამართლებული.

ბაზისური პაკეტის ფორმირებაში საზოგადოების მონაწილეობის სხვადასხვა ფორმები და მიდგომები არსებობს. თუმცა მნიშვნელოვანია, ამა თუ იმ ქვეყანაში თუ როგორ არის საკითხი დასმული: საჭიროა თუ არა საზოგადოების აზრის გამოყენება პრიორიტეტების დადგენაში, თუ საზოგადოებას შესაბამისი გადაწყვეტილების მიღებისას მხოლოდ ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს. იგი დამოკიდებულია საზოგადოების ადგილსა და როლზე ქვეყნის ცხოვრებაში. დიდი ბრიტანეთის მაგალითი მეტყველებს, რომ მოსახლეობის უმრავლესობას არ სურს პრიორიტეტების დადგენაში მონაწილეობის მიღება, მათი აზრით იგი ჯანდაცვის სპეციალისტებმა უნდა გადაწყვიტონ. სოციალისტური ბანაკის ქვეყნებში პრიორიტეტების შერჩევა მხოლოდ სახელმწიფოებრივ დონეზე წყდებოდა. მისი დაშლის შემდგომ ეტაპზე, საზოგადოება აქტიურ მონაწილეობას ღებულობს პრიორიტეტების შერჩევაში, გაიზარდა ადგილობრივ დონეზე გადაწყვეტილების მიღების შესაძლებლობა.

ზოგიერთი ქვეყანა პრიორიტეტების დადგენაში მნიშვნელოვან როლს აკუთვნებს საზოგადოების აზრს. ამისათვის არსებობენ საზოგადოების ნების გამომხატველი წარმომადგენლობითი ორგანოები, საზოგადოებრივი ორგანიზაციები, რომლებიც მონაწილეობენ ისეთი საკითხების გადაჭრაში, როგორცაა:

- < სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა სახეებს შორის პრიორიტეტების დადგენა;
- < შესზღუდული ბიუჯეტის შემთხვევაში სამედიცინო დახმარების სახეებს შორის პრიორიტეტის დადგენა;
- < სამედიცინო დახმარების გარკვეულ სახეზე პრიორიტეტის დადგენა.

ნიდერლანდებში 1991 წელს ჩატარდა საზოგადოების დისკუსია ჯანდაცვის საკითხებთან დაკავშირებით. პროცესში მონაწილეობა მიიღო დაახლოებით 60-მდე ორგანიზაციამ. დისკუსია 1995 წლამდე გაგრძელდა. დისკუსიაში მონაწილეობა მოსახლეობის მესამედმა მიიღო. აღნიშნულ წლებში იცვლებოდა მოსახლეობის აზრი. 1990 წელს მოსახლეობის 55 % თვლიდა, რომ სახ-

ელმწიფოს მხრიდან სამედიცინო დახმარების 55 % უნდა ყოფილიყო უზრუნველყოფილი, მათი ღირებულების მიუხედავად. 1994 წელს ასეთ მოსაზრებას გამოთქვამდა მოსახლეობის 44 %⁴.

შვეიციაში პრიორიტეტების დადგენის საპარლამენტო კომისია თავის მუშაობაში ხელმძღვანელობს საზოგადოებრივი აზრის და ჯანდაცვის სფეროს სპეციალისტების კვლევის შედეგებით. 1994 წელს 1500 ბენეფიციარზე სპეციალური კითხვარის საშუალებით ჩატარდა საზოგადოებრივი აზრის გამოკითხვა. კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ საზოგადოების აზრით, პირველ რიგში პრიორიტეტი უნდა მიენიჭოს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას, ხოლო მომსახურების ისეთ ძვირადღირებულ სახეებზე, როგორცაა, კოსმეტიკური ქირურგია, თამბაქოს საწინააღმდეგო პროგრამა და ხელოვნური განაყოფიერება უნდა შემცირდეს გამოყოფილი ხარჯები⁵.

დიდ ბრიტანეთში გამოიყენებოდა სხვადასხვა მეთოდები: საზოგადოების შეკრებები, კითხვარების დაგზავნა, საზოგადოებასთან, სამედიცინო პერსონალთან და საზოგადოებრივ ორგანიზაციებთან კონსულტაციები, კონფერენციები, სამედიცინო ბაზრის კვლევა, მიზნობრივ ჯგუფებში ოპერატიული ანალიზები და კონსულტაციები⁶. განსაკუთრებით ეფექტური აღმოჩნდა მიზნობრივი ჯგუფების შექმნა⁷.

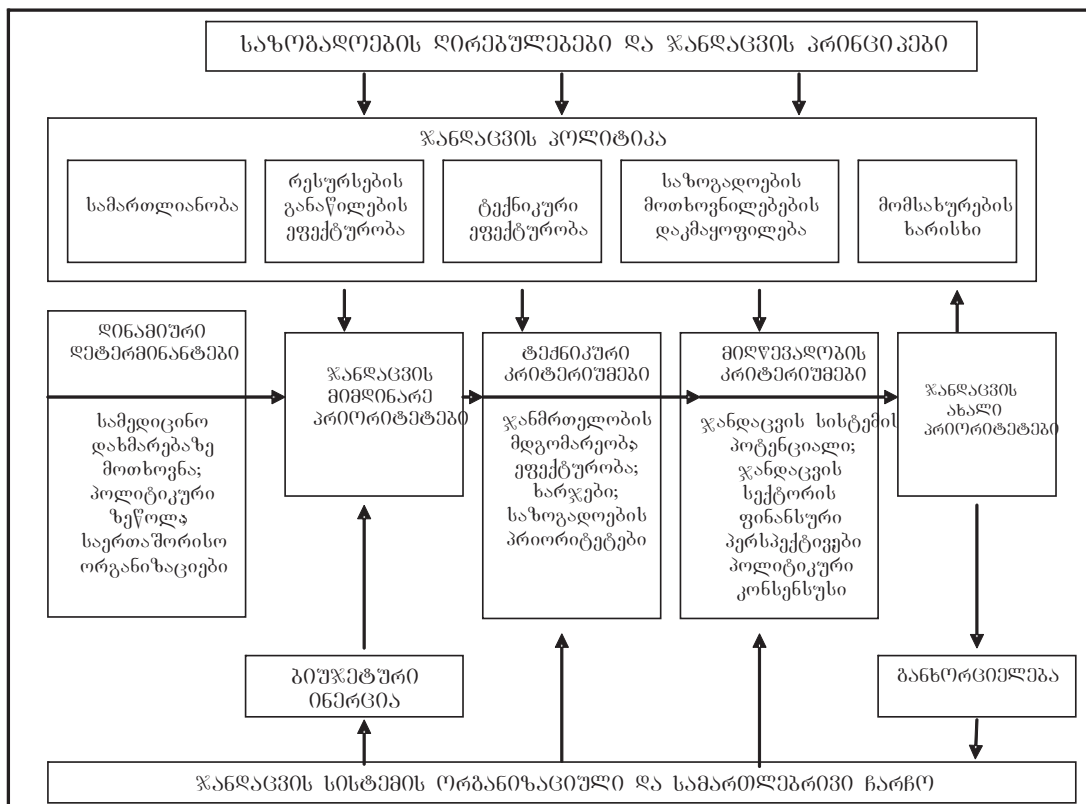
ა.შ.შ-ში (ორეგონის შტატი) გამოიყენებოდა ისეთი მეთოდები, როგორცაა საზოგადოების შეკრებები, მოსახლეობის გამოკითხვა ტელეფონით, საზოგადოებრივ ორგანიზაციებთან კონსულტაციები. ჯანდაცვის სფეროში არსებული ზოგიერთი საკითხის გადასაწყვეტად მიზნობრივ ჯგუფებში შეყვანილ იქნენ საზოგადოების სხვადასხვა ფენების წარმომადგენლები. კვლევის შედეგად დადგინდა რომ ჯანდაცვაში პრიორიტეტების დასადგენად ასეთი მიზნობრივი ჯგუფების შექმნა ფრიად ხელსაყრელია⁸.

ქვემოთ მოცემულ დიაგრამაზე ნაჩვენებია ჯანდაცვის სფეროში პრიორიტეტების დადგენის პროცესი, დინამიკა და ამ პროცესის ძირითადი ელემენტები.

როგორც ქვემოთ მოცემულ სქემაზეა ნაჩვენები, ჯანდაცვის სფეროში პრიორიტეტების დადგენისათვის აუცილებელია საზოგადოების ღირებულებების და ჯანდაცვის პრინციპებისა და პოლიტიკის გათვალისწინება. ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციული და სამართლებრივი მხარე წარმოადგენს იმ ჩარჩოს, რომლის საზღვრებშიც ხორციელდება პრიორიტეტების დადგენა. ჯანდაცვის მიმდინარე პრიორიტეტებზე ძლიერ გავლენას ახდენს მთელი რიგი ფაქტორები, მათ შორის შეხლედული ბიუჯეტი, მოთხოვნა სამედიცინო მომსახურებაზე, პოლიტიკური ზეწოლის ფაქტორი. პრიორიტეტების დადგენაში უმთავრეს კრიტერიუმებს წარმოადგენენ ჯანდაცვის სისტემის პოტენციალი, რომელიც საშუალებას იძლევა არსებითად შემცირდეს დაავადებიალობა, ხელი შეუწყოს ხარჯების შეკავებას, ეფექტურობას და დააკმაყოფილოს მოსახლეობის მოთხოვნები. აღსანიშნავია, რომ ყველა ტექნიკური კრიტერიუმები შეიძლება არ განხორციელდეს მოკლევადიან პერსპექტივაში. პრიორიტეტები უნდა პასუხობდეს განხორციელებადობის სამ მთავარ მოთხოვნას:

- პრიორიტეტები რეალურად განხორციელებადი უნდა იყოს ჯანდაცვის არსებულ სისტემაში;
- პრიორიტეტები უნდა მოიცავდეს საზოგადოების ყველა ფენებს პროგნოზირებადი რესურსების საზღვრებში;
- პრიორიტეტები უნდა ასახავდეს საზოგადოების აქტუალურ ამოცანებს და მიზნებს, პოლიტიკურ კონსენსუსს.

ნახაზი 2: ჯანდაცვის სფეროში პრიორიტეტების დადგენის დინამიკა



წყარო: Saltman R.B and Figueras J. (Ed.) European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2000.

22.3. სარგებელის კაპეტი

სარგებელის პაკეტი დაკავშირებულია მოსახლეობის უფლებებსა და მოვალეობებზე. იგი აკონკრეტებს მოცული მოსახლეობის უფლებებსა და მოვალეობებს.

უფლებები – გულისხმობს მოცული მოსახლეობის ან განსაზღვრული ინდივიდებისა და ჯგუფების ხელმისაწვდომი სერვისებს.

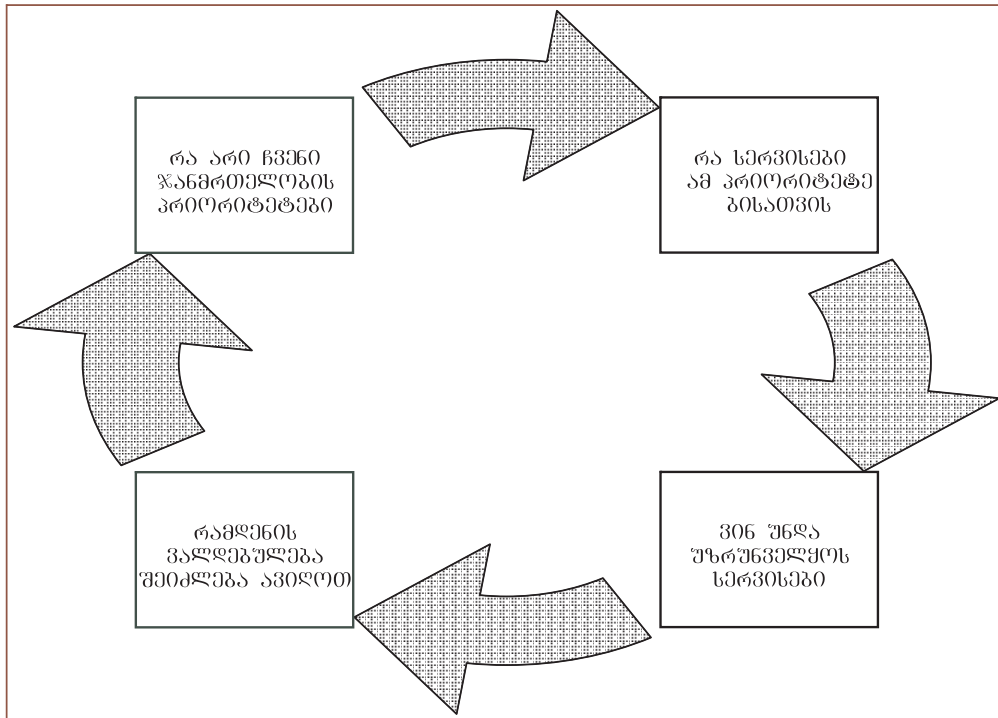
მოვალეობები – გულისხმობს მოცული ადამიანის მიერ სარგებლის მიღებისათვის დასაფარ პასუხისმგებლობებს (მაგ: თანაგადახდა, რეფერალი, ჯანმრთელობის სერვისების უტილიზაციის სხვა წესები).

სარგებელის პაკეტი დაკავშირებულია გამჭირვალობის ამოცანასთან, ანუ ესმის თუ არა ხალხს მათი უფლებები და მოვალეობები და რეალურად სრულდება თუ არა ისინი?

მოსახლეობის მოცვა გულისხმობს შემდეგი საკითხების გადაწყვეტას:

- < რა სერვისების მოცვა შეიძლება?
- < ვინ უნდა მოვიცვათ?
- < რამდენი უნდა მოვიცვათ?
- ამგვარად, მოცვის მთავარი ასპექტებია: რა? ვინ? რამდენი?

ნახაზი 3: სარგებელის პაკეტი



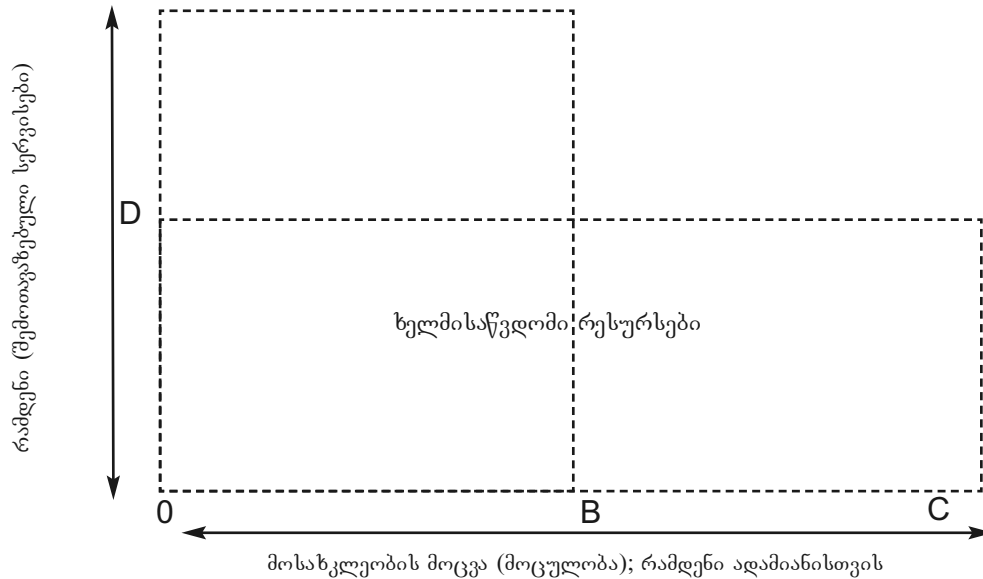
მოცვის უკეთ გაგებისათვის საჭიროა ერთმანეთისგან განვასხვაოთ ფუნქციონალური მოცვა და ორგანიზაციული, მაგალითად, სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიის მოცვა. მაგალითისათვის, დიდ ბრიტანეთში ჯანდაცვის დაფინანსება ხორციელდება სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით (ბევერიჯის მოდელი), ხოლო გერმანიაში – ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის (სადაზღვევო შენატანები) საშუალებით (ბისმარკის მოდელი). დაზღვევის სისტემისათვის დამახასიათებელია: აუცილებელ სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა; სამედიცინო დახმარების კატასტროფული ხარჯებისგან დაცვა. ისმება კითხვა? რადგანაც გერმანიაში დაზღვევის სისტემაა განვითარებული, ნიშნავს თუ არა ეს, რომ გერმანელები უფრო დაზღვეულები არიან ვიდრე ბრიტანელები.

ფუნქციური მნიშვნელობით მოცვის ორი მიმართულება განისაზღვრება:

< მოცვის მოცულობა (სიფართო), ეფექტური ხელმისაწვდომობის და ფინანსური დაცვის მქონე მოსახლეობის პროცენტული მოცულობა;

< მოცვის სიღრმე – მოცულ მოსახლეობაზე რა სამედიცინო მომსახურება არის შესაძლებელი ჯიბიდან გადახდის გარეშე (ანუ “მოცვა” ნიშნავს გაერთიანებული/წინასწარი გადახდის ფონდების საშუალებით მოცვას)

ნახაზი 5: სამედიცინო მომსახურების ძირითადი პაკეტი



რა უნდა მოვიცვათ?

< საზოგადოებრივი სიკეთე ან ნახევრადსაზოგადოებრივი სიკეთე – წარმოადგენს სერვისებს, რომლებიც არასენსიტიურია ბაზრის სიგნალებზე და შესაბამისად უნდა აწარმოოს სახელმწიფო სექტორმა (მაგ: საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისები და სხვა);

ვინ უნდა მოვიცვათ (პრიორიტეტები?)

< ძალიან ღარიბები, საწინააღმდეგო კავშირი ჯანმრთელობასა და სოციალურ მდგომარეობას შორის (რაც მეტია საჭიროება, მით ნაკლებია მსყიდველობითი უნარი);

< ხანდაზმულები და მრავალშვილიანები.

ვინ უნდა აწარმოოს და მიაწოდოს?

ზემოთაღნიშნულზე დაყრდნობით და სერვისის მიწოდების თვალსაზრისით, უმჯობესია თუ სერვისებს მიაწვდის სახელმწიფო სექტორი, მოსახლეობის მხოლოდ ღარიბ ჯგუფებს, დანარჩენებმა კი თვითონ უზრუნველყონ სამედიცინო მომსახურების მიღება. არის მეორე გზა, როდესაც სახელმწიფო სექტორი თავის თავზე იღებს მთელ მოსახლეობისთვის სერვისების მიწოდებას.

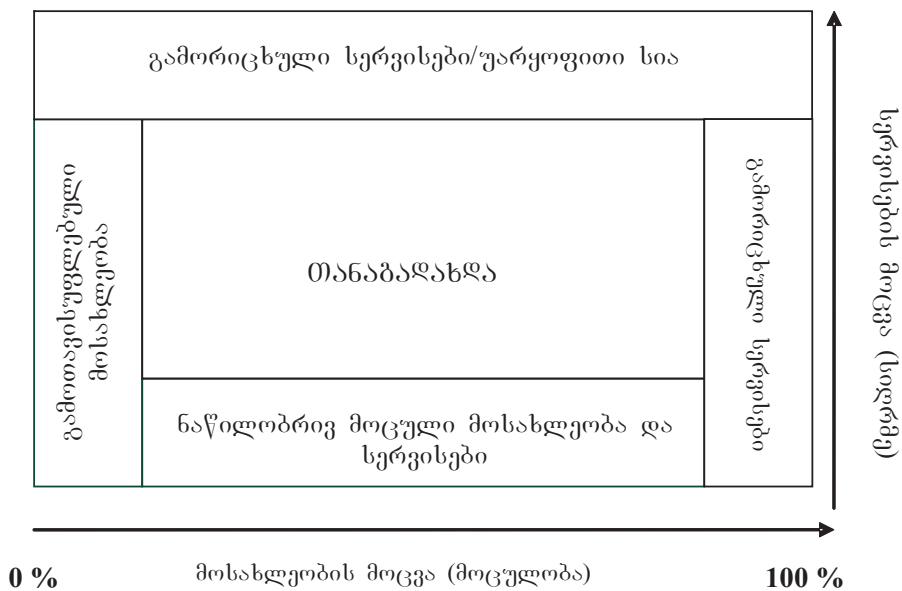
მწირი რესურსების პირობებში სახელმწიფო დაფინანსების პრიორიტეტებს წარმოადგენს:

< ხარჯთ-ეფექტური სერვისები;

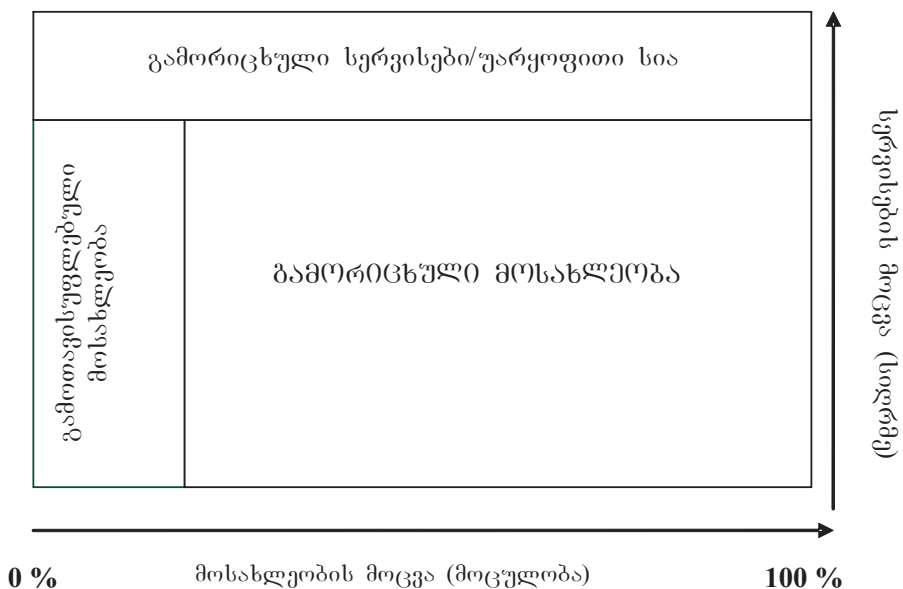
< მნიშვნელოვანი დაავადებები

< მთელი მოსახლეობა (სერვისის სხვა სეგმენტები შეიძლება დაიფაროს სხვა მოწყობის საშუალებით)

ნახაზი 6: სარგებელის პაკეტი თანაგადახდით და მოცვის სხვადასხვა ღონეებით

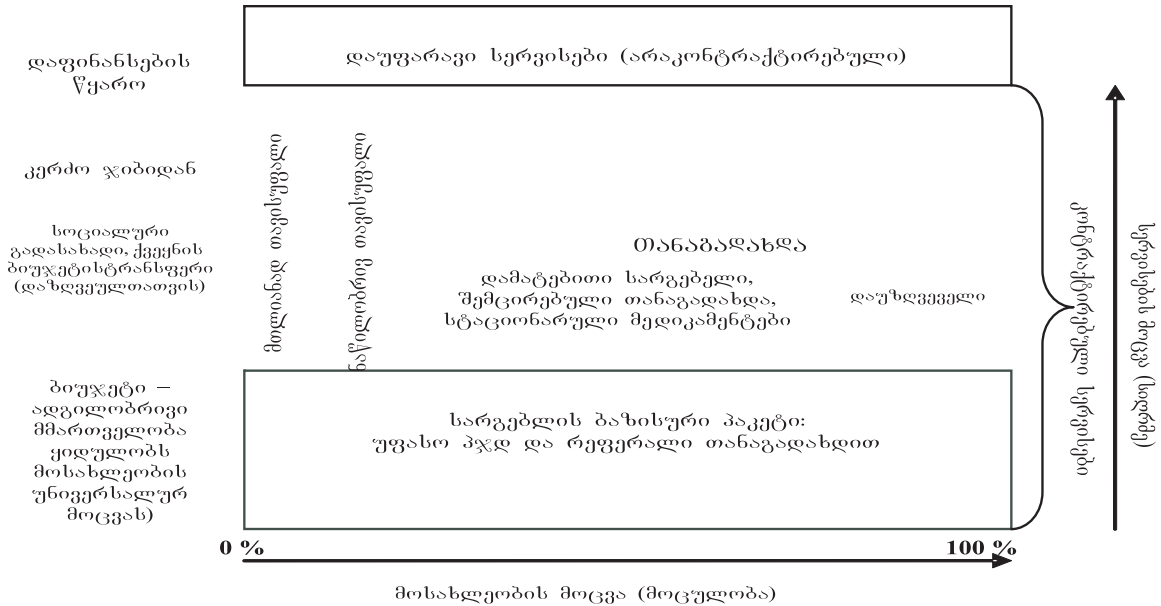


ნახაზი 8: ბაზისური სარგებელის პაკეტი ღარიბთათვის არავითარი თანაგადახდა



შენიშვნა: გამორიცხული მოსახლეობა თვითონ იხდის ხარჯებს, ან დაზღვეულია კერძო დაზღვევაში

ნახაზი 9: სარგებელის პაკეტი ყირგიზეთში



წყარო: Joe Kutzin, Health Sector Strategy Development 2006-2010, Workshop, 2-4 March 2005, Bishkek

სარგებლის პაკეტის შემუშავების ძირითადი პრინციპები:

გამჭირვალუბის ხელშეწყობა (გაგება)

- დიზაინის ორიენტაცია პაციენტის პერსპექტივაზე და არა ცენტრალურ მგეგმავებზე
- მარტივი?! გასაგები, უნდა მოხდეს პაკეტის კომუნიკაცია მოსახლეობაში, რომ მან ასახოს მოსახლეობის სასურველი სერვისები, მაგ: “პირველადი ჯანდაცვის კონსულტაცია” და არა კონკრეტული დიაგნოზი ან მეურნეობის გაიდლაინები

ფინანსური უსაფრთხოებისა და თანასწორობის ხელშეწყობა

- თანაგადახდის სტრუქტურირება კატასტროფული ხარჯების რისკის შესამცირებლად
- უმწეო ჯგუფებისათვის დიფერენცირებული უფლებების განსაზღვრა და განხორციელება

ეფექტიანობის ხელშეწყობა

- თანაგადახდის სტრუქტურირება უტილიზაციის შეღავათების მისაწოდებლად (მაღალი ხარჯები თვით-რეფერალისათვის)

ერთადერთი გადაწყვეტილება: ჯანმრთელობის საჭიროებებზე დაფუძნებული რესურსების ალოკაცია

- < სერვისების მისადაგება საჭიროებებთან (დაეფუძნოს სოლიდურ ეპიდემიოლოგიურ მონაცემებს და სოციალურ შესაბამისობას)
- < ნათელი პრიორიტეტების დასახვა:

< ხარჯთ-ფექტური საბაზისო სერვისების რეალისტური პაკეტის განსაზღვრა ხელმისაწვდომი ფინანსური რესურსების გამოყენების შესამცირებლად.

მკვლევართა აზრით, მინიმალური ბაზისური პაკეტი უნდა შეიცავდეს სამედიცინო მომსახურების შემდეგ სახეებს:

< იმუნიზაცია;

< ფთიზიატრიული დაავადებების კონტროლი;

< შიდსის პროფილაქტიკა;

< სქესობრივად გადამდები და ინფექციური დაავადებების კონტროლი;

< სამედიცინო დახმარება;

< ბავშვთა ასაკის ისეთი დაავადებების მკურნალობა, როგორცაა: დიარეა, მწვავე რესპირაციული დაავადებები, წითურა, მალარია;

< გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება.

ბაზისურ პაკეტში სამედიცინო დახმარების ისეთი სახეების ჩართვა, როგორცაა: კარდიოქირურგია, აუტოვისებიან სიმსივნეთა მკურნალობის გარკვეული სახეები, შიდსის მკურნალობისათვის საჭირო ძვირადღირებული მედიკამენტები, მხოლოდ მაღალი დაფინანსების შემთხვევაშია მიზანშეწონილი.

ლოკალური (ადგილობრივ დონეზე) ხასიათის ინფორმაციის ქონა. დაავადებათა გავრცელებისა და მათზე საჭირო დანახარჯების შესახებ ინფორმაცია მიზანშეწონილია შეგროვდეს და შემდგომ მათზე ანალიზი გაკეთდეს ადგილობრივ დონეზე. დემოგრაფიული მაჩვენებლების მკვეთრი განსხვავების გამო თითოეული რეგიონებისათვის განსხვავებული ბაზისური პაკეტი ღებება.

რესურსების დეფიციტი. ისეთ ქვეყნებში, სადაც ფინანსური რესურსების მკვეთრი დეფიციტია, ბაზისური პაკეტის დადგენისათვის ითვალისწინებენ დაფინანსების დამატებით წყაროებს (მაგ. თანაგადახდა). რესურსების დეფიციტისას ბაზისური პაკეტი პირველ რიგში მიზანშეწონილია განისაზღვროს მოსახლეობის უმწეო კატეგორიაზე, რომელთათვის დაბალი შემოსავლების გამო, სამედიცინო დახმარება ნაკლებ ხელმისაწვდომია.

ჯანდაცვის სისტემის პერსპექტიული ხედვა. ბაზისური პაკეტის არსებობა თავისთავად გულისხმობს სამედიცინო დახმარების ცალკეულ სახეებზე ყურადღების კონცენტრირებას, რაც მნიშვნელოვნად ამცირებს ჯანდაცვის სისტემის მთლიანობაში ხედვის შესაძლებლობას. ამ მიმართებით მკვლევარები გამოყოფენ იდეალისტურ და რეალისტურ ხედვას. იდეალისტების მიხედვით, ჯანდაცვის სისტემა არ უნდა იყოს ბაზისური პაკეტით მკვეთრად შეზღუდული, ანუ სამედიცინო დახმარების მხოლოდ გარკვეულ სახეებზე კონცენტრირებული და შესაბამისად ფრაგმენტული. იგი უნდა წარმოადგენდეს მთლიანსა და ერთიანს. რეალისტები ითვალისწინებენ რა არსებულ ეკონომიკურ მდგომარეობას, თვლიან რომ დაბალგანვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემა კონცენტრირებული უნდა იყოს სამედიცინო დახმარების აუცილებელ სახეებზე.

პროგრამების გაერთიანება რისკ ფაქტორების მიხედვით. 80-იან წლებში ბაზისური პაკეტის დადგენისას ძირითადი ყურადღება ექცეოდა ბავშვთა სიკვდილობის გამომწვევ ზოგიერთი დაავადების წინააღმდეგ ბრძოლას, იმუნიზაციის პროგრამას. 90-იან წლებში დაიწყო პროგრამების ინტეგრაცია. ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების მიზნით განხორციელდა სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა სახეების რისკ ფაქტორების მიხედვით გაერთიანება. ასე მაგალითად, ბევრ ქვეყნებში შემოღებულ იქნა “ბავშვთა დაავადებების ინტეგრირებული მართვის პროგრამა”, რომელიც ითვალისწინებდა 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა დიარეული დაავადებებისა და მწვავე რესპირაციული ინფექციების მკურნალობას. “ღედათა და ბავშვთა პროგრამა” აერთიანებდა სამედიცინო

დახმარებას, ბავშვთა სტაციონარულ მომსახურებას. იგივე აღინიშნებოდა საქართველოშიც, შემოდებულ იქნა “უსაფრთხო დედობისა და ბავშვთა გადარჩენის პროგრამა.”

დააჯადებათა გავრცელების სამომავლო ხედვა. ბაზისური პაკეტის დადგენისას მნიშვნელოვანია დააჯადებათა გავრცელების არამარტო მიმდინარე, არამედ სამომავლო პრობლემების გათვალისწინება. ასე მაგალითად, უახლოეს ორ ათწლეულში განვითარებულ ქვეყნებში თამბაქოს მოხმარება გახდება ნაადრევი სიკვდილობის უმთავრესი მიზეზი. აქედან გამომდინარე, თანამედროვე ეტაპზე პრევენციული ღონისძიებების განხორციელება მომავალში ხარჯების ზრდის შეკავების ყველაზე ეფექტურ საშუალებას წარმოადგენს. იგივე შეიძლება ითქვას შიდსის წინააღმდეგ საპროფილქტიკო ღონისძიებების ჩატარების აუცილებლობაზე.

საკონტროლო კითხვები

1. რას გულისხმობს პრიორიტეტების არჩევა?
2. ჩამოთვალეთ პრიორიტეტების არჩევაზე მოქმედი ფაქტორები
3. რომელი მხარეები მონაწილეობენ პრიორიტეტების განსაზღვრაში?
4. რა მთავარ მოთხოვნებს უნდა პასუხობდეს პრიორიტეტების შერჩევა?
5. რას წარმოადგენს ბაზისური პაკეტი?
6. ჩამოთვალეთ ბაზისურ პაკეტში შემაჯავლი სამედიცინო მომსახურების აუცილებელი სახეები?
7. ჩამოთვალეთ ბაზისური პაკეტის დადგენის ძირითადი მომენტები.
8. როდის იქნა განვითარებული სამედიცინო დახმარების ბაზისური პაკეტის შესახებ იდეა?

ლიტერატურა

1. Saltman R.B and Figueras J. (Ed.) European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 1997.
2. Witter S. and Ensor T. Health economics for Developing Countries. The University of York, Centre for Health Economics International Programme. Macmillan, 2000.
3. Шейман И.М. Экономика Здравоохранения, Москва, ТЕИС, 2001
4. Dunning A. Choices in health care: a Report by the Government Committee on choices in Health Care. Executive Summary. – Reykjavik: Ministry of Welfare, Health and Culture, 1992
5. Swedish Parliamentary Priorities Commission. Priorities in Health Care. – Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs, 1995
6. Ham C.J. et al. Priority Setting for Health Gain. – Lond: Department of Health, 1993
7. Bowie C. Consulting the public about health service priorities // Br. Med. J. – 1995. – vol. 311. – p. 1155-1158
8. Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас, Реформы системы здравоохранения в Европе, Москва, 2000;
9. ბრეზვაკი ი. სამედიცინო დახმარების სტანდარტიზაციისა და ფასწარმოქმნის მეთოდოლოგიური ასპექტი. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.
10. გვასალია ბ., საქართველოს რესპუბლიკის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საბაზო პროგრამის მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.

ჯანდაცვის სერვისების შესყიდვა

23.1. მყიდველები და მიწოდებლები

როგორც წინა თავებში განვიხილეთ, ინფორმაციული ასიმეტრიულობის გამო, პაციენტსა და ექიმს შორის აგენტური ურთიერთობა არსებობს, სადაც ექიმი წარმოადგენს ე.წ. ნლობით აღჭურვილ პირს, ე. წ. აგენტს, რომელიც განსაზღვრავს პაციენტის სამედიცინო მომსახურების საჭიროებას. ამის გამო პაციენტი იმყოფება შედარებით პასიურ მდგომარეობაში, რადგან ექიმებს, როგორც სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს გააჩნიათ საკუთარი ინტერესებიც. აღნიშნულის გათვალისწინებით მიმწოდებლებთან მოლაპარაკებისას მნიშვნელოვანია ისეთი სტრუქტურების არსებობა, რომლებიც წარმოადგენენ პაციენტისა და საზოგადოების ინტერესებს. ასეთი სტრუქტურები განიხილება როგორც ჯანდაცვის სერვისების დამფინანსებელი მხარე. მათ ჯანდაცვის სერვისების მყიდველებს უწოდებენ.

არცთუ ისე დიდი ხნის წინ ბევრ ქვეყნებში ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის მოთხოვნის და მათი შესყიდვის ფუნქციები დაკავშირებული იყო ორგანიზაციასთან, რომელიც ახორციელებდა სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას, რაც განპირობებდა როგორც ეკონომიკურ არაეფექტურობას (მაგ., პერსონალის მხრიდან უფრო მეტი მწარმოებლური საქმიანობის სტიმულის ნაკლებობა), ასევე რესურსების ეკონომიკურად არაეფექტურ განაწილებას (მაგ., მიწოდებით განპირობებული მოთხოვნა). თანამედროვე პირობებში აქცენტი კეთდება საბაზრო მოდელზე, სადაც წარმოდგენილია ჯანდაცვის სერვისების მყიდველები (მაგ., ჯანდაცვის მმართველობითი ორგანოები, სადაზღვევო კომპანიები) და გამყიდველები (ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლები - ზოგადი პრაქტიკის ექიმები, პოლიკლინიკები, საავადმყოფოები). ასეთ მექანიზმს ჯანდაცვის ეკონომისტები მიმწოდებლებად და მყიდველებად განცალკევებას, ერთმანეთისაგან გაყოფას უწოდებენ.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია თუ რა როლი უკავიათ ჯანდაცვის სერვისების მყიდველებს, მათი პოზიციები აქტიურია თუ პასიური? მიუხედავად იმისა, რომ მყიდველების ხელშია ფინანსური ძალა (სახელმწიფო დაფინანსება ან სადაზღვევო შენატანები), ზოგ შემთხვევებში მათ სუსტი პოზიცია უკავიათ, რადგან მათზე ხშირად გადამწყვეტ გავლენას ახდენენ მიმწოდებელთა (ზოგადი პრაქტიკის ექიმები, სპეციალისტები) ინტერესები, ან მისდევენ დაფინანსების ისტორიულად არსებულ პირობებს, არ ითვალისწინებენ ხარჯების ეფექტურობას და გაწეული მომსახურების მართებულობას.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მოხსენებაში "ჯანმრთელობა მსოფლიოში 2000 წელს" (ჯანმო, 2000) ფორმულირებულ იქნა "სამედიცინო მომსახურების სტრატეგიული შესყიდვის" ცნება¹. სტრატეგიული შესყიდვის ქვეშ გულისხმობენ დამფინანსებელი მხარის მიერ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემაში ჯანდაცვის ფუნქციონირების ეფექტურობის გაზრდის მიზნით განხორციელებულ ღონისძიებათა კომპლექსს. **სტრატეგიული შესყიდვის არსს წარმოადგენს დამფინანსებელი მხარის მიერ სამედიცინო მომსახურების პასიური შემსყიდველიდან აქტიურ შემსყიდველად გადაქცევა, რაც გავლენას ახდენს ჯანდაცვის განვითარების სტრატეგიულ პარამეტრებზე.**

სტრატეგიული შესყიდვის კონცეფცია ფორმულირებულ იქნა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ფუნქციის ახალი კლასიფიკაციის შესაბამისად. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია გამოყოფს დაფინანსების სისტემის სამ ფუნქციონალურ ბლოკს (Kutzin, 2001; Mossialos et al., 2002)^{2,3}.

ფინანსური საშუალებების ფორმირება (revenue collection) – კანონით დადგენილი წყაროებიდან გადახდების შეგროვება. ჯანდაცვის დაფინანსების საბიუჯეტო სისტემებში ამ ფუნქციას ასრულებენ სახელმწიფო მმართველობის ორგანოები, საჯალბელო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში – ერთი ან რამდენიმე ფონდები.

ფინანსური საშუალებების გაერთიანება (fund pooling) – კანონით დადგენილი შეგროვილი ფინანსური საშუალებების ერთ ან რამდენიმე დამფინანსებელი მხარის ხელში კონცენტრაციის ხარისხი. ჯანდაცვის საზოგადოებრივი დაფინანსების სისტემებში ფინანსური საშუალებების კონცენტრაციის ხარისხი მაღალია. ფინანსური რისკი გადანაწილებულია დაზღვეულთა დიდ ჯგუფებს შორის.

სამედიცინო მომსახურების შესყიდვა (purchasing health care) – წარმოადგენს დამფინანსებელი მხარის, როგორც სამედიცინო მომსახურების მყიდველის (ან დამკვეთის), სამედიცინო ორგანიზაციასთან, როგორც მიმწოდებელთან ურთიერთქმედების წესს.

უკანასკნელ წლებში განხორციელებულმა მრავალმა კვლევამ გამოავლინა სამედიცინო მომსახურების შესყიდვაში არსებული ძირითადი ტენდენციები, რომლის შესწავლაც მნიშვნელოვანია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისათვის⁴.

23.2. მყიდველების სხვადასხვა სახეები

ჩვეულებრივ, მყიდველთა მთავარ ამოცანას წარმოადგენს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება, რაც ხორციელდება ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის მოთხოვნის შესწავლის და ტექნოლოგიურად ეფექტური და ხარჯთ-ეფექტური მომსახურების შესყიდვის საშუალებით. შესყიდვის შედარებით დაბალ კრიტერიუმებს წარმოადგენს მომსახურების ისეთი კრიტერიუმები, როგორცაა: ხელმისაწვდომობა, ხარისხი, მართებულობა და ა. შ.

ძირითადად, მყიდველები ლიმიტირებულ რესურსებს ანაწილებენ ჯანდაცვის დადგენილი სერვისების ფარგლებში, გარკვეულ რეგიონში და მოსახლეობის გარკვეულ ნაწილში. რესურსების განაწილება დამოკიდებულია ჯანდაცვის ბაზრის სტრუქტურაზე.

კერძო სისტემებში რესურსების განაწილება ხორციელდება ცალკეული პირის ფინანსური სტატუსის და ჯანდაცვის სერვისებზე მოთხოვნის შესაბამისად და შედარებით მცირე როლი ენიჭება რესურსების მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით განაწილებას.

სადაზღვეო ბაზარზე, სადაც დაინტერესებული არიან ხარჯების ზრდის შეკავებით, რესურსებზე კონტროლის რამდენიმე საშუალება არსებობს. ერთ-ერთ ასეთ საშუალებას წარმოადგენს ტექნოლოგიური ეკონომიკური ეფექტურობის გაუმჯობესება ფასთა კონტროლის და/ან კლინიკური პროტოკოლების მეშვეობით (მაგალითად, სამედიცინო ეკონომიკურ სტანდარტები). მისი მიზანია სამედიცინო მომსახურების თითოეულ შემთხვევაზე ხარჯების შემცირება. რესურსების ეფექტური განაწილების სხვა მეთოდს წარმოადგენს ”მართული ჯანდაცვა”, რომლის მეშვეობით თითოეული პაციენტის სამედიცინო მომსახურებაზე დადგენილია ფიქსირებული ყოველწლიური ბიუჯეტები, რაც არასაჭირო მომსახურების შეზღუდვის სტიმულს იძლევა. აღნიშნული სისტემა გამოიყენება გარკვეული მიმწოდებლის არეალში მყოფი მოსახლეობის შედარებით მცირე ჯგუფებზე.

მოსახლეობის უფრო დიდ ჯგუფებზე რესურსების ეფექტური განაწილების მიზნით ჯანდაცვის რესურსების დაგეგმვა ხორციელდება მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით. იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც მოსახლეობას აქვს ბევრ სადაზღვეო კომპანიებს შორის არჩევანის უფლება, რაც აძნელებს მყიდველების მხრიდან მომსახურების დაგეგმვას, მყიდველები მაინც

მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ მიმწოდებელთა ინფრასტრუქტურის განვითარების დაგეგმვაში. თეორიულად ბაზრის რეგულატორის როლი განცალკევებული უნდა იყოს მყიდველისაგან, თუმცა ბევრ ქვეყნებში ისინი ერთმანეთთან არიან შეთავსებული, ან მათი ინტერესები იკვეთებიან (განსაკუთრებით იქ, სადაც მხოლოდ ერთი მყიდველი არსებობს). ბაზრის რეგულატორი დაკავშირებულია ისეთ პრობლემებთან, როგორცაა ბაზარზე შესვლის, ან გამოსვლის წესები, ბაზარზე სტაბილურობის შენარჩუნება, ხარისხზე კონტროლი, კონკურენციის წესები და ლიცენზირება. ამ როლს ყველაზე უკეთ სახელმწიფო სტრუქტურები თამაშობენ.

23.3. სტრატეგიული შესყიდვის კონცეფცია

სამედიცინო მომსახურების შესყიდვისას სახელშეკრულებო ურთიერთობები არსებობს სამედიცინო მომსახურების მყიდველებსა და მიმწოდებლებს შორის. ამასთან ცნება ”მყიდველი” მოიცავს დამზღვევეებს, ჯანდაცვის მმართველობით ორგანოებს, აგრეთვე ფონდპოლიტიკური (ფუნდპოლიტიკური) სამედიცინო ორგანიზაციები, რომლებიც სამედიცინო მომსახურებას სხვა სამედიცინო ორგანიზაციებისაგან ყიდულობენ (მაგ., დიდ ბრიტანეთში ზოგადი პრაქტიკის ექიმები ყიდულობენ სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებას).

სტრატეგიული შესყიდვა წვევს სამ მთავარ ამოცანას (Figueras et al., 2005, p.47)⁴:

< რესურსების განაწილება მოსახლეობის მოთხოვნების და მათი დაკმაყოფილების პრიორიტეტების მიხედვით;

< ხელი შეუწყოს სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სისტემის შიდა გარდაქმნებს;

< ჯანდაცვის სექტორში საბაზრო ურთიერთობების განვითარების სტიმულირება.

მოსახლეობის მოთხოვნაზე ორიენტაცია ხორციელდება სახსრების განაწილების ახალი სისტემით – სამედიცინო ორგანიზაციების შენახვის პრინციპის უარყოფა და სამედიცინო მომსახურების რეალური მოცულობისა და ხარისხის მიხედვით (მოსახლეობის არჩევანის შესაბამისად) დაფინანსებაზე გადასვლა (”თანხები მისდევს პაციენტებს”).

მეორე მხრივ, სტრატეგიული შესყიდვის კონცეფცია არ შეესაბამება რესურსების განაწილების საბაზრო რეგულატორებს, არამედ გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების მყიდველების საქმიანობაში დაგეგმვის როლის გაძლიერებას. მყიდველები გეგმავენ სამედიცინო მომსახურების მოცულობას და სტრუქტურას. დაგეგმვა ეყრდნობა მომხმარებლის მოთხოვნებს და სამედიცინო მომსახურების სტრუქტურის რაციონალურობის შეფასებას. ამასთან, ასახავს რა მოსახლეობის ინტერესებს, რომელსაც არ აქვს რაციონალური არჩევისათვის საკმარისი ინფორმაცია, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები:

< მონაწილეობენ სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციაში;

< სტიმულს აძლევენ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ზრდას;

< გავლენას ახდენენ ხარჯთ-ეფექტური სამედიცინო მომსახურების ფორმების არჩევანზე;

< სტიმულს აძლევენ სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციულ-ეკონომიკურ ნოვაციებს;

< სამედიცინო ორგანიზაციებთან ერთად იყოფენ ფინანსური რისკებს;

< იცავენ მათ არეალში მყოფი მოსახლეობის უფლებებს.

მზღვეველთა საქმიანობის გააქტიურება გულისხმობს მასა და სამედიცინო ორგანიზაციებს შორის სახელშეკრულებო ურთიერთობების ფუნქციის გაფართოებას. ხელშეკრულებები ასახავენ მოსახლეობის მოთხოვნის, მათი დაკმაყოფილების პრიორიტეტების მიხედვით დაფინანსებას. იზრდება ხელშეკრულებების მასტიმულირებელი მნიშვნელობა – ისინი ადგენენ სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე მოთხოვნებს და მისი უზრუნველყოფის სისტემებს, სამედიცინო ორგანიზაციების საქმიანობის მიზნობრივ მაჩვენებლებს, ფინანსური წახალისების და

დაჯარიმების ფორმებს, სამედიცინო მომსახურების დაგეგმილ მოცულობებს და ა. შ. (Duran et al., 2005)⁵. ამგვარად, ხელშეკრულებები წარმოადგენენ ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის რეალიზაციის ინსტრუმენტებს.

სტრატეგიული შესყიდვის კონცეფციაში განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს ჯანდაცვაში საბაზრო მექანიზმების გააქტიურებას. სადაზღვეო ბაზრის კონკურენტუნარიანი მოდელი (ბევრი მზღვეველებით) წარმოადგენს ჯანდაცვის სერვისების შესყიდვაზე ახალ მიდგომას. სახელშეკრულებო ურთიერთობები გამოიყენება როგორც კონკურენტულ, ასევე არაკონკურენტულ ბაზარზე (სამედიცინო მომსახურების მხოლოდ ერთი მყიდველის არსებობისას). ასეთი მიდგომების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ საბაზრო გარდაქმნები აძლიერებენ ინტერესს შესყიდვის ახალ ფორმებზე, მაგრამ არ წარმოადგენენ მათი რეალიზაციის გადამწყვეტ პირობას^{6,7}.

სტრატეგიული შესყიდვის კონცეფციის რეალიზაციისას შეიძლება გამოიყოს სტრატეგიული შესყიდვის შემდეგი მთავარი ტენდენციები (Figueras et al., 2005, p.55)⁴:

- < სახელშეკრულებო ურთიერთობების სისტემის გართულება, ჯანდაცვის დაგეგმარების სისტემასთან შეთანხმების მზარდი როლი;
- < სელექციური სახელშეკრულებო ურთიერთობების როლის არაერთგვაროვანი ცვლილებები, რომელიც დაფუძნებულია სამედიცინო მომსახურების უფრო ეფექტური მიმწოდებლების შერჩევაზე;
- < სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სტიმულირებაში სახელშეკრულებო ურთიერთობების მზარდი როლი;
- < სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების მეთოდების გამოყენება ჯანდაცვის პოლიტიკის მიზნების რეალიზაციისათვის;
- < ჯანდაცვის სერვისების შესყიდვაზე მომხმარებელთა შესაძლებლობების გაფართოება, რომელიც მოიცავს მათ უფლებას აირჩიოს მზღვეველი და სამედიცინო ორგანიზაცია;
- < სახელმწიფოს მმართველობითი ფუნქციის (გოვერნმენტ სტეწარდსჰიპ) როლის ხარისხობრივი გაუმჯობესება, რომელიც მოიცავს ჯანდაცვის პოლიტიკის შემუშავებას, ინფორმაციის შეგროვებას, მყიდველებისა და მიმწოდებლების საქმიანობის გამჭვირვალობის უზრუნველყოფას.

23.4. სახელმწიფო ურთიერთობები და ჯანდაცვის დაზღვევარების სისტემა

სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის ევროპული სისტემების მთავარ პრობლემას წარმოადგენს მზღვეველებსა და სამედიცინო ორგანიზაციებს შორის ხელშეკრულებების შეთანხმება ჯანდაცვის დაგეგმვის საერთო სისტემასთან. ამ პრობლემის აქტუალობა დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ ჯანდაცვის დაგეგმვის და დაფინანსების ფუნქციები ერთმანეთისგან გაყოფილ იქნა, მათ ასრულებენ სისტემის სხვადასხვა სუბიექტები, რომელთა საქმიანობის ერთმანეთს შორის კოორდინაცია სუსტია. შედეგად, იქმნება სიტუაცია, როდესაც დამგეგმავი ორგანოები (უფრო მეტად ჯანდაცვის მმართველობითი ორგანოები) მთლიანად განსაზღვრავენ დარგის განვითარების ტენდენციებს, ხოლო მზღვეველებს დამფინანსებლის პასიური როლი ენიჭებათ.

მაგალითად, საფრანგეთში საავადმყოფოთა ქსელის დაგეგმვას ახორციელებენ საავადმყოფოთა რეგიონული სააგენტოები (Agence Regionale de l'Hospitalisation). ისინი აფასებენ მოსახლეობის მოთხოვნებს, განსაზღვრავენ სამედიცინო მომსახურების მოცულობას და საავადმყოფოების სიმძლავრეს, ღებულობენ ახალი საავადმყოფოს (მათ შორის კერძო

სააუდმყოფოსაც) გახსნის გადაწყვეტილებას, არეგულირებენ ძვირადღირებული სამედიცინო მოწყობილობის შესყიდვას.

სისტემის მეორე სუბიექტი – ცენტრალიზებული სააუდმყოფოს სალარო, მზღვეველის ფუნქციას ასრულებს მონოპოლურ საფუძველზე. სტაციონარულ სერვისებზე იგი ხელშეკრულებას დებს სააუდმყოფოებთან, მაგრამ ამ ხელშეკრულებების როლი მხოლოდ მომსახურების ანაზღაურების პირობებში მდგომარეობს, შესაბამისად, მცირეა სააუდმყოფოს სალაროს შესაძლებლობები, გავლენა მოახდინოს სამედიცინო მომსახურების მოცულობაზე და სტრუქტურაზე. აღნიშნულის შედეგად იკარგება დაზღვეულთა ფაქტიურ მოთხოვნებსა და დაგეგმვის მაჩვენებლებს შორის უკუკავშირი: მზღვეველის საკუთარ დაზღვეულებთან საქმიანობისას წარმოქმნილი “სიგნალები” არ მიდის დამგეგმავ ორგანოებთან.

ძნელი არ არის შევნიშნოთ, რომ საქართველოს ჯანდაცვაშიც შეინიშნებოდა მსგავსი სიტუაცია, როდესაც ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, ან მისი მემკვიდრე, ჯანდაცვისა და სოციალური პროგრამების სააგენტო არ მონაწილეობს სახელმწიფო პროგრამების შემუშავებაში. შედეგად, დაგეგმვა და დაფინანსება ერთმანეთისგან გახლეჩილია.

ზოგ ქვეყნებში ხელშეკრულებები ინკორპორირებულია ჯანდაცვის დაგეგმვის საერთო სისტემასთან, რითაც უზრუნველყოფილია დაგეგმვასა და დაფინანსებას შორის უფრო მჭიდრო კავშირი. ხელშეკრულება მოიცავს სახელმწიფო გეგმების გარკვეულ პარამეტრებს, რომლის შემუშავებამაც იგი მონაწილეობს სახელმწიფო მმართველობის ორგანოებთან ერთად. როდესაც აღნიშნული გეგმის მიზანია, მაგალითად, სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების მოცულობის შემცირება და სტაციონარისშემცველი ტექნოლოგიების განვითარება, მზღვეველი ვალდებულია დაეყრდნოს გეგმის შესაბამის მაჩვენებლებს.

ასეთ შემთხვევაში, სამედიცინო მომსახურების ფაქტიური მოცულობის საფუძველზე ანაზღაურებით სახსრების განაწილების ლიბერალური მოდელი ადგილს უთმობს მომსახურების დაგეგმილი მოცულობებით დაფინანსებას.

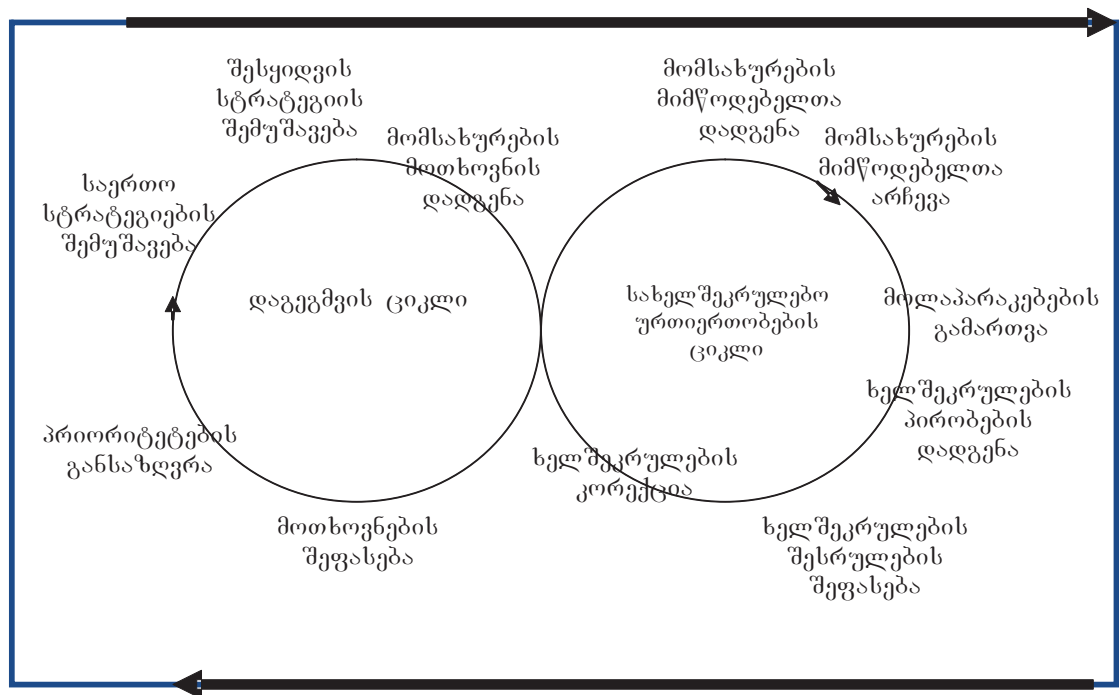
ბევრ ქვეყანაში, დამფინანსებელ ორგანიზაცია ვალდებულია ხელშეკრულებაში შეიტანოს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე მიზნობრივი მაჩვენებლები (ჩვეულებრივ გამოიყენებენ გემიურ ჰოსპიტალიზაციაზე ან სპეციალისტის კონსულტაციაზე დაცდის მაქსიმალური ვადის მაჩვენებელს), აგრეთვე მათი ხარისხი.

ამასთან, მზღვეველს უფლება აქვს დაზღვეულთა მოთხოვნების და კონკრეტულ სიტუაციაზე დაყრდნობით კორექტივები შეიტანოს საერთო გეგმაში. მან შეიძლება გეგმით დადგენილ მიზნობრივ მაჩვენებლებზე ზევით გაათავართოს რესურსების ეკონომიკურად გამოყენების ღონისძიებების მოცულობა, შეიძლება გამოიყენოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლების სტიმულირების საკუთარი სისტემები და ა. შ. რესტრუქტურისაციის შესაძლებლობაზე მის მიერ შეგროვილი ინფორმაცია გათვალისწინებულ იქნება მაკროდაგეგმარებისას, ანუ “ზევიდან” დაგეგმარება და “ქვემოდან” დაგეგმარება შეთანხმებით ხორციელდება.

23.5. სახელმწიფო ურთიერთობების მტაკები

დაგეგმარება და სახელმწიფო ურთიერთობები გარკვეული ეტაპებისგან შედგება, რომლებიც შეადგენენ შესაბამისად დაგეგმვის და სახელმწიფო ურთიერთობების ციკლებს.

ნახაზი 1: ჯანდაცვის სერვისების სისტემის დაგეგმვის და სახელშეკრულებო ციკლები



წყარო: Ovretveit J. Purchasing for health. Buckingham, Open University press, 1993, p.135.

ჯანდაცვის რესურსების შესყიდვა შემდეგი სტადიებისგან შედგება:

- < მოსახლეობის მოთხოვნების განხილვა;
- < მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად საჭირო ხარჯების ეფექტურობის სტრატეგიის შესწავლა
- < ჯანდაცვის არსებული სერვისების შესწავლა, ხარისხისა და რაოდენობაში პოზიტიური ცვლილებების შეტანის თვალსაზრისით;
- < საზოგადოებასთან, პაციენტებთან, ექიმებთან კონსულტაციების ჩატარება სოციალურად მნიშვნელოვანი საკითხების და პრიორიტეტების საკითხებზე;
- < ჯანდაცვის სერვისების ამოცანების და პრიორიტეტების გამოვლენა;
- < კონტრაქტის სპეციფიკურობის დადგენა;
- < მომსახურების რაოდენობის, ხარისხისა და ხარჯებზე შეთანხმების შემდეგ მიმწოდებლებთან კონტრაქტის გაფორმება;
- < მიმწოდებელთა საქმიანობის მონიტორინგი (პირდაპირი მონიტორინგის ან მოსახლეობის, პაციენტების, ექიმების გამოკითხვის მეშვეობით);
- < მიღებული ინფორმაციის გამოყენება მიმწოდებლებთან შემდგომი კონტრაქტირებისას მოთხოვნისა და პრიორიტეტების განხილვისას.

მოსახლეობის მოთხოვნის შესწავლა

ეკონომისტები ერთმანეთისაგან ანსხვავებენ სურვილებს, ობიექტურ მოთხოვნილებებს, ნორმატიულ მოთხოვნილებებს, მოთხოვნებს და სარგებლის მიღების შესაძლებლობას.

სურვილები წარმოადგენს ადამიანის საგნობრივ სურვილს, რომელიც გამოხატავს მის ინდივიდუალურ თვისებებს, აგრეთვე მისთვის ხელმისაწვდომ ინფორმაციას;

ობიექტური მოთხოვნილებები გამოხატავს სამედიცინო მომსახურებაზე “რეალურ” მოთხოვნას (თუ შეგვიძლია მისი ცოდნა);

ნორმატიული მოთხოვნილებები გამოხატავს ექსპერტის დასკვნას მასზე, რასაც საჭიროება მოითხოვს;

მოთხოვნა დაკავშირებულია კონკრეტულ ქმედებასთან მომსახურების შესყიდვის მეშვეობით (ანუ საჭიროა არამართო სურვილი, არამედ გადაწყვეტილება და მისი დაკმაყოფილების შესაძლებლობა, მაგ., სახსრების ქონა);

სარგებლის მიღების შესაძლებლობა აერთიანებს ობიექტური მოთხოვნის კონცეფციას და მის დასაკმაყოფილებლად მკურნალობის ეფექტური მეთოდების ხელმისაწვდომობას.

ჯანდაცვის ეკონომისტები ცდილობენ ჯანმრთელობაში მაქსიმალურ მოგებას მიადწიონ (სიცოცხლის წლების დამატებით), ამიტომ იყენებენ ისეთ მცნებებს, რომლებიც დაკავშირებულია სარგებლის მიღების შესაძლებლობასთან. ისინი აქცენტს აკეთებენ უფრო ფართო საზოგადოების სარგებელზე, და შესაძლოა წინააღმდეგობაში მოვიდეს ექიმის მიდგომასთან, რომელიც უფრო მეტად კონცენტრირებულია ცალკეულ პაციენტზე მკურნალობის უკეთესი მეთოდის შერჩევაზე. ექიმის ნდივიდუალური მიდგომის პრობლემა მდგომარეობს იმაში, რომ მხედველობაში არ მიიღებიან ის პაციენტები, რომლებიც თვითონ ვერ მიდიან ექიმთან, ან არ აქვთ ამის შესაძლებლობა.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია ექიმების, პოლიტიკოსებისა და მედიკურების პრიორიტეტების დადგენა, რომელიც წარმოადგენს მკვეთრად ჩამოყალიბებული მიზნის არსებობის ძირითად არგუმენტს, რომლითაც შესაძლებელია ჯანმრთელობისათვის მაქსიმალური სარგებლის მიღება. ამის ალტერნატივას, ჯანდაცვის სისტემაში, სადაც მოთხოვნა იზრდება, მაგრამ რესურსები ნაკლებად იცვლება, წარმოადგენს ნორმირების სისტემა, რომელიც ეფუძნება ისეთ ნაკლებად ზუსტ კრიტერიუმებს, როგორიცაა: მიმწოდებელთა უპირატესობები, ან პატრონაჟული კავშირები, ან მოხვედი პირველი – მიიღე მომსახურება პირველმა და ა შ.

ჯანმრთელობისათვის სარგებლის მიღების მაქსიმისაციის პრინციპი დაფუძნებულია ისეთ ხედვაზე, როდესაც ჯანმრთელობაში მოგების ერთეულს (მაგალითად ხარისხიანი სიცოცხლის წელი) ყველასათვის, გამონაკლისის გარეშე, უნდა ჰქონდეს თანაბარი მნიშვნელობა. მაგრამ შესაძლოა სოციალური ფასეულობების გათვალისწინებით მისი მოდიფიცირება: მაგალითად შესაძლოა არსებობდეს ასეთი მიდგომა: ჯანმრთელობაში მოგება უფრო მეტად ახალგაზრდებისთვისაა მნიშვნელოვანი. ამიტომ მყიდველების ამოცანას წარმოადგენს სარგებლის არამართო ობიექტური გზებით მიღება, არამედ მისი გადაწყვეტისას სოციალური ფასეულობების გაერთიანება.

როცა მოთხოვნები განიხილება როგორც სარგებლის, მოგების მიღების საშუალება, მაშინ მისი დადგენისათვის საჭიროა სამი სახის ინფორმაცია:

- < ეპიდემიოლოგიური – შემთხვევათა სიხშირე და დაავადებათა გავრცელება, მოსახლეობის ასაკობრივ-სქესობრივი სტრუქტურა, სიკვდილობის დონე;
- < სამედიცინო-ეკონომიკური – დაავადებათა მკურნალობის ტექნოლოგიური და ეკონომიკურად ეფექტური მეთოდების არსებობა;
- < ორგანიზაციული – მოთხოვნების დაკმაყოფილებისათვის დღეს არსებული მომსახურება.

სამედიცინო მომსახურების მოცულობის და დაფინანსების პირობების შეთანხმება

ამ ეტაპზე სადაზღვევო ორგანიზაცია აგროვებს ცალკეული სამედიცინო ორგანიზაციების მუშაობის შესახებ ინფორმაციას. სადაზღვევო ორგანიზაციისა და სამედიცინო ორგანიზაციის

ეკონომიკური ინტერესების შეთანხმება ხორციელდება მაკროდაგეგმარების სამიზნე მაჩვენებლების და მოთხოვნების შესაბამისად. შეთანხმებით დგინდება სამედიცინო მომსახურების მოცულობა და დაფინანსების პირობები, აგრეთვე ფაქტიური მოცულობების გეგმიურისგან გადახრისას დაფინანსების პირობები. უფრო ხშირად დგინდება შესაძლო გადახრები, რომელთა დაფინანსება ხორციელდება მოქმედი ტარიფების შესაბამისად, ხოლო შეთანხმებულზე ზევით მოცულობა ანაზღაურდება დაბალი ტარიფებით.

მონიტორინგი

ერთ-ერთ მთავარ ეტაპს წარმოადგენს ხელშეკრულებების შესრულების მონიტორინგი. ამ ეტაპზე სადაზღვევო ორგანიზაცია ახდენს ხელშეკრულებით დადგენილი სამედიცინო მომსახურების მოცულობის შესრულებაზე ინფორმაციის შეგროვებას, აფასებს არადამაკმაყოფილებელ სამომხმარებლო მოთხოვნას (მაგალითად, ბევრი “დაცდის ფურცლები”), მომსახურების მოცულობის შესაძლო გაფართოებას და ა. შ. აღნიშნული ინფორმაცია გათვალისწინებულ უნდა იქნეს მომდევნო წელს საერთო გეგმების ფორმირებისას.

სახელშეკრულებო ურთიერთობები დიდ ბრიტანეთში

დიდ ბრიტანეთში, 1997 წლიდან, სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველს წარმოადგენს ჯანდაცვის მართვის რეგიონული ორგანოები და ზოგადი პრაქტიკის ექიმ-ფონდპოლდინგების ინტეგრირებული ჯგუფები (საექიმო პრაქტიკების ტრასტები). ზოგადი პრაქტიკის ექიმ-ფონდპოლდინგების ინტეგრირებული ჯგუფები საკუთარი სახსრებით აფინანსებენ სტაციონარული მომსახურების მოცულობების ნაწილს, სპეციალისტების მომსახურებას და სამედიცინო-სოციალურ დახმარებას.

მომსახურების შესყიდვის სტრატეგიული გეგმა. შემსყიდველები ვალდებული არიან შეიმუშაონ სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის სტრატეგიული გეგმა, სადაც ასახული იქნება სამედიცინო მომსახურების შესყიდვების გეგმა მომდევნო 3-5 წლის განმავლობაში. ამ გეგმებში წარმოდგენილია სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნის შეფასება, მათი დაკმაყოფილების პრიორიტეტები, მოსალოდნელი სახელმწიფო ხარჯები, სამედიცინო მომსახურების მიწოდების რეორგანიზაციის გეგმები (მაგალითად, საავადმყოფოების შერწყმა, დღის სტაციონარების განვითარება), ინფორმაციული უზრუნველყოფის მოთხოვნები და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის შექმნა, ინვესტიციების მოსალოდნელი მოცულობა.

სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის ოპერაციული გეგმის, რომელიც დგინდება მომდევნო წლისათვის, მიზანს წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის მოსალოდნელი მოცულობების დადგენა. პოტენციური შემსყიდველების სტრატეგიული და მიმდინარე გეგმების არსებობისას, სამედიცინო ორგანიზაციები ახდენენ საკუთარი ბიზნეს-გეგმების შემუშავებას, რომლებიც მოიცავენ მიზნობრივ მაჩვენებლებს და მომსახურების მოსალოდნელ მოცულობებს, დაფინანსების წყაროებს, ინვესტიციებს, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის ზომებს, გეგმიური მომსახურების ხელმისაწვდომობის დაგეგმილ მაჩვენებლებს და ა. შ. ოპერაციული გეგმების და ბიზნეს-გეგმების საფუძველზე მხარეები ახდენენ ხელშეკრულების შეთანხმებას. ხელშეკრულების აუცილებელ ელემენტს წარმოადგენს დანართები, რომლებიც მოიცავენ სამედიცინო მომსახურების მოცულობას, ფასებს და სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების საერთო ღირებულებას, აგრეთვე ფაქტიური მოცულობების გეგმიურისგან შესაძლო გადახრებისას ანაზღაურების პირობებს.

დადებული ხელშეკრულება წარმოადგენს მუშაობის შეფასების (performance evaluation) საფუძველს, რომელიც სახელშეკრულებო ურთიერთობების სისტემის უმთავრესი ნაწილია. ხორციელდება მუშაობის რეალური მაჩვენებლების შედარება ხელშეკრულებით დადგენილ

მაჩვენებლებთან, კეთდება გადახრების მიზეზების ანალიზი. შეფასების საგანს წარმოადგენს არა მხოლოდ მკურნალობის კონკრეტული შემთხვევა, ანუ მისი შესაბამისობა ხარისხის არსებულ სტანდარტთან და მკურნალობის დადგენილ ვადებთან, არამედ საერთოდ სამედიცინო ორგანიზაციის მუშაობა, უფრო ზუსტად ის ასპექტები, რომლებიც განხილულია ხელშეკრულებაში, მაგალითად, პროფილაქტიკური მუშაობის დონე, სამედიცინო მომსახურების მოცულობა და სტრუქტურა, ხარისხის უზრუნველყოფის გეგმების შესრულება, გვემიური სამედიცინო მომსახურების “დაცდის ფურცლების” ზომა, გამოყენებული მედიკამენტების სახეები და ღირებულება და ა. შ. მუშაობის დაგეგმვის და შეფასებისათვის აქტიურად გამოიყენება სამედიცინო ორგანიზაციების შედარებითი შეფასების მეთოდები.

აქვე აღსანიშნავია, რომ შეფასების შედეგების განხილვისას ყოველთვის არ გამოიყენება ფინანსური სანქციები. ითვლება, რომ უფრო პროდუქტიულია სამედიცინო ორგანიზაციის მუშაობის მაჩვენებლების გაუმჯობესებისათვის დამკვეთისა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ერთობლივი მუშაობა. რეფორმის მიმდინარე ეტაპის კონტექსტში მხარეების ერთობლივი დაგეგმარება ითვლება სახელშეკრულებო ურთიერთობების “სიმწიფის” ნიშნად – ხელშეკრულებები უფრო მეტად განსაზღვრავენ მუშაობის მაჩვენებლების გაუმჯობესებისათვის საჭირო შესაძლებლობებს და განხილვის პროცედურებს.

სახელშეკრულებო ურთიერთობები გერმანიაში

ანალოგიური პრაქტიკა არსებობს გერმანიაში, სადაც დაგეგმარება კონცენტრირებულია საავადმყოფო სექტორში, რომელიც განსაკუთრებით ძლიერ რეაგირებს ჯანდაცვის ხარჯების მოცულობაზე. ყოველ რეგიონში ხდება საავადმყოფო ქსელის განვითარების გეგმის შემუშავება – სტრატეგიული და ყოველწლიური. ეს გეგმები ეფუძნება მოსახლეობის მოთხოვნების შეფასებას და საავადმყოფოს სიმძლავრეს, რომლებიც მისი დაკმაყოფილებისათვისაა აუცილებელი. გარდა ამისა ჯანდაცვის მართვის ორგანოები ახდენენ მსხვილ ინვესტიციებს, ახალი დაწესებულებების მშენებლობების და ძვირადღირებული სამედიცინო და სხვა ტექნოლოგიების შესყიდვების მიზნით.

საავადმყოფო საღაროების მუშაობა ხორციელდება აღიშნული გეგმის შესაბამისად, რისთვისაც ფედერალური კანონმდებლობა ადგენს განსაზღვრულ მოთხოვნებს საავადმყოფო საღაროების მიერ დაგეგმარების ფუნქციების განხორციელებაზე. უპირველეს ყოვლისა ისინი ვალდებული არიან შეიმუშაონ ოპერაციული გეგმები, რომლებიც განსაზღვრავენ სამედიცინო ორგანიზაციების წრეს, რომლებთანაც ხდება ხელშეკრულებების დადება; აგრეთვე ხორციელდება სამედიცინო მომსახურების მოცულობის და სტრუქტურის, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მაჩვენებლებზე მოთხოვნის განსაზღვრა.

ამ გეგმების შეთანხმება ხორციელდება ჯანდაცვის ზედამხედველობის ფედერალურ და რეგიონულ სამსახურებთან. ისინი არ განიხილება, როდესაც გეგმები წინააღმდეგობაშია ჯანდაცვის ფუნქციონირების ხარჯვით მექანიზმებთან ბრძოლის პრიორიტეტულ ამოცანებთან. ასე მაგალითად, ზედამხედველობის სამსახურმა შესაძლოა არ დაამტკიცოს საავადმყოფოს საღაროს ხელშეკრულება მეზობელ დასახლებულ პუნქტში მოსახლეობისათვის დიაგნოსტიკური ღონისძიებების შესრულებაზე, თუ მოსახლეობის მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად შესაძლებელია ადგილობრივი სადიაგნოსტიკო სამსახურის სიმძლავრეების გამოყენება (Affield, 1997).

გერმანიის ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების შემდეგ, რომელიც დაიწყო 2003 წელს, აღნიშნული მოთხოვნები საგრძობლად შემცირდა. მიუხედავად ამისა, საავადმყოფო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში ისევ მოქმედებს ხარჯების შემცირების პოლიტიკა. საბაზრო მექანიზმების დანერგვა ხორციელდება თანდათანობით, ბაზარსა და დაგეგმვას შორის მაქსიმალურად შესაძლებელი ბალანსის შენარჩუნებით.

ყოველ ქვეყანაში სახელმეკრულებო ურთიერთობებსა და დაგეგმვას შორის როლის თანაფარდობა განისაზღვრება სამედიცინო მომსახურების მიწოდების არსებული სისტემით. სახელმეკრულებო ურთიერთობების შესაძლებლობები გავლენა მოახდინოს სამედიცინო ორგანიზაციების მუშაობაზე ბევრად და მოკიდებული სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სისტემის დაბალანსების ხარისხთან.

23.6. სელექტიური სახელმეკრულებო ურთიერთობები

ზემოთ აღნიშნული იყო, რომ სახელმეკრულებო ურთიერთობები შესაძლოა დამყარდეს არაკონკურენტულ და კონკურენტულ გარემოში. პირველ შემთხვევაში უპირატესობა ენიჭება ხელმეკრულებების გვერდით ფუნქციას. იგი გვევლინება როგორც სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო გვერდის რეალიზაციის ინსტრუმენტი. კონკრეტულ გარემოში სახელმეკრულებო ურთიერთობები სელექტიურ ხასიათს ატარებს. ამ შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველს უფლება აქვს ხელმეკრულება დადოს არა ყველა ლიცენზიის მქონე სამედიცინო ორგანიზაციასთან, არამედ მათთან, რომელსაც იგი აირჩევს.

ევროპის ბევრ ქვეყნებში უკანასკნელ პერიოდში მიღებულ იქნა კანონები, რომლებიც სადაზღვევო ორგანიზაციას ნებას რთავს აირჩიოს სამედიცინო ორგანიზაცია. საუაღდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის ზოგ ქვეყნებში (გერმანია, ნიდერლანდები, შვეიცარია) შეინიშნება კოლექტიური ხელმეკრულებებიდან, რომლებიც ხორციელდება საავადმყოფო საღაროების ასოციაციებსა და საავადმყოფოების, ან კერძო პრაქტიკის ექიმების ასოციაციებს შორის, ინდივიდუალურ ხელმეკრულებებზე გადასვლა, რომელიც ხორციელდება სადაზღვევო ორგანიზაციასა და კონკრეტულ სამედიცინო ორგანიზაციას შორის. აღნიშნული ტენდენცია ნიშნავს საერთო სატარიფო ურთიერთობებიდან კონკრეტულ სამედიცინო ორგანიზაციასთან ფასების შეთანხმების სისტემაზე გადასვლას. ანუ, საფუძვლები ეყრება სამედიცინო ორგანიზაციების ფასისმიერ კონკურენციას.

ზოგ ქვეყნებში შემსყიდველის მიერ სადაზღვევო ორგანიზაციების შერჩევის გარკვეული გამოცდილება დაგროვდა. მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში რეფორმების პირველ ეტაპზე მსხვილი ქალაქების ზოგიერთი საავადმყოფო (უპირველეს ყოვლისა ლონდონში და მანჩესტერში) სამედიცინო მომსახურების მოცულობის საკმარისი რაოდენობით დაკვეთების გარეშე დარჩა. კონკურენტული მოდელი, რომელიც ხორციელდება შესყიდვის სტრატეგიული გეგმის საფუძველზე, ხელს უწყობდა საავადმყოფოების რაციონალური ქსელის ჩამოყალიბებას (მაგალითად, საავადმყოფოების შერწყმას, მაღალტექნოლოგიური სამედიცინო მომსახურების კონცენტრაციას მსხვილ ცენტრებში), მაგრამ ამასთანავე განაპირობებდა საავადმყოფოების გაკოტრებას.

ასეთი საავადმყოფოების მხარდასაჭერად სახელმწიფო გარკვეული სახის პასუხისმგებლობას ინარჩუნებდა, ამიტომ არასაჭირო საავადმყოფოების დახურვამდე, როგორც წესი არ წასულა საქმე ბრიტანული რეფორმების ყველაზე რადიკალურ პერიოდშიც კი. როგორც ბრიტანელი ექსპერტები აღნიშნავენ, როდესაც კონკურენციის პოტენციური შედეგი ლონდონის ცენტრალურ უბნებში ქაოსის შექმნით საფრთხეს ქმნიდა, სახელმწიფო ცდილობდა საბაზრო მექანიზმების შესაზღვრავად გარკვეული ზომების გატარებას. ამასთან, ლონდონში არსებობდა საავადმყოფოებს შორის ყველაზე მწვავე კონკურენციის შესაძლებლობები (Duran et al., 2005)⁵.

გარკვეული გამოცდილება დაგროვდა აღმოსავლეთ ევროპის რიგ ქვეყნებში. მაგალითად, ჩეხეთში 1997 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის გენერალურმა ფონდმა, რომელშიც დაზღვეული იყო ქვეყნის მოსახლეობის 75 %, უარი თქვა 176 ახალ სამედიცინო დაწესებულებებთან

ხელშეკრულების გაფორმებაზე და მოახდინა მოქმედ ორგანიზაციებთან 130 ხელშეკრულების ანულირება. აღნიშნული ზომები გატარებულ იქნა სახელმწიფო პოლიტიკის საფუძველზე, რომელიც სამედიცინო ორგანიზაციების ჭარბი სიმძლავრეების შემცირებისკენ იყო მიმართული (Busse et.al., 2001)⁸.

მიუხედავად კონკურენტული მოდელის ასეთი მნიშვნელობისა, უნდა აღინიშნოს, რომ ევროპის ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებში სელექტიური სახელშეკრულებო ურთიერთობების როლი ჯერ კიდევ უმნიშვნელოა.

2003 წელს ჯანმოს ევროპის ობსერვატორიამ განახორციელა ცალკეული ევროპის ქვეყნების ექსპერტების გამოკითხვა სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის სისტემის ფუნქციონირების ზოგიერთ ასპექტებთან დაკავშირებით. ერთ-ერთ კითხვას წარმოადგენდა – სამედიცინო მომსახურების შესყიდვაზე სამედიცინო ორგანიზაციებს შორის კონკურენციის არსებობა ან არარსებობა. მიღებული ინფორმაციის ანალიზის საფუძველზე გაკეთდა დასკვნები⁹:

< დასავლეთ ევროპის ქვეყნების სავალდებულო დაზღვევის სისტემებში (ავსტრია, ბელგია, შვეიცარია, გერმანია, საფრანგეთი) მხოლოდ გერმანიაში იქნა დაფიქსირებული “უმნიშვნელო” კონკურენცია, სხვა ქვეყნებში იგი არარსებობს;

< დასავლეთ ევროპის ქვეყნების ბიუჯეტური დაფინანსების სისტემებში (დანია, ფინეთი, იტალია, ნორვეგია, ესპანეთი, შვეცია) მხოლოდ დანიაში შეინიშნება სამედიცინო ორგანიზაციებს შორის საგრძნობი კონკურენცია (ისიც დამატებითი მომსახურების სექტორში), სხვა ქვეყნებში იგი არ შეინიშნება;

< ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნების სავალდებულო დაზღვევის სისტემებში (ჩეხეთი, რუმინეთი, ხორვატია, სლოვენია, უნგრეთი, პოლონეთი, რუსეთი, ბალტიის ქვეყნები), მხოლოდ ჩეხეთში და სლოვენიაში შეინიშნება “შეზღუდული” კონკურენცია, რუმინეთში – ამბულატორიული მომსახურების სექტორში.

სელექტიური ხელშეკრულებების შეზღუდული როლის მიზეზები სხვადასხვაა. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება სამედიცინო მომსახურების ფიზიკური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაზე სახელმწიფოს პასუხისმგებლობას. ხელმისაწვდომობის მთავარ მაჩვენებელს წარმოადგენს საავადმყოფოს და საექიმო პრაქტიკების სიახლოვე მოსახლეობასთან. როდესაც საავადმყოფოების ქსელი უკვე ფორმირებულია, რომელიმე ორგანიზაციისათვის მისი მსხვერპლად გაწირვა გარკვეულ სირთულეს წარმოადგენს. ხელშეკრულებაზე უარის თქმა ან სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის მოცულობის შემცირება, ჩვეულებრივ, მოსახლეობის და ექიმთა საზოგადოების ძლიერ წინააღმდეგობას აწყდება⁶.

გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება მომხმარებელთა უპირატესობების სიმყარეს. ადამიანები ეჩვენებენ თავიანთ ექიმებს და სურთ მათი შეცვლა. ექიმის რეპუტაცია, მისი ნდობა, ექიმთან კონტაქტის დაკარგვის არასასურველობა ზღუდავენ საბაზრო მექანიზმების მოქმედებას. სოციოლოგიური გამოკითხვების მონაცემები გვიჩვენებენ, რომ ა.შ.შ-ის მოსახლეობის 70 % და ქრონიკული ავადმყოფების 75 % უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში რეგულარულად მკურნალობდა ერთ ექიმთან, ხოლო 15% - ერთ სამედიცინო ორგანიზაციასთან და მხოლოდ 15% არ ქონდა რეგულარული მიმართვები ერთი და იგივე ექიმთან (Smith, 2005)⁹.

სამომხმარებლო უპირატესობების სიმყარე ნეგატიურ გავლენას ახდენს სადაზღვევო ორგანიზაციის მცდელობაზე, გამორიცხონ არაეფექტური სამედიცინო ორგანიზაციები. გერმანიაში, ნიდერლანდებში, შვეიცარიაში, ჩეხეთში ცნობილია დაზღვეულთა მიერ სადაზღვევო ორგანიზაციების მიმართ ორგანიზებული ბოიკოტების შემთხვევები, სადაზღვევო ორგანიზაციების სელექტიური სახელშეკრულებო პოლიტიკის საპასუხოდ (Duran et al., 2005)⁵.

რამდენად პარადოქსურად უნდა გვეჩვენოს, სწორედ სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის კონკურენტულ სისტემაში განსაკუთრებით რთულია სამედიცინო ორგანიზაციებთან

სახელშეკრულებო ურთიერთობაზე უარის თქმა⁶. იგი განპირობებულია შემდეგი გარემოებებით: უპირველეს ყოვლისა, დაზღვეულთა გარკვეული რაოდენობის შესაძლო დაკარგვის გამო, აგრეთვე სადაზღვევო ორგანიზაციასა და მსხვილ სამედიცინო ორგანიზაციებს (განსაკუთრებით საავადმყოფოებთან) შორის წლების მანძილზე ჩამოყალიბებული არახელსაყრელი ურთიერთობების გამო⁶. სარგებლობენ რა სადაზღვევო ორგანიზაციების დაქსაქსულობით, ხშირ შემთხვევებში მსხვილი საავადმყოფოები სადაზღვევო ორგანიზაციებს თავს ახვევენ თავიანთ პირობებს. ასეთ სიტუაციაში შერჩევის ვექტორი გადაიხრება საწინაარმდეგო მხარეს: ირჩევენ არა დაზღვევი, არამედ სამედიცინო ორგანიზაცია.

აღნიშნულ ნეგატიურ მხარეებთან ბრძოლა, საკმაოდ რთულია, ამიტომ სელექტიური სახელშეკრულებო ურთიერთობები არ წარმოადგენენ სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის მთავარ მექანიზმს. შესაძლოა მომავალში კიდევ უფრო გაიზარდოს სელექტიური სახელშეკრულებო ურთიერთობების როლი, მაგრამ ამისათვის საჭიროა სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სისტემის კონკურენტული გარემოს გაუმჯობესება – მსხვილი საქალაქო პოლიკლინიკების კონკურენტულ საექიმო პრაქტიკებად რეორგანიზაცია, საავადმყოფოების ზომასზე მეტად გამსხვილებასზე უარის თქმა, ჯანდაცვის კერძო სექტორის განვითარება და ა. შ.⁶

აღნიშნული ღონისძიებების განხორციელება გარკვეულ დროს მოითხოვს, ამიტომ მნიშვნელობა ენიჭება სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაციის ისეთ შედარებით არასაბაზრო რეგულატორების პოტენციალს, როგორცაა: სამედიცინო მომსახურების მოცულობების დაგეგმვა და შეთანხმება, სამედიცინო ორგანიზაციების ქსელის რაციონალური სტრუქტურის გეგმიურ ფორმირება, რესურსების ეფექტური გამოყენების სტიმულირება და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლება⁶.

23.7. სახელშეკრულებო ურთიერთობების როლი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებაში

უკანასკნელ ათწლეულში ევროპის ბევრ ქვეყნებში ხორციელდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლების ნაციონალური პროგრამები, რომლებიც მოიცავენ ისეთ ღონისძიებებს, როგორცაა კლინიკური პროტოკოლების შემუშავება, საავადმყოფოების და საექიმო პრაქტიკების აკრედიტაციის ჩატარება, ექიმების ატესტაცია და ა. შ. სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის სისტემა ახდენს ამ ღონისძიებების კონკრეტულ სამედიცინო ორგანიზაციამდე დაყვანას სახელშეკრულებო ურთიერთობების მექანიზმების მეშვეობით.

1980-იანი წლებში ბევრ ქვეყნებში (ა.შ.შ. დიდი ბრიტანეთი, შვეცია) განხორციელდა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე სახელშეკრულებო მოთხოვნების გაზრდის პირველი მცდელობები. მაგრამ მაშინ თვლიდნენ, რომ ძნელია ხარისხის მართვა, მითუმეტეს სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებისას ხარისხის გათვალისწინება. საექიმო საზოგადოება მომსახურების სტანდარტიზაციის, ხარისხის გარეგანი შეფასების სისტემის წინააღმდეგი იყო. ითვლებოდა, რომ ეს წარმოადგენს ექიმების შიდა საქმეს⁶.

1990-იან წლებში დასავლეთ ქვეყნებმა დაძლიეს ეს წარმოდგენები. გააქტიურდა მუშაობა სამედიცინო მომსახურების სტანდარტების ფორმირებაზე, რომლებიც ეფუძნებიან მტკიცებით მედიცინას, გაიზარდა მისი გამოყენების სფერო. სამედიცინო მომსახურების მყიდველები მომსახურების ხარისხის გასაზომად აგროვებენ უფრო მეტ ინფორმაციას (Roland, 2005)¹⁰.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის, მისი უზრუნველყოფის სისტემების, მონიტორინგის პროცედურების მაჩვენებლების და შეფასების მაჩვენებლები უფრო დეტალურად აისახება

ხელშეკრულებებში. ხარისხის მიზნობრივი მაჩვენებლების შეუსრულებლობისას ხელშეკრულებებით დგინდება ფინანსური სანქციები, ან ბონუსები ამ მაჩვენებლების შესრულებისას. ხდება ინტეგრირებული ხასიათის დაფინანსების სისტემების ფორმირება – არამართო რაოდენობაზე, არამედ შესრულებული სამუშაოს ხარისხზე, ანუ სამედიცინო ორგანიზაციების მუშაობის ინტეგრირებულ მაჩვენებლებზე (integrated performance-related payment)⁶.

სახელშეკრულებო ურთიერთობების მეშვეობით სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სტიმულირების სისტემა მოიცავს ცალკეულ ელემენტებს, რომელთა ნაკრები სულ უფრო უნიფიცირებული ხდება. ჯანმოს ექსპერტები სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის სისტემატიზაციას ახდენენ შემდეგი სახით (Velasco-Garrido et al., 2005)¹¹:

ხელშეკრულების შეთანხმების ეტაპზე დგინდება⁶:

< ხარისხზე მოთხოვნები,

< სამედიცინო ორგანიზაციების პასუხისმგებლობა ხარისხზე ინფორმაციის შესაგროვებლად;

< სამედიცინო ორგანიზაციის ანგარიშგების ფორმები;

ხელშეკრულებებით განსაზღვრული ქმედებების რეალიზაციის მონიტორინგის ეტაპზე სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველი:

< დებულობს სამედიცინო ორგანიზაციის ანგარიშებს, ამოწმებს მის ვალიდურობას;

< დაბალი ხარისხის შემთხვევების გამოვლენისას ახორციელებს გარკვეული სახის ქმედებებს;

< განიხილავს პაციენტების საჩივრებს;

< ახორციელებს პაციენტების გამოკითხვას სამედიცინო მომსახურების ხარისხით მათი დაკმაყოფილების შესახებ.

ხელშეკრულებებით განსაზღვრული ქმედებების შეფასებისას სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველი:

< ახორციელებს თითოეული სამედიცინო ორგანიზაციის მოქმედების შედეგების ანალიზს;

< სამედიცინო ორგანიზაციასთან ახორციელებს სამედიცინო ხარისხის მოთხოვნებზე შეთანხმებას;

< განსაზღვრავს ახალი ხელშეკრულების პირობებს.

ამ სისტემაში “შესვლისას” მოქმედებს ხარისხის უზრუნველყოფის განსაზღვრული პირობები. მათ შორის მთავარს წარმოადგენს – ემპირიულად დამტკიცებული უკეთესი კლინიკური პრაქტიკის ინფორმაცია, რომელიც მოიცავს კლინიკურ და ეკონომიკურ მაჩვენებლებს. ამ ინფორმაციაზე დაფუძნებული კლინიკური პროტოკოლები და სახელმძღვანელოები რეკომენდაციას უწევენ ხარჯთ-ეფექტურ სამედიცინო ჩარევებს.

ასეთი ინფორმაციის უზრუნველსაყოფად, დასავლეთ ევროპის ზოგ ქვეყნებში დაფუძნებულ იქნა სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მსხვილი საერთონაციონალური სამეცნიერო ცენტრები. მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში – საუკეთესო კლინიკური პრაქტიკის ნაციონალური ინსტიტუტი, გერმანიაში - სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ფედერალური ინსტიტუტი.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაზრდის ნაციონალური პროგრამები ზოგ ქვეყნებში წარმოადგენენ სამედიცინო ორგანიზაციების ასოციაციებთან კოლექტიური ხელშეკრულების საფუძველს. ხელშეკრულებაში დაკონკრეტებულია პროგრამის მოთხოვნები და მისი რეალიზაციის მექანიზმები. ასეთი პროგრამის და ხელშეკრულების მაგალითს წარმოადგენს – დიდ ბრიტანეთში ზოგადი პრაქტიკის ექიმების 2004 წლის აპრილში დადებული კოლექტიური კონტრაქტი. ეს კონტრაქტი ეფუძნება ხარისხის და შედეგების სისტემას (Quality and Outcomes Framework). ჯანდაცვის სამინისტრო საექიმო და საექსპერტო საზოგადოებასთან ერთად თითქმის წლინახევრის განმავლობაში განიხილავდა ამ სისტემის კონკრეტულ მაჩვენებლებს. საბოლოოდ მიაღწიეს

ურთიერთშეთანხმებას, ზოგადი საექიმო პრაქტიკის ხარისხის და შედეგების (225 მაჩვენებელი) მიხედვით დაფინანსების შესახებ (Roland, 2005)¹⁰.

ბევრ ქვეყნებში არ არსებობს ასეთი სახის ნაციონალური პროგრამები, რაც ზღუდავს სამედიცინო ორგანიზაციის მიმართ მოთხოვნების უნიფიცირების შესაძლებლობას. ზოგ ქვეყნებში მოქმედებს ხარისხის უზრუნველყოფის რეგიონული პროგრამები და სამედიცინო მომსახურების რეგიონული სტანდარტები (მაგ., სამედიცინო-ეკონომიკური სტანდარტები). უნიფიცირებული პროგრამების და სტანდარტების არარსებობისას კონტრაქტამდე პერიოდში შემსყიდველი ვალდებულია დამოუკიდებლად შეაგროვოს საჭირო ინფორმაცია. ცხადია, აღნიშნული ამცირებს სახელშეკრულებო ურთიერთობების მასტიმულირებელ პოტენციალს.

სამედიცინო ორგანიზაციებთან ხელშეკრულების დადებისას დამკვეთი ითვალისწინებს სამედიცინო ორგანიზაციის ლიცენზირების არსებულ სისტემას, მაგრამ შესაძლებელია დაადგინოს ლიცენზირებაზე უფრო მაღალი მოთხოვნები.

ხელშეკრულებით გათვალისწინებული მოთხოვნების ნაკრები სხვადასხვაგვარად კლასიფიცირდება. ყველაზე უფრო გავრცელებულია ისეთი კლასიფიკაცია, სადაც ხარისხი განიხილება როგორც რესურსების, პროცესისა შედეგების მახასიათებლების ერთობლიობა. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტები ამ მოთხოვნებს ყოფენ სამ ჯგუფად (Velasco-Garrido et al., 2005, p.222)¹¹:

ორგანიზაციულ-სტრუქტურული მოთხოვნები, მათ შორის:

- < სამედიცინო ორგანიზაციის პასუხისმგებლობა, განახორციელოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამა, რომელიც მიმართულია კონკრეტულ ამოცანაზე (სამედიცინო ტექნოლოგიების უსაფრთხოების, სამკურნალო პროცესის უწყვეტობის, მომსახურების ხემისაწვდომობის, მათი დროული მიწოდების უზრუნველყოფა);
- < ხარისხზე მონაცემების შეგროვება.

სამედიცინო მომსახურების მიწოდების პროცესზე მოთხოვნები:

- < სტანდარტების სავალდებულო შესრულება;
- < გარკვეული სამედიცინო ტექნოლოგიების გავრცელების მიზნობრივი მაჩვენებლები (მაგალითად, გარკვეული დაავადებებით პაციენტების წილი, რომლებიც მკურნალობენ არაინვაზიური ტექნოლოგიების გამოყენებით);
- < სამედიცინო მომსახურების მინიმალური მოცულობები, რომლითაც შესაძლებელია გარკვეული სახის სამედიცინო მომსახურების ჩატარება (მაგალითად, კარდიოქირურგიული ოპერაციების ჩატარება შესაძლებელია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც სამედიცინო ორგანიზაცია თვეში განსაზღვრული რაოდენობის ოპერაციებს განახორციელებს).

3. სამედიცინო მომსახურების მიწოდების შედეგებზე მოთხოვნები:

- < გარკვეულ დაავადებების მკურნალობის მიზნობრივი მაჩვენებლები (განსაზღვრული შედეგებით პაციენტების წილი);
- < პაციენტების დაკმაყოფილების მიზნობრივი მაჩვენებლები.

ხარისხის სტიმულირების სახელშეკრულებო ურთიერთობების სისტემები მკვეთრად განსხვავდება ქვეყნების მიხედვით. მაგალითად, გერმანიაში ჰოსპიტალურ სექტორში მოქმედებს სახელშეკრულებო ურთიერთობების მკაცრი წესები, რომელსაც ადგენს გერმანიის სოციალური კოდექსი. სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაზე ხელშეკრულებები დგინდება მხოლოდ საავადმყოფოებთან, რომლებიც ვალდებული არიან მონაწილეობა მიიღონ ხარისხის უზრუნველყოფის პროგრამებში.

სოციალური კოდექსით ხელშეკრულებაში აუცილებლად უნდა შევიდეს სამედიცინო

მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფაზე საავადმყოფოს ვალდებულებები. საავადმყოფოები ვალდებული არიან აწარმოონ ხარისხის მაჩვენებლებთან დაკავშირებული ყველა საჭირო დოკუმენტაცია. გარდა ამისა, ფედერალური კანონმდებლობით დადგენილია სამედიცინო მომსახურების იმ სახეთა ჩამონათვალი, რომელთა მკურნალობის შედეგების შესახებ ანგარიშები საავადმყოფომ საავადმყოფოს სალაროს უნდა წარუდგინოს.

23.8. შესყიდვის ორგანიზაცია

ევროპის სხვადასხვა ქვეყნებში შესყიდვის ორგანიზაცია მრავალფეროვნებით ხასიათდება. ქვეყნები განსხვავდებიან შემსყიდველი ორგანიზაციების სახეების მიხედვით (მაგალითად, ცენტრალური მთავრობა, რეგიონალური მთავრობა, მუნიციპალიტეტები, ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდები), ამ ორგანიზაციების რაოდენობის მიხედვით (ბაზრის კონცენტრაცია) და იმ გზების მიხედვით, რომელთა მეშვეობითაც ისინი ურთიერთქმედებენ ერთმანეთთან (მაგ., შემსყიდველებს შორის კონკურენციის არსებობა). ისინი ასევე განსხვავდებიან დაფინანსების წყაროების (მაგალითად, სოციალური დაზღვევის და საერთო გადასახადების სისტემები) და იურისდიქციის (მაგალითად, გეოგრაფიული, დასაქმების, რელიგიური კუთვნილების) მიხედვით⁴. ასეთი მრავალფეროვნება განპირობებულია სოციალური, ეკონომიკური, კულტურული და ისტორიული ფაქტორებით.

ამ მრავალფეროვნებაში განსაკუთრებული ინტერესის საგანს წარმოადგენს ორი მიმართულება: *ვერტიკალური და ჰორიზონტალური ორგანიზაციები*, რომლებიც სერიოზულ გავლენას ახდენენ შემსყიდველის ქცევაზე⁴.

ვერტიკალურ მიმართულებაში, მთავარ საკითხს წარმოადგენს ნაციონალურ-ადგილობრივი ურთიერთობა და განსაკუთრებით, ავტონომიის დონე რომელიც გააჩნია ადგილობრივ მმართველებს და გადაწყვეტილების მიმღებ პირებს. ჰორიზონტალურ მიმართულებაში მთავარ ფაქტორებს წარმოადგენენ შემსყიდველი ორგანიზაციების რიცხვი, მათი საბაზრო წილები და კონკურენციის გავრცელება სხვადასხვა შემსყიდველებს შორის.

23.8.1. ვერტიკალური ორგანიზაცია

შემსყიდველ ფუნქციებს შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს *მაკრო* (ცენტრალურ), *მესო* (რეგიონალური) და *მიკრო* (ადგილობრივ) დონეზე, მაგრამ აღნიშნული დონეები არ წარმოადგენენ გარდაუვალ (შეუცვლელ) კატეგორიებს⁴. ხშირად მათ გარკვეულ ქვეყნებში ერთ დონეზე მეტი ელემენტები გააჩნიათ. სამედიცინო მომსახურების მეორადი და მესამეული დონეები პირველადი დონისაგან განსხვავებით შეიძლება შესყიდულ იქნას უფრო საერთო დონეზე. მრავალ ქვეყანაში, მომსახურება რომელიც მოითხოვს მოწინავე ტექნოლოგიებს, ხშირად შესყიდვა ცენტრალიზებულად ხორციელდება⁴.

აქვე აღსანიშნავია, რომ სამ-მხრივი კატეგორიზაცია (*მაკრო*, *მესო*, *მიკრო*) იძლევა შესყიდვის ქცევის ზოგიერთი ფართო მახასიათებლის დადგენის საშუალებას⁴. კერძოდ, როდესაც ცენტრალური მთავრობა ან მისი სააგენტოები პასუხისმგებელი არიან ჯანმრთელობის დაზღვევის ცენტრალური ფონდის წინაშე (მაკრო დონე) ხშირად ადგილობრივ ორგანიზაციებს მცირე ავტონომია აქვთ. ასეთს წარმოადგენენ ფონდების რეგიონალური ფილიალები. მიუხედავად ამისა, შესაძლებელია სახელშეკრულებო და ანაზღაურების ადმინისტრირების დეცენტრალიზაცია (მაგ., უნგრეთში). მესო და მიკრო დონეებზე, ავტონომია უფრო ფართოა,

მაგრამ შესაძლოა გარკვეული განსხვავებები შეინიშნებოდეს ნაციონალური მოწყობის მიხედვით⁴. ამასთან გასათვალისწინებელია ქვეყნის სიდიდე.

მაკრო დონის შესყიდვები

შესყიდვის ცენტრალიზებული მაკრო-დონის კარგ მაგალითს წარმოადგენს უნგრეთი და ლიტვა, სადაც მხოლოდ ერთი ჯანმრთელობის სადაზღვევო ფონდი არსებობს. მიუხედავად იმისა, რომ ამ ფონდებს გააჩნიათ რეგიონალური ოფისების ქსელი, შესყიდვის საკითხებთან დაკავშირებით ისინი ძალიან შეზღუდული არიან. მეორეს მხრივ, ზოგიერთი ქვეყანა ცდილობდა მოეხდინა სისტემის დეცენტრალიზაცია, მაგრამ წარუმატებლობის გამო ისევ ძველ სისტემას დაუბრუნდა (მაგ., ესტონეთი)⁴.

მესო (რეგიონული) დონის შესყიდვები

ბევრ ევროპულ ქვეყნებში შესყიდვებზე პასუხისმგებლობა რეგიონულ ორგანიზაციებს (რეგიონალური მთავრობები ან ჯანმრთელობის რეგიონალური ფილიალები) აკისრიათ. რეგიონული დონე არ წარმოადგენს აუცილებლად ტერიტორიალურს. იგი შეიძლება მოიცავდეს დასაქმებაზე დაფუძნებულ ჯანმრთელობის ფონდებს დაზღვეულთა იგივე რაოდენობით. არსებითად, მცნება „რეგიონული“ გამოიყენება იმ შემთხვევებში, როდესაც შესყიდვის უფლება მინიჭებულია იმ ორგანიზაციებისათვის, რომლებიც ემსახურება 100000-დან 500000-მდე მოსახლეობას⁴. ტიპურად, ასეთი ორგანიზაციები საერთო სტრუქტურაში არიან წარმოდგენილნი, სადაც გარკვეული ფუნქციები მაკრო დონეზეა განთავსებული (მაგალითად, შემოსავლის მიღება), ხოლო სხვა ფუნქციები მიკრო დონეზე (მაგალითად, მომსახურების უზრუნველყოფა), მაგრამ რეგიონულ დონეს ჩვეულებრივ, ძირითადი შესყიდვის გადაწყვეტილებების მიღების უფლება გააჩნია⁴.

რეგიონული დონეზე შემსყიდველი ქვეყნები შეიძლება დაიყოს სამ ძირითად კატეგორიად. **რეგიონული შესყიდვების პირველ კატეგორიას** წარმოადგენენ ქვეყნები, რომლებსაც გააჩნიათ მომსახურების დაფინანსებისა და მიწოდების ეროვნული ჯანმრთელობის სამსახური (მაგ., იტალია და ესპანეთი), სადაც მთავრობის მიერ შეგროვილი გადასახადები რეგიონალურ ორგანიზაციებს გადაეცემათ, რომელთაც აქვთ მთავარი შემსყიდველის ვალდებულებები⁴. აღსანიშნავია, რომ ესპანეთშიც და იტალიაშიც რეგიონალური შესყიდვის ფუნქციის მასშტაბი ქვეყნის შიგნით განსხვავებულს წარმოადგენს. ასე მაგალითად, ისეთმა რეგიონებმა, როგორიცაა ლომბარდია (იტალია) და კატალონია (ესპანეთი) განაუთარეს საკმაოდ ძლიერი სტრატეგიული შესყიდვის მიდგომები, მაშინ როდესაც სხვა რეგიონებს (მაგ., ვენეტოს რეგიონი იტალიაში) ნაკლებად განსხვავებული შესყიდვის სისტემები გააჩნიათ⁴.

რეგიონული შესყიდვების მეორე კატეგორიას ასევე მოიცავს ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ქვეყნები (ავსტრია, ბელგია, საფრანგეთი, გერმანია და ნიდერლანდები)⁴.

რეგიონული შესყიდვების მესამე კატეგორიას მოიცავენ აღმოსავლეთ ევროპის და დსთ-ს ქვეყნები, რომლებიც 1990-იან წლებში ცენტრალიზებულად დაგეგმარების სისტემიდან გადავიდნენ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემაზე (რუსეთი, ჩეხეთი, ლატვია, სლოვაკეთი)⁴. მიუხედავად იმისა, რომ ეს ქვეყნები დასავლეთ ევროპული სტილის სოციალური დაზღვევის სისტემებზე გადავიდნენ, მათი ისტორია და გადასვლის სტატუსი ნიშნავს რომ ისინი სხვადასხვა ეკონომიკურ, სოციალურ და პოლიტიკურ პირობებში არიან, რაც გარდაუვლად ახდენს გავლენას მათ საქმიანობაზე. ამ მიზეზების გამო, ისინი განისაზღვრება როგორც მესამე და ცალკე მდგომი კატეგორია⁴.

მიკრო დონის შესყიდვები

„მიკრო დონის შესყიდვა“ ნიშნავს გადაწყვეტილებების ადგილობრივ დონეზე მიღებას. შესყიდვის ბიუჯეტები გადაეცემა ადგილობრივ ორგანიზაციებს (მთლიანად ან ნაწილობრივ). ამ ორგანიზაციებს შესყიდვის განხორციელების განსხვავებული დონეები გააჩნიათ. სკანდინავიის ქვეყნებში ადგილობრივი მთავრობის გადაწყვეტილებებს შედარებით დიდი როლი ეკისრებათ.

მიკრო-დონეზე შესყიდვების მაგალითს წარმოადგენს ბოლო წლებში ჩამოყალიბებული სამედიცინო მომსახურების პირველ დონეზე დაფუძნებული შესყიდვები. ამ მოდელის მიხედვით, პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციები აკონტროლებენ ბიუჯეტს, და პასუხისმგებელი არიან შეისყიდონ სამედიცინო მომსახურების მეორე დონის სერვისები. ეს მოდელი ყველაზე მეტად განვითარებულია ინგლისში, თუმცა, მისი გამოყენების მდიდარი გამოცდილება უკვე შეიძინეს ესპანეთმა, ესტონეთმა და რუსეთის ფედერაციამ⁴.

ანალოგიური, ადგილობრივ დონეზე გადაწყვეტილების მიღების უფლებამოსილებანი გააჩნიათ ადგილობრივ საბჭოებსა და მუნიციპალიტეტებს ნორვეგიაში, შვედეთსა და დანიაში, მიუხედავად იმისა, რომ შესყიდვების არეალი აქ მნიშვნელოვნად ცვალებადობს⁴.

შვედეთი ერთ-ერთი პირველი ქვეყანა იყო ევროპაში, რომელმაც ჯანდაცვის მომსახურების შესყიდვები შემოიღო და შემდგომ მრავალი რეფორმა განხორციელა სხვადასხვა მოდელებით. ეს მოდელები მოიცავენ შესყიდვებს მუნიციპალურ და საგრაფოების დონეებზე, აგრეთვე პირველადი ჯანდაცვის დონეზე. ამ თვალსაზრისით, ქ. სტოკჰოლმი ბაზარზე-დაფუძნებულ რეფორმებთან ასოცირდება. ამჟამად, შესყიდვების მოდელი მოქმედებს 21 საგრაფოში, სადაც ერთმანეთისაგან მკვეთრად გამიჯნული შემსყიდველებისა და პროვაიდერების ფუნქციები⁴.

შვედეთში, პირველად დახმარებაზე დაფუძნებული შესყიდვების რამდენიმე ვარიანტი განიხილებოდა, მაგრამ ფაქტიურად, არც ერთი მათგანი არ ყოფილა მიღებული. ეს მდგომარეობა იმის გამო წარმოიშვა, რომ 1990-იან წლებში შვედეთის სხვადასხვა საგრაფოებში შემსყიდველ-პროვაიდერის გამიჯვნის სხვადასხვა დამხმარე სქემები იყო გამოყენებული. სტოკჰოლმის საგრაფოს საბჭოს მიერ პირველადი პროექტი შემოთავაზებული იყო მხოლოდ ერთი რაიონის – ლიდინგოსათვის⁴. მაგრამ, GP-ები ითვალისწინებდნენ პირად ფინანსურ რისკს, რომელთა წინაშეც ისინი შეიძლება აღმოჩნნილიყვნენ, და არ დაუჭირეს მხარი ამ წინადადებას. აღნიშნულის გამო, პროექტი ვერ განხორციელდა. შვედეთში, ერთადერთ მაგალითს პირველადი დახმარების ექიმების მონაწილეობისა აქტიურ შესყიდვებში, წარმოადგენს ჩრდილოეთ დალექარლიაში მდებარე მორას რაიონული საავადმყოფო, სადაც ექიმები საქსპერტო დახმარებებს სწევდნენ ამ პროცესში, მაგრამ თავად არ იყვნენ უშუალოდ ჩართულნი შესყიდვებში⁴.

ნორვეგიაში, პირველადი ჯანდაცვის (მაგრამ არა მეორადი მომსახურების) შემსყიდველია 435 მუნიციპალიტეტი. აღნიშნულის მსგავსად, დანიაში, პირველადი ჯანდაცვის და ამბულატორიული მომსახურების (მაგრამ არა სტაციონარულის), შემსყიდველია 14 საგრაფო⁴.

ფინეთში შემსყიდველის პასუხისმგებლობა ეკისრება 448 მუნიციპალურ საბჭოს, რომელთაგან თითოეული, საშუალოდ 11000 ადამიანს მოიცავს (ფაქტიურად, თითოეული მათგანი „ფარავს“ 1000-ზე ნაკლებიდან 50000-მდე ადამიანს)⁴. თითოეული ასეთი საბჭო ადგილობრივი მაცხოვრებლების მიერ 4-წლიანი ვადით ირჩევა. საბჭოში იქმნება აღმასრულებელი ორგანო, რომელიც ანგარიშვალდებულია საბჭოს წინაშე. საბჭო ნიშნავს აგრეთვე წევრებს სხვადასხვა მუნიციპალურ კომიტეტებში (მაგ.: ჯანდაცვის, განთლებისა და სოციალურ კომიტეტებში). მუნიციპალური საბჭო, მინიციპალური აღმასრულებელი ორგანო და კომიტეტები პოლიტიკურად ანგარიშვალდებულნი არიან ელექტორატის წინაშე. მიუხედავად იმისა, რომ ფინეთში მოქმედი სისტემა უკვე დიდი ხანია რაც ადგილობრივ (მუნიციპალურ) პასუხისმგებლობაზე დაფუძნებული, 1993 წელს ამოქმედდა კანონი სამთავრობო სუბსიდირების

რეფორმირების შესახებ, რის შედეგადაც, მუნიციპალიტეტები, ფაქტიურად, ჯანდაცვის სერვისების შემსყიდველები გახდნენ. ამან კი, თავის მხრივ, გამოიწვია პროსპექტული, საჭიროებებზე გათვლილი საბიუჯეტო დაფინანსების შემოღება, ნაცვლად აქტიურობებზე დაფუძნებული, რეტროსპექტრული ანაზღაურებისა. რეფორმების საფუძველზე, მუნიციპალიტეტებს მიენიჭათ მეორადი და მესამე დონის ჯანდაცვის სერვისების შესყიდვის უფლებამოსილება⁴.

ინგლისში უკანასკნელ წლებში მთელი რიგი რეფორმები განხორციელდა პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებების შესყიდვის თვალსაზრისით, რამაც ადგილობრივი დონეზე პირველადი ჯანდაცვის ორგანიზაციების პასუხისმგებლობის შესუსტება გამოიწვია. ამის მიუხედავად, პირველადი ჯანდაცვის შესყიდვებზე აქცენტირება ინგლისში უფრო მაღალი დონისაა, ვიდრე ევროპის რომელიმე სხვა ქვეყანაში. რეფორმის პროცესი 1991 წელს დაიწყო, როდესაც ერთმანეთისაგან გაიმიჯნა შემსყიდველისა და პროვაიდერის ფუნქციები. ამ პროცესის ერთ-ერთ ნაწილს წარმოადგენდა პირველადი ჯანდაცვის შერჩეულ პრაქტიკებზე ფონდების გამოყოფა სტაციონარული მომსახურებების შესასყიდად. 1998 წლამდე უკვე მოქმედებდა 3500 ასეთი GP ფონდპოლიტიკური პრაქტიკები, რომლებმაც მოსახლეობის 60% მოიცვა⁴. 1997 წელს, ქვეყნის სათავეში მოსულმა ლეიბორისტულმა მთავრობამ გააუქმა ასეთი ფონდები და შექმნა პირველადი ჯანდაცვის ტრასტების ნაციონალური სისტემა. ამჟამად, პირველადი ჯანდაცვის ყველა ექიმი რომელიმე ასეთი ტრასტის წევრია. თითოეული ტრასტი კი დაახლოებით 170000 ადამიანს „ფარავს“. ამჟამად დაახლოებით 300 ტრასტს ძირითადი პასუხისმგებლობა ეკისრება პირველადი და სოციალური ჯანდაცვის განვითარებასა და მეორადი მომსახურების კონტროლზე⁴. 2004 წლის აპრილიდან დაწყებული, ამ ტრასტების საშემსყიდვლო ბიუჯეტი ქვეყნის მთლიანი ჯანდაცვის სისტემაზე გამოყოფილი ბიუჯეტის 75%-ს შეადგენდა.

ესტონეთშიც განხორციელდა შემსყიდველის და პროვაიდერის ფუნქციების გამიჯვნა. დაწყებული 1998 წლიდან, ოჯახის ექიმებზე გაერცვლდა ფონდპოლიტიკური მცირე ფორმები. 2002 წელს მათ მიიღეს „ვირტუალური“ ბიუჯეტი, რომელიც მთლიანი კაპიტალური ანაზღაურების 20%-საც კი ვერ აღწევდა⁴. მიუხედავად ამისა, იმ ფაქტის გამო, რომ მოსახლეობის 40% მეჩხერად დასახლებულ სასოფლო ადგილებში ცხოვრობს, და შესაბამისად GP-ების 80%-ზე მეტს მარტო უწევთ კონკრეტულ ადგილებში მომსახურებების გაწევა, გარკვეულწილად შეზღუდა ბიუჯეტის კლება⁴.

ესპანეთის ერთ-ერთ მხარეში - კატალონიაში, შემსყიდველ-პროვაიდერის ფუნქციები გაიმიჯნა 1990 წელს მიღებული „ჯანდაცვის ორგანიზაციის“ შესახებ კანონის საფუძველზე. ამ ცვლილებების შედეგად, პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლები 50000-დან 1000000-მდე ადამიანს ემსახურებოდნენ⁴. 1990 წლების შუა პერიოდში დაიწყო GP ფონდპოლიტიკების ენტიტატ დე ბასე ასოციაციის (EBA) ასოციაციებთან შერწყმა. EBA ჯგუფების ექიმები და მედლები ღებულობდნენ ხელფასების, სამედიცინო პუნქტების, დიაგნოსტიკური კვლევების და რეფერალ-სპეციალისტების დაფინანსებას ბიუჯეტიდან, მოსახლეობის განსაზღვრული რაოდენობისათვის. 2002 წლის დეკემბრის მდგომარეობით, უკვე მოქმედებდა 15 EBA ჯგუფი⁴.

რუსეთში პირველად ჯანდაცვაზე დაფუძნებული შესყიდვების მხრივ, გარკვეულ ექსპერიმენტებს ადგილი ჰქონდა 1987-1991 წლებში. სანკტ პეტერბურგში, კემეროვოსა და სამარაში პირველადი დანმარების პოლიკლინიკები გახდნენ ფონდების მფლობელები, იღებდნენ რა დაფინანსებას ბიუჯეტიდან. მათ ჰქონდათ შესაძლებლობა შეესყიდათ დიაგნოსტიკური გამოკვლევები, ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურებები თავიანთი პაციენტებისათვის. მაგალითად, სანკტ-პეტერბურგში, 6-მა ექიმმა შექმნა ჯგუფი, რომელიც 8000 პაციენტს მოიცავდა, ხოლო კემეროვოში ჯანდაცვის მომსახურების შემსყიდველებად მოგვევლინენ პოლიკლინიკები⁴. მაგრამ, ეკონომიკური მდგომარეობის გაუარესებით წარმოშობილი სირთულეების შედეგად, ამ სქემებმა მხოლოდ მცირედი დროით იარსება.

23.8.2. კორინთალური ორგანიზაცია

კორინთალური ორგანიზაცია მიანიშნებს ბაზრის იმ სტრუქტურის ხასიათზე, რომელშიც საქმიანობენ შემსყიდველები. პირობითი ეკონომიკური ანალიზი ერთმანეთისაგან განასხვავებს საბაზრო სტრუქტურების სხვადასხვა ფორმებს მათი კონცენტრაციის დონის მიხედვით. ეს შეიძლება იყოს მონოპოლიური (მაღალი კონცენტრაციის), ოლიგოპოლური და მონოპოლისტური (საშუალო კონცენტრაციის) და სრულყოფილად კონკურენციული (დაბალი კონცენტრაციის) ბაზრები. კონკურენციის ან მდგრადობის დონე, როგორც წესი, კონცენტრაციის კლებასთან ერთად მატულობს⁴.

მკვლევართა აზრით, შემსყიდველ ორგანიზაციებს შორის კონკურენცია არ არის მაღალი. მიუხედავად რიტორიკისა საბაზრო რეფორმების შესახებ, რამაც ბოლო წლებში დიდი დებატები გამოიწვია ევროპაში ჯანდაცვის პოლიტიკასთან დაკავშირებით, შემსყიდველის ფუნქცია მაინც ძლიერად არ არის გამოხატული კონკურენტულ გარემოში.

არა-კონკურენციული შემსყიდველები

შეიძლება ითქვას, რომ მაკროშემსყიდველების უმეტესობა მონოპოლურ სიტუაციაში იმყოფება. ჩვეულებრივ, შესყიდვებზე პასუხისმგებელია ცენტრალური სამთავრობო სააგენტო, რომელიც მკაცრად აკონტროლებს მასზე დაბლა მდგომ ორგანიზაციებს. შედეგად, სახელმწიფოს მიერ მონოპოლიზებულ სისტემაში კონკურენცია არ არსებობს. თეორიულად, კერძო მზღვეველებს შეუძლიათ კონკურენცია გაუწიონ სახელმწიფო მონოპოლიას შესყიდვებში, მაგრამ პრაქტიკულად, კერძო დაზღვევა ასეთ ქვეყნებში არ არის ძლიერ განვითარებული და ეფექტური კონკურენციისათვის საკმარისი სექტორი არ გააჩნია. მაკრო, არაკონკურენციული შესყიდვების სისტემის ყველაზე თვალსაჩინო მაგალითს წარმოადგენს ლიტვა. აქ მოქმედებს ერთადერთი ეროვნული ჯანდაცვის ფონდი, რომელსაც ათი რეგიონალური ფილიალი აქვს. მომხმარებელს არანაირი სხვა არჩევანი არ აქვს გარდა იმისა, რომ ისარგებლოს ერთადერთი არსებული ჯანდაცვის ფონდით. ამიტომ, კონკურენციაზე ლაპარაკიც კი ზედმეტია. კერძო მზღვეველები მხოლოდ იმ სერვისებს მოიცავენ, რომლებიც სახელმწიფო პროგრამებით არ არის გათვალისწინებული.

ქვეყნები, სადაც შესყიდვის პასუხისმგებლობები გადაცემულია რეგიონალურ მთავრობებზე (მაგალითად იტალია და ესპანეთი), შეიძლება მივიჩნიოთ რეგიონულ შემსყიდველებად, რომლებიც მოქმედებენ არაკონკურენციულ გარემოში. ამ შემთხვევაში შედარებით მეტი არჩევანია რეგიონების მიერ სერვისების გაწევაში. ამ თვალსაზრისით, ეროვნული ბაზარი ნაკლებად კონცენტრირებული და უფრო მრავალფეროვანია, ვიდრე მაკრო-შემსყიდველის, მონოპოლური ბაზრის შემთხვევაში. ამ დროს შესაძლოა არსებობდეს ერთგვარი კონკურენცია რეგიონებს შორის, მაგრამ, უმეტეს შემთხვევებში, რეგიონალურ დონეზე არანაირი კონკურენცია არ არსებობს, რადგან მოსახლეობა ერთადერთი შემსყიდველის მომსახურებით სარგებლობს. ამას **სივრცული მონოპოლია** ეწოდება⁴.

რეგიონალურ დონეზე შეიძლება არსებობდეს ერთგვარად შეზღუდული კონკურენცია, რადგან კერძო სექტორის როლი უფრო გამოკვეთილია, ვიდრე ზემოთ აღნიშნულ მაკრო-შემსყიდველ ქვეყნებში. მაგალითად, **ესპანეთში** მოსხლეობის დაახლოებით 10%-ს კერძო დაზღვევის რამდენიმე ფორმა აქვს, თუმცა, ეს ფორმები სახელმწიფო დაზღვევის დამატებად შეილება ჩაითვალოს⁴. **იტალიაში**, ჯანდაცვის ბაზარზე კერძო დაზღვევის შეღწევა უფრო მაღალი დონისაა. 1999 წელს კერძო დაზღვევამ ოჯახების დაახლოებით 30% მოიცვა⁴. ამის შედეგად, კერძო სადაზღვევო ორგანიზაციებმა მნიშვნელოვანი რესურსები მიიღეს სახელმწიფო დაზღვევის ალტერნატიული საშუალებების სახით.

ჩეხეთის რესპუბლიკა საინტერესო მაგალითს წარმოადგენს რეგიონალ დონეზე შემსყიდველთა კონკურენციის მხრივ. კომუნისტური ეპოქის დასრულების შემდეგ, ქვეყანაში შეიქმნა და მოქმედებს დამსაქმებელზე დაფუძნებული სადაზღვევო სქემა. ჩეხეთში ფუნქციონირებს ჯანდაცვის დაზღვევის ცხრა ფონდი. ფონდებს შორის კონკურენცია 1994 წლიდან დაიწყო, დამატებითი მომსახურებების შეთავაზების შემდეგ. მაგრამ, ეს პროცესი საკმაოდ რთულად მიმდინარეობდა, რადგან ბევრი დამზღვევი პრობლემებს განიცდიდა ჯანდაცვის მომსახურების იმ პაკეტების დაფინსებაში, რომლებსაც ისინი მოსახლეობას სთავაზობდნენ. ამის გამო, 1994 წელს დამატებითი მომსახურებების ანაზღაურება მნიშვნელოვნად შეიზღუდა, ხოლო 1997 წლიდან – საერთოდ გაუქმდა. მომხმარებლები, ფორმალურად, დღესაც თავისუფალნი არიან სადაზღვევო ფონდების შერჩევაში, და შეუძლიათ ყოველ წელს შეცვალონ ისინი, მაგრამ, რამდენადაც მომსახურებების დაფარვა და დაფინანსების დონე დიდად ცვალებადი არ არის, ფონდებს შორის კონკურენცია დაბალია⁴.

ევროპაში, მიკრო-დონეზე შესყიდვები, ჩვეულებრივ, არ ასოცირდება მოთხოვნაზე ორიენტირებულ კონკურენციასთან. შემსყიდველ ორგანიზაციებს შორის კონკურენცია დაზღვეულთა რაოდენობასთანაა დაკავშირებული. ამის მიზეზია ის, რომ მიკრო-შესყიდვები ძირითადად რეგიონალურ დონეებზე სრულდება და ამდენად, სივრცული ხასიათი აქვს. ეს ქება როგორც ადგილობრივ მთავრობებს, ისე მიკრო-შემსყიდველებს სკანდინავიის ქვეყნებში და პირველადი ჯანდაცვის სერვისების შემსყიდველებს ინგლისში.

სკანდინავიის ქვეყნებში, ჯანდაცვის სერვისებს ძირითადად უზრუნველყოფენ საგრაფოების საბჭოები და მუნიციპალიტეტები. ტერიტორიული ბაზრები საკმაოდ გამოყოფილია ერთმანეთისაგან და ადგილობრივ მთავრობებს ნაკლები ინიციატივები აქვთ, რომ სხვა ტერიტორიებიდან მოიზიდონ მომხმარებლები.

ინგლისში, კონკურენციას GP-ებს შორის ძირითადად 1992-1998 წლებში ჰქონდა ადგილი, რის შედეგად ბევრი ორგანიზაცია, რომლებიც არ იყვნენ ფონდპოლდინგები ასეთებად გარდაიქმნენ და სხვადასხვა სახის სერვისები შესთავაზეს თავიანთ კლიენტებს, რითაც მოსახლეობის დიდი ნაწილი მოიზიდეს. მაგრამ, მას შემდეგ, რაც ფონდპოლდინგები დიდმა პირველადი ჯანდაცვის სატრასტო ორგანიზაციებმა ჩაანაცვლეს, სივრცული მონოპოლია უფრო თვალსაჩინო გახდა.

კონკურენტული შემსყიდველები

მიუხედავად იმისა, რომ ევროპის ქვეყნებში მოქმედ ჯანდაცვის სისტემებში შემსყიდველებს შორის კონკურენცია, ზოგადად, არ არსებობს, მათში მაინც არის წარმოდგენილი კონკურენციისათვის დამახასიათებელი რიგი ელემენტები. ჯანდაცვის სისტემებში საბაზრო მექანიზმების შეტანა და მათი მართვის ორგანიზების მცდელობები სხვებზე მეტად იგრძნობა გერმანიაში, ნიდერლანდებსა და რუსეთის ფედერაციაში.

გერმანიაში კონკურენტული პოლიტიკა 1993 წლიდან მოქმედებს, როდესაც კანონმდებლობით შეიქმნა სადაზღვევო ფონდებს შორის კონკურენციის ზრდის საფუძველი და დაზღვეულებს მიეცათ სადაზღვევო კომპანიების თავისუფალი არჩევანის საშუალება. 1996 წელს მიღებული ახალი კანონმდებლობის შემდეგ, აღნიშნული მდგომარეობა კიდევ უფრო გამყარდა.

პრო-კონკურენტული პოლიტიკის ზრდა ნიშნავს, რომ გარემო, რომელშიც ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის კომპანიები საქმიანობენ, კერძო დაზღვევის სექტორთან უფრო მეტადაა დაახლოებული. ფონდებს შორის კონკურენცია, ძირითადად, სერვისების ფასებში აისახება.

სადაზღვევო შენატანების შესახებ ინფორმაცია მუდმივად ვრცელდება პრესის მეშვეობით. ამჟამად, შენატანების დონე შემოსავლის 11,5-14,9% ფარგლებში მერყეობს და თანაბრად განაწილებული დამსაქმებლებსა და დასაქმებულებს შორის⁴. ფონდებს შორის რისკების

გათანაბრების ფორმულამ ერთგვარად შეამცირა ფონდებს შორის კონკურენტული ურთიერთობები. უფრო მეტიც, სერვისების სახეობების და ხარისხის მიხედვით კონკურენცია უფრო მცირე დონისაა სერვისების ერთგვაროვნობის გამო, და ძირითადად კანონით რეგულირდება. ზემოაღნიშნულის მიუხედავად, ადამიანების დაინტერესება ასეთი ფონდებით, მაინც ზრდადი ხასიათისაა. ასე მაგალითად, 1997-1999 წლებში, რეგიონლური ფონდებში დაზღვეულთა რაოდენობა 1,2 მილიონ ადამიანს შეადგენდა, კერძო სადაზღვევო კომპანიებში კი დაზღვეულთა რაოდენობა 1,8 მილიონამდე გაიზარდა⁴.

ნიდერლანდებში გასული საუკუნის 80-იანი წლების შუა პერიოდამდე ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირება დირექტიულ (ზემოდან ქვემოთ) პოლიტიკას ატარებდა, ანუ ექიმების ხელფასები და სააგადმყოფოების ბიუჯეტები სახელმწიფოს მიერ რეგულირდებოდა. ეფექტიანობისა და ინოვაციური მიდგომებისადმი ნაკლები სტიმულების გამო ამ პრაქტიკას ბევრი მოწინააღმდეგე ჰყავდა¹².

1986 წელს დეკერის კომიტეტმა, რომელიც პოლანდიის მთავრობის მიერ იქნა ჩამოყალიბებული როგორც დამოუკიდებელი ჯგუფი, შეიმუშავა რეკომენდაცია ბაზარზე ორიენტირებული რეფორმის შესახებ, ჯანდაცვის ეროვნული დაზღვევის სისტემის კონტექსტში.

დეკერის მოხსენებაში (1987 წ) ჩამოყალიბებული რეკომენდაციები ითვალისწინებდა ისეთი სისტემის შექმნას, რომელიც დაფუძნებული იქნებოდა როგორც მოთხოვნის, ისე მიწოდების სექტორებს შორის რეგულირებად კონკურენციაზე. რეკომენდაციების მიხედვით, დაზღვეულს შეუძლია გააკეთოს არჩევანი ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ფონდებისა და ჯანმრთელობის კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ შეთავაზებულ სერვისებს შორის. ამავე დროს, ჯანმრთელობის კერძო სადაზღვევო კომპანიების სარგებლის პაკეტი ცვლად პრემიალურ დონეებზეა გათვლილი და კონკურენციის შექმნის ერთ-ერთ წინაპირობას წარმოადგენს. ამ პირობებში, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ფონდები კარგავენ მონოპოლიას რეგიონალურ დონეებზე და იძულებულნი ხდებიან შევიდნენ კონკურენციაში სხვა მზღვეველებთან. ამასთან, კერძო მზღვეველებსაც უწევთ კონკურენციის პირობებში ყოფნა კონკურენტული რეგულაციების გამო.

ფაქტიურად, რეფორმებით გათვალისწინებული ცვლილებები საკმაოდ ნელი ტემპებით განვითარდა. 1990-იანი წლების შუა ხანებში ბაზარზე ორიენტირებულმა მიდგომამ პოზიციები დაკარგა და სისტემა ისევ მარეგულირებელ-გვემიური მიდგომისაკენ გადაიხარა. თუმცა, ასეთ ვითარებას მხოლოდ დროებითი ხასიათი ჰქონდა. 1992 წლიდან დაწყებული, სადაზღვევო ფონდებს თანდათანობით შესაძლებლობა მიეცათ, რომ გამოსულიყვნენ რეგიონალური ჩარჩოებიდან და მთელი ქვეყნის მასშტაბით ემოქმედათ. ამასთანავე, გაიზარდა კონკურენცია, რადგან ჯანდაცვის კერძო დამზღვევეებს და მსხვილ დამსაქმებლებს ნება მიეცათ, რომ შეექმნათ ჯანდაცვის ახალი ფონდები. შედეგად, მოსახლეობას ფონდებს შორის არჩევანის ფართო საშუალება მიეცა. 1995-1999 წწ. პერიოდში, ერთ-ერთი ასეთი ყველაზე წარმატებული ფონდის მომსახურებით 100 000 ადამიანი სარგებლობდა, სხვა ფონდები კი, დაახლოებით 20 000 ადამიანს (თითოეული ფონდი) ემსახურებოდა. ფონდებს შორის კონკურენცია გაძლიერდა ასევე ფასების დონეზეც. 2000 წელს, ყველაზე დაბალი ერთგვაროვანი პრემიალური განაკვეთი 30 %-ით ნაკლები იყო მაღალ პრემიასთან შედარებით. 2001 და 2003 წლებში, ახალი ინიციატივები იქნა წარმოდგენილი კონკურენტული რეფორმების შესახებ, რომელიც, სხვა საკითხებთან ერთად, ითვალისწინებდა სავალდებულო სოციალური ჯანდაცვის დაზღვევის სქემის ამოქმედებას მთელი მოსახლეობისათვის (ამჟამად მოქმედი სოციალური პლუს კერძო სადაზღვევო სისტემის ნაცვლად), და პრემიების ცენტრალური ჯანდაცვის ფონდისათვის გადახდით. ამ შემთხვევაში, ჯანდაცვის ფონდებსა და კერძო დამზღვევეებს შორის იქმნებოდა კონკურენტული გარემო კლიენტურის მოზიდვის თვლსაზრისით და ორივე მათგანი მიიღებდა დაფინანსებას ცენტრალური

ფონდიდან. დაზღვევის ჩვეულებრივი სისტემის ამოქმედება ამ სფეროში (2006 წლიდან) დამზღვევებს შორის კონკურენციული გარემოს შექმნაზე მიგვიბრუნებს.

2006 წლის 1-ლ იანვარს, ჰოლანდიის მთავრობამ მიიღო კანონი ჯანდაცვის დაზღვევის შესახებ (Health Insurance Act - HIA), რომლის თანახმადაც თითოეული პირი, ვინც ლეგალურად ცხოვრობს ან მუშაობს ნიდერლანდებში, ვალდებულია კერძო სადაზღვევო კომპანიებისაგან შეისყიდოს ჯანდაცვის ინდივიდუალური დაზღვევა, რომლის სარგებლის პაკეტი კანონითაა დადგენილი. ამ ვალდებულების შეუსრულებლობისათვის დაწესებული ჯარიმები მოიცავს სადაზღვევო პრემიების გაუცემლობას, რომლებიც პირს შეეძლო მიეღო, თუკი დროულად მიიღებდა ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისს. დღევანდელი მდგომარეობით. ასეთი დაზღვევა მიღებული აქვს ჰოლანდიის მოსახლეობის 98,5%-ს¹².

რუსეთი წარმოადგენს შემსყიდველებს შორის კონკურენტული გარემოს შექმნის კიდევ ერთ მაგალითს. რუსეთში კონკურენციის განვითარებას, უმეტეს შემთხვევებში, სივრცული ბარიერები აბრკოლებს. ჯანმრთელობის საკვალდებულო დაზღვევის ფონდები მოქმედებენ რეგიონალური, ტერიტორიული ორგანიზაციების სახით და ამიტომ, მათ სივრცული მონოპოლური ძალაუფლება გააჩნიათ. ამასთანავე, ფონდების საქმიანობის მარეგულირებელ კანონებში პრაქტიკულად არაა გათვალისწინებული მომსახურების ფასების მიხედვით კონკურენცია. აქვე აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთ რეგიონში ჯანმრთელობის საკვალდებულო დაზღვევის ფონდებს შემსყიდველი ფუნქციები დელეგირებული აქვთ ჯანდაცვის კერძო სადაზღვევო კომპანიებზე, რის გამოც შეიძლება ითქვას, რომ ადგილი აქვს კონკურენტული გარემოს შექმნას, რადგან ასეთი კომპანიები ცდილობენ, რომ ამ ბაზრის რაც შეიძლება დიდი სექტორი მოიცვან დამსაქმებლებისა და ადგილობრივი მთავრობებისაგან ფორმალური და არაფორმალური კონტრაქტების მიღების გზით. მსოფლიო ბანკის მიერ ჩატარებული კვლევების თანახმად, ჯანდაცვის სადაზღვევო ორგანიზაციების 54% კონკურენტულ გარემოში მოქმედებს. მაგრამ, ამ სექტორის ბიუჯეტი ჯანმრთელობის საკვალდებულო დაზღვევის ფონდის ბიუჯეტის ერთ მესამედსაც კი ვერ უტოლდება. ამიტომ, კონკურენცია შეზღუდულია მხოლოდ მცირე საბაზრო წილის ფარგლებში.

ლიტერატურა

1. WHO (2000). The World Health Report, 2000. Health systems:improving performance, Geneva, WHO.
2. Kutzin, J. (2001) A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements, *Health Policy*, 56 (3): 171-204
3. Mossialos E., Dixon A., Figueras, J., Kutzin J. (editors) (2002) Funding health care: options for Europe. Buckingham. Open University Press, pp 2-7.
4. Figueras J., Robinson R., Jakubowski E. (2005) “Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons” *In: Purchasing to improve health system performance Edited by Josep Figueras, Ray Robinson, Elke Jakubowski. Open University Press. Buckingham.*
5. Duran A., Sheiman I., Schneider M., Ovretveit J. (2005) “Purchasers, providers and contracts”. *In: Purchasing to improve health system performance Edited by Josep Figueras, Ray Robinson, Elke Jakubowski. Open University Press. Buckingham.*
6. Шейман И.М. “Стратегическая закупка медицинской помощи, Система стратегической закупки медицинской помощи ”, Москва, 2001.
7. Savas S. and Sheiman I. (1998) “Contracting Models and Provider Competition” *In : Critical Changes for Health Care Reform in Europe. Ed. by Saltman R., Fugueros J., Sakellarides C. Open University Press. Buckingham.*
8. Busse R.and Prymula R. (2001) «Implementing Hospital Reforms in the Czech Republic». *Eurohealth. Volume 7 Number 3, Special issue, pp. 29-31.*
9. Smith M. (2005) Continuity of Care and Trust Among Individuals with Chronic Conditions. *AcademyHealth Annual Research Meeting, Boston, June 26-28 2005.*
10. Roland M. (2004) «Linking Physicians’ Pay to the Quality of Care – A Major Experiment in the United Kingdom». *New England Journal of Medicine. September 30.*
11. Velasco-Garrido M., Borowitz M., Ovretveit J., Busse R. (2005) “Purchasing for quality of care”. *In: Purchasing to improve health system performance Edited by Josep Figueras, Ray Robinson, Elke Jakubowski. Open University Press. Buckingham.*
12. Alain C. Enthoven, and Wynand P.M.M. van de Ven, *Going Dutch — Managed-Competition Health Insurance in the Netherlands.*
13. ნ. ნუცუბიძე, თ. ხუნდაძე, შესყიდვების ორგანიზაცია ევროპის ქვეყნებში, რეფერატი, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, 2008 წ.
14. ნ. ნუცუბიძე, სამედიცინო დაზღვევა ნიდერლანდებში, რეფერატი, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, 2008 წ.
15. უბილაკა ნ., შესყიდვების თეორიები, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

თავი XXIV

ფასწარმოქმნა

შესავალი

ფასწარმოქმნა ჯანდაცვის ფინანსირების ძალზე მნიშვნელოვან საკითხს წარმოადგენს. იგი ერთ-ერთი საკვანძო მომენტია სამედიცინო ორგანიზაციის მომგებიანობის უზრუნველსაყოფად, რადგან ხშირია შემთხვევები, როცა სამედიცინო დაწესებულება პროდუქტს ძალიან მაღალ ან დაბალ ფასს ადებს, რამაც შესაძლოა საგრძნობლად შეამციროს მოგება. მოსახერხებელია ისეთი ფასის შერჩევა, რომლითაც მოხდება სამედიცინო ორგანიზაციის მომგებიანი ბიზნესის მოცვა, ხოლო ნაკლებმომგებიანი ბიზნესის უკან გადაწევა.

მოგების მაქსიმიზაციისთვის ორგანიზაციამ უნდა შეარჩიოს ისეთი ფასი, რომ ზღვრული შემოსავლები ზღვრულ დანახარჯების ექვივალენტური იყოს (იმის გათვალისწინებით, რომ პროდუქციის ხაზი მომგებიანია). სხვა ობიექტური მაჩვენებლების მაქსიმიზაციისთვის ორგანიზაციის ათვლის წერტილად უნდა იქცეს მოგების მაქსიმიზირებული ფასის შერჩევა.

ჯანდაცვის ორგანიზაციებისთვის ფასწარმოქმნა მუდამ პრობლემატურს წარმოადგენს 3 მიზეზის გამო:

< ბევრ მენეჯერს არ გააჩნია ფასწარმოქმნის ნათელი, გამართული სტრატეგია. ამის შედეგად, ზუსტად არ აქვთ მონიშნული სწორი გადაწყვეტილების მიღების თარიღი და პროდუქციის ან გაყიდვების არასწორ შეფასებას ახდენენ.

< ბევრი ჯანდაცვის ორგანიზაცია სასათბურე პირობებიდან მძაფრი კონკურენციის და შესათანხმებელი კონტრაქტების რეალურ გარემოში აღმოჩნდება ხოლმე. აქედან გამომდინარე, ბევრ ორგანიზაციას აქვს ფასის დადების და შესათანხმებელი კონტრაქტების გაფორმების უნარის და გამოცდილების დეფიციტი.

< ფასწარმოქმნის სტრატეგია, რომელიც საუკეთესოა დიდი ორგანიზაციისთვის, შესაძლოა არ იყოს საუკეთესო არჩევანი მცირე კლინიკის ან სპეციფიკური დეპარტამენტისთვის. ამ დანაყოფების მენეჯერებს ზოგჯერ აქვთ მისწრაფება, შეაფასონ პროდუქტები არაადექვატურად, ძალიან ძვირად ან იაფად. ორგანიზაციის ინტერესებში კი შედის მოგების მაქსიმიზაციისთვის საჭირო ფასის დადება და იმ მიმართულებების წახალისება, რომლებიც მომგებიანია.

ნათელი სტრატეგიის და ზუსტი თარიღის არარსებობისას, როგორ აწარმოებენ ფასწარმოქმნას, ხშირად გაურკვეველია. აქედან გამომდინარე, ორგანიზაციის ადმინისტრაციას ზუსტად უნდა ჰქონდეს ჩამოყალიბებული მომგებიანი ფასის დადების პრინციპები, მაქსიმალურად უნდა ეცადოს, შეძლოს ასეთი კონტრაქტების დამყარება, რათა მიაღწიოს საუკეთესო საკონტრაქტო პირობებს.

24.2. ფასწარმოქმნის ეკონომიკური მოდელი

ფასწარმოქმნის ეკონომიკური მოდელი საკმაოდ მარტივია:

< უნდა განისაზღვროს ორგანიზაციის ზღვრული ხარჯები;

< უნდა შეფასდეს მოთხოვნის ელასტიურობის ფასი ორგანიზაციის პროდუქციის მაგალითზე (ჩვეულებრივ, მოთხოვნა ორგანიზაციის პროდუქტზე უნდა იყოს გაცილებით ელასტიური, ვიდრე მთლიანი მოთხოვნა ამ პროდუქტზე);

უნდა განხორციელდეს ამ ინფორმაციის გამოყენება შესაბამისი ნიშნულების გამოთვლისთვის, რომელიც ექვივალენტური უნდა იყოს $E/(1+E)$, სადაც E გვიჩვენებს ფასისმიერ ელასტიურობას.

ფასწარმოქმნის წესი წარმოადგენს მოგების მაქსიმიზაციის წესის საფუძველს, რომელიც საჭიროებს ზღვრული შემოსავლისა (MR) და ზღვრული ხარჯების (MC) გათანაბრებას. ზღვრული შემოსავალი ტოლია $P X (1+E)/ E$. აქედან გამომდინარე, თუ $MR=MC$, ორგანიზაციის ზღვრული ხარჯების განსაზღვრით მივიღებთ მოგება-მაქსიმიზირებულ ფასს, რომელის ტოლია $E/(1+E) X MC$.

მაგალითად, თუ მოთხოვნის ფასისმიერი ელასტიურობა არის -2.5 , ზღვრული დანახარჯი კი $\$3$, მოგება-მაქსიმიზირებული ფასი იქნება $-2.5(1-2.5)X3=5$, ანუ $\$5$.

ზღვრული ხარჯების განსაზღვრა ძალზე მნიშვნელოვანია მენეჯერისთვის გადაწყვეტილებების მიღებისას. ამდენად, ფასწარმოქმნა წარმოადგენს კიდევ ერთ მიზეზს, განსაზღვრულ იქნას ზღვრული ხარჯები.

ერთ-ერთ რთულ ამოცანას წარმოადგენს მოთხოვნის ფასისმიერი ელასტიურობის სწორად განსაზღვრა. ყოველივე ზემოთ თქმულიდან გამომდინარე, შესაძლებელია დაისახოს 3 სტრატეგია:

1. მარკეტინგის კონსულტანტის დაქირავება. იმის მიხედვით, თუ რამდენს გადაიხდის ორგანიზაცია, კონსულტანტი წარმოადგენს დეტალიზირებულ ან უხეშ გამოთვლას.
2. ხორციელდება მთლიანად პროდუქტის მოთხოვნის ფასისმიერი ელასტიურობისა და ორგანიზაციის პროდუქტით ბაზრის მოცვის წილის შესახებ ინფორმაციის შეჯერება. მთლიანად მოთხოვნის ფასისმიერი ელასტიურობის გაყოფა ბაზრის მოცვის კოეფიციენტზე მოგვცემს უშუალოდ ორგანიზაციის პროდუქტის მოთხოვნის ფასისმიერი ელასტიურობას. მაგალითად, თუ მთლიანი $E=-0.3$ და ორგანიზაციას უჭირავს ბაზრის $1/8$, ორგანიზაციის პროდუქტის მოთხოვნის ფასისმიერი ელასტიურობა ტოლია $-0.3/0.125=-2.4$.
3. ჩავატაროთ ექსპერიმენტი, — მაგალითისთვის, თუ პროდუქციის ფასს მოუჟმატებთ 5% -ით და დაუაკვირდებით, რამდენად დაეცა მოთხოვნა. რადგან მოთხოვნის ფასისმიერი ელასტიურობა ტოლია რაოდენობის პროცენტული ცვლილებისა ფასის პროცენტულ ცვლილებასთან, ეს იქნება პირდაპირი კალკულაცია.

ქვემოთ მოცემული ცხრილი გვიჩვენებს, რომ მოგების მაქსიმიზაციის ნიშნულები შესაძლოა სრულიად განსხვავებული იყოს. მაგალითად, თუ მოთხოვნის ფასისმიერი ელასტიურობა არის -2.5 , ზღვრული ხარჯები $\$10\ 000$, მოგების მაქსიმიზაციის მაჩვენებელი $\$6.67$ -ია. ამისგან განსხვავებით, იგივე ორგანიზაციის მოთხოვნის ფასისმიერი ელასტიურობა არის -5.5 , მოგების მაქსიმიზაციის მაჩვენებელი $\$2.22$ -ია. ორივე შემთხვევაში მოგება იზრდება.

ცხრილი 1: მოგების მაქსიმიზაციის ფასები, როცა ზღვრული ხარჯი $\$10$ -ია.

ელასტიურობა	ფასი
-1.5	\$30.00
-2.5	16.67
-3.5	14.00
-4.5	12.86
-5.5	12.22
-6.5	11.82
-7.5	11.54
-8.5	11.33
-9.5	11.18

უფრო ნათელი რომ იყოს, ორგანიზაციები, რომელთა პროდუქტი ნაკლებ ელასტიურია მოთხოვნის მიმართ, მოგების მაქსიმიზაციის უფრო მაღალი მაჩვენებლით ხასიათდებიან.

მოთხოვნის მიმართ ნაკლებ ელასტიურია დიფერენცირებული პროდუქტები, ამდენად თანხა რასაც გადაიხდით თქვენი პროდუქციის დიფერენცირებისთვის შესაძლოა იყოს არსებითი ფირმის მოგებისთვის.

24.3. ფასწარმოქმნა და მოგება

რა უნდა მოვიმოქმედოთ, როდესაც ორგანიზაციის საქმიანობის მიმართულების ბრუნვის დონე არაადექვატურია? ჩვეულებრივ, ამ დროს ფასს მოუმატებენ ხოლმე. სამწუხაროდ, როგორც ბევრი სხვა ჩვეულებრივი პასუხი, ეს პასუხიც მცდარია. თუ პროდუქციის ხაზის შემოსავალი არაადექვატურია დანახარჯებთან ან ჩადებულ ინვესტიციებთან მიმართებაში, შესაძლებელია განვიხილოთ ოთხგვარი სტრატეგია:

1. უნდა დავრწმუნდეთ, რომ ფასი არც ძალიან მაღალია და არც ძალიან დაბალი. წინააღმდეგ შემთხვევაში ზარალი გარდაუვალია, რადგან გათვლა ზღვრული ხარჯების და მოთხოვნის ფასისმიერი ელასტიურობის შესახებ არასწორია.
2. ხელახლა უნდა შევეცადოთ გამოთვალოთ ზღვრული ხარჯები, რადგან თუ ის მაღალია, ფასიც მაღალია და პირიქით.
3. უნდა შევასდგეს, რამდენად შესაძლებელია ხარჯების შემცირება. სამედიცინო ფირმათა უმეტესობას შეუძლია არსებითად შეამციროს ხარჯები. ამისათვის უნდა გავითვალისწინოთ იმ ფირმების საქმიანი პრაქტიკა და ხარჯები, რომელთაც ვთვლით ეფექტურად.
4. და თუ არ გაამართალა არც ერთმა ზემოთ ჩამოთვლილმა სტრატეგიამ, უბრალოდ უნდა შეწყვიტოთ ამ მიმართულებით საქმიანობა.

ფასის არასწორად დადების შემთხვევაში შედეგები შესაძლოა არსებითი იყოს. ქვემოთ მოყვანილი ცხრილიდან ჩანს, რომ მოგების მაქსიმიზაციის ფასი უნდა იყოს \$15. გაცილებით მეტი ან ნაკლები ფასის დადება მოგებას მნიშვნელობნად ამცირებს. თუმცა, უმნიშვნელო ცდომა ზემოთ ან ქვემოთ, ჩვეულებრივ, ნაკლებად მოქმედებს მოგებაზე.

ცხრილი 2: მოგება როდესაც ზღვრული და საშუალო ხარჯები ტოლია \$10, ხოლო მოთხოვნის ფასისმიერი ელასტიურობა ტოლია 3-ის

ფასი	მოგება
\$5.00	(\$881.059)
7.50	(130.527)
10.00	0
12.50	28.194
15.00	32.632
17.50	30.824
20.00	27.533
22.50	24.172
25.00	21.145

ამდენად, ზღვრული ხარჯების და მოთხოვნის ფასისმიერი ელასტიურობის გამოთვლებიდან ჩვენს მიერ დაშვებული მცირეოდენი ცდომა მოგებას უმნიშვნელოდ შეგვიცვლის.

ფასწარმოქმნა მარკეტინგის უმნიშვნელოვანესი კომპონენტია. ძირითადი შეზღუდულობა მდგომარეობს იმაში, რომ ზღვრული ხარჯების მიხედვით ფასწარმოქმნის მოდელი რეალურად არ თანხვდება რეალურ შესაძლებლობებს. მაგალითად, მოთხოვნა ინოვაციურ პროდუქტზე შესაძლოა იყოს ნაკლებ ელასტიური, ვიდრე მოთხოვნა სხვა პროდუქტზე. მაღალი ზღვარი სამწუხაროდ, უარყოფით გავლენას ახდენს შემოსავლებზე. შესაძლოა, ორგანიზაციას სურს მიიღოს მოკლევადიანი მოგება, რითაც შეაფერხებს კონკურენტების ბაზარზე შემოსვლას. სამაგიეროდ, სრულყოფილ ბაზარზე ფასის აგრესიულ შემცირებას მოჰყვება ორგანიზაციის კონკურენტების მიერ ფასის დაგდების საშიშროება. შედარებით მცირე, რამდენიმე კონკურენტისგან შემდგარ ბაზარზე კი ორგანიზაცია ”კლდეს არ შეეჯახება” ფასის შემცირებით, თუმცა შეიძლება ყველა კონკურენტი დამტკბარიყო სტაბილურად მაღალი ფასითაც. არსებობს ბევრი გარემოება და ქმედება, რომელთა ურთიერთშეთანხმებაც აუცილებელია. ეს უნდა გახდეს ორგანიზაციის ათვლის წერტილი, მითუმეტეს, თუ ორგანიზაცია არ მოქმედებს ზღვრული ხარჯების მიხედვით ფასწარმოქმნის სცენარით.

24.4. ფასისმიერი დისკრიმინაცია

ფასისმიერი დისკრიმინაცია ცნობილი საკითხია როგორც ეკონომიკის სხვადასხვა დარგებისათვის, ასევე ჯანდაცვის სფეროში. ფასისმიერი დისკრიმინაცია ერთსა და იმავე პროდუქტზე სხვადასხვა მომხმარებლისათვის სხვადასხვა ფასის დადებაში გამოიხატება. ფასების განსხვავებას მნიშვნელობა აქვს იმ შემთხვევაში, როდესაც სხვადასხვა მომხმარებლის მოთხოვნის ფასისმიერი ელასტიურობა სხვადასხვაა და მომხმარებლის მიერ ხელახალი გაყიდვა არაა შესაძლებელი. ჯანდაცვის ფირმების უმრავლესობა აღნიშნული კრიტერიუმით ფუნქციონირებს. ისინი კონტრაქტს აფორმებენ ინდივიდუალურად და სადაზღვევო კომპანიებთან. მოცემული მყიდველებისათვის ფასები მგრძობიარეა, მკვეთრად განსხვავდება და სერვისები იშვიათად შეიძლება ხელახლა გაიყიდოს. მაშასადამე, ჯანდაცვის ფირმების მოგების მაქსიმიზაცია საჭიროა გაანალიზდეს ფასების ალტერნატივებით.

სხვადასხვა მომხმარებლისთვის სხვადასხვა ფასდაკლებები

სკოტ ვულის (Skott Woolley - 1998) აზრით, ისეთი დიდი საწარმოები როგორებიცაა American Airlines, Glaxo Wellcome, Staples, Stanford University, AT&T, Mayo clinic, ერთი და იგივე პროდუქტზე სხვადასხვა მომხმარებლისთვის სხვადასხვა ფასის დადებას ახორციელებენ.

სკოტ ვულის პროგნოზირებით, ფასების დისკრიმინაცია შესაძლოა გაიზარდოს პერიოდულად და ჯგუფურად, თუ ინფორმაციული სისტემების საშუალებით ფასისმიერი დისკრიმინაციის გაზრდის თაობაზე ინფორმაცია მიწოდებულ იქნება როგორც მომხმარებლების, ასევე და მიმწოდებლებისათვის. ასეთ შემთხვევაში მომხმარებლებმა შესაძლოა გამოიყენონ კომპიუტერული სისტემები განსხვავებული ფასების საძიებლად, რაც უმცირესი ფასის მოთხოვნის შესაძლებლობას იძლევა.

ასე მაგალითად, Priceline.com. ინტერნეტის სასუალებით მომხმარებელს აწვდის ინფორმაციას, ავიახაზების ბილეთების ფასდაკლებით შეძენის მიზნით. Priceline.com-ის დამფუძნებელი ჯეი ვული ამტკიცებს, რომ ფასების თანაზომიერი ვარდნა ინფორმაციული დამუშავების შედეგად გამოიწვევს ფასების დისკრიმინაციის ფართო გავრცელებას. მიმწოდებლებს შეუძლიათ გამოიყენონ დაწვრილებითი ინფორმაცია ინდივიდუალური მომხმარებლის შესახებ

და შესთავაზონ ფასზე მგრძობიარე მყიდველებს მნიშვნელოვანი ფასდაკლებები, მაშინ როდესაც “კარგ გადამხდლებს” სთხოვენ მომწოდებლის მიერ დაწესებული ფასი გადაიხადონ. შესაბამისად, მაღალშემოსავლიან ბისნესმენებს ცალკეულ მგზავრებთან, მაგალითად, ტურისტებთან შედარებით უფრო მაღალ ფასებს სთავაზონ.

ამ ტაქტიკის უმარტივესი ვერსიები უკვე არსებობს. ასე მაგალითად, Victoria’s Secret ყველაზე მდიდარ მომხმარებელს ძალიან მაღალი ფასების შემცველ კატალოგს უგზავნის. Staples კიდევ უფრო შორს მიდის და სხვადასხვა ღონის მომხმარებელს სხვადასხვა ფასების შემცველ კატალოგებს უგზავნის. ამასთან, შედარებით ანგარიშიანი მომხმარებელი ფასებს შორის სხვაობას ამჩნევს და სასურველ პროდუქტს მაინც ყველაზე დაბალ ფასად ყიდულობს, მაშინ როდესაც სხვები იმავე პროდუქტში მაღალ ფასს იხდიან.

მნიშვნელობა ენიჭება ფასების დისკრიმინაციის ჩატარების მექანიზმს. მთავარია ისეთი ფასების ქონა, რომლებსაც ვირტუალურად არავინ იხდის, ამასთან, სხვადასხვა მომხმარებელს შეთავაზებულ იქნას სხვადასხვა ფასები. მომხმარებელს აღიზიანებს, თუ მას უფრო დაბალ ფასდაკლებას სთავაზობენ, ვიდრე მის გვერდზე მყოფს, ამასთან, იგი არანაკლებ ღიზიანდება, თუ მას უხდება პრაიისლისტში მითითებულ ფასზე უფრო მეტი ფულის გადახდა.

ფასების დისკრიმინაციით შესაძლებელია მოგების მკვეთრად გაზრდა. მაგალითად, მომხმარებელთა პირველ ნახევარს (ა ჯგუფი) აქვს ფასისმიერი ელასტიურობა 3.00, მეორეს (ბ ჯგუფი) კი – 6.00. საშუალო და მარგინალური ფასი არის \$10. ფასის დაწესებისას, შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს მოთხოვნის საშუალო ფასისმიერი ელასტიურობა (–4.50) და ყველასგან აღებულ იქნეს \$12.86. ან შესაძლებელია “ა” ჯგუფისთვის დაწესებულ იქნეს ფასი \$12.00, “ბ” ჯგუფისთვის კი – \$15.00. ნახ. 10.3 გვიჩვენებს მოგებას ფასების დისკრიმინაციის დროს და მის გარეშე.

ცხრილი 3: მოგება ფასების დისკრიმინაციის დროს და მის გარეშე

ფასი	რაოდენობა	მოგება	ჯგუფი	ფასი	რაოდენობა	მოგება
\$12.86	9,213	\$26,349	ა	\$15.00	5,250	\$26,250
			ბ	\$12.00	5,700	\$7,800
სულ	9,213	\$26,349			10,950	\$34,050

24.4.1. ღირებულების ცვალებადობა (Cost Shifting)

ზოგი მკვლევარის აზრით, სხვადასხვა ფასი გავლენას ახდენს ღირებულების ცვალებადობაზე (cost shifting) და არა ფასების დისკრიმინაციაზე. ღირებულების ცვალებადობის ჰიპოთეზის თანახმად, მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციების (მაგ., PPO) ან Medicaid-ის მიერ შეთანხმებული ფასდაკლებებმა შესაძლოა ხარჯების ზრდა განაპირობოს ყველასათვის. ღირებულების ცვალებადობის ჰიპოთეზა ფართოდაა გავრცელებული. მაგ., 1994 წელს *The New York Times* წერდა, რომ კერძო პრემიების 10-30% მოდის ჯანდაცვის დაზღვევის არმქონე პირების ხარჯების დასაფარავად (Clymer 1994წ.)

ღირებულების ცვალებადობის ჰიპოთეზის ჭეშმარიტების არსებობის სამი შესაძლებლობა არსებობს:

< ჰიპოთეზა შეიძლება იყოს ფართოდ გავრცელებული ფასდაკლებების რაციონალიზაციაში. არცერთ მომხმარებელს არ მოსწონს ყველაზე დაბალი ფასდაკლების მიღება. ჯანდაცვის ფირმებს შეუძლიათ ყურადღება გადაიტანონ უფრო არამომგებიან სფეროზე. ეს ყველაზე საუარაუდო სცენარია, რადგანაც თანამედროვე ბაზრის ემპირიულ მტკიცებულებათა უმრავლესობა არ შეესაბამება ღირებულების ცვალებადობის ჰიპოთეზას (Morrisey, 1994).

< ღირებულების ცვალებადობა შეიძლება რეალურიც იყოს და ასახავდეს არამომგებიანი ფირმების საპასუხო რეაქციას, რომლებმაც უნდა დააწესონ უფრო დაბალი ფასები, ვიდრე კარგად მართულმა მომგებიანმა ფირმებმა. მკვლევარები თვლიან, რომ ღირებულების ცვალებადობა უკვე წარსულს ეკუთვნის.

24.4.2. ფასთარმოქმნა ფარმაცევტიკაში

ფარმაცევტული საქონლის ფასები სწრაფ ზრდას განიცდიან. ისმება კითხვა, რატომ უნდა გავუწიოთ საავადმყოფოების მიერ ფასდაკლებების გამოყენებას, თუ ეს შეთანხმებულია სამთავრობო სტრუქტურებთან?

ლიზა სკოტის (Lisa Scott) აზრით, ის საავადმყოფოები, რომლებიც ფასდაკლებებს არ იყენებენ, შიშობენ, რომ მათი ხარჯები გაიზრდება თუ საავადმყოფოებს ექნებათ მედიკამენტების ფედერალური მიწოდების ჩამონათვლის გამოყენების საშუალება, რაც მათ მედიკამენტების შეძენის მაჩვენებელს 16 %-ით შეამცირებს (1996). მამასადამე, ფედერალური დისკონტები ასახავენ ფასების შემცირებას ან ცვალებადობას, და შესაძლოა მიიღონ მილიონ-დოლარიან რეზულტატი. თუ ფედერალური დისკონტები ფასების დისკრიმინაციას წარმოადგენს, კერძო სექტორში მედიკამენტების ფასები უცვლელი დარჩება (ან შემცირდება). თუ Industry Group Purchasing Association -ის ღირებულებათა ცვალებადობის არგუმენტი სწორია, საზოგადოებრივ საავადმყოფოებში უფრო დიდი დისკონტები მნიშვნელოვნად გაზრდის კერძო საავადმყოფოების ფასებს.

ფედერალური მიწოდების სიაში არის რამოდენიმე პროდუქტი, რომლებზეც მთავრობამ ფასების მკვეთრი დაცემა დააწესა. ყოველწლიურად ფედერალური მთავრობა წამლებსა და სამედიცინო დანადგარებზე \$2,5 ტრილიონ დოლარზე მეტს ხარჯავს (აშშ-ს საერთო სამედიცინო მიწოდების დაახლ. 5%). ამის საპირისპიროდ, სკოტის მოხსენება Modern Healthcare-ში ამტკიცებს, რომ, ყველაზე მსხვილ საავადმყოფოთა ალიანსი (Premiere), სამედიცინო დანადგარებზე მოგების 15-დან 18%-მდე ხარჯავს (1996).

შესაძლოა დაისვას კითხვა: სახელმწიფო (საზოგადოებრივ) საავადმყოფოებზე დაწესებული მაღალი დისკონტები ნიშნავს თუ არა იმას, რომ კერძო საავადმყოფოებში შედარებით უფრო დაბალი დისკონტებია? ალბათ არა. Health Industry Group Purchasing Association-ის მიერ ჩატარებული კვლევების მიხედვით, ფარმაცევტული ფირმების მენეჯერების საქმიანობა უფრო უიმედოა. მედიკამენტებზე ფასების აწევის რენტაბელურობის გამო, როდესაც სახელმწიფო (საზოგადოებრივ) საავადმყოფოებს ფასების დისკონტირების უფლება ექნებათ, მაშინ წამლებზე ფასების აწევაც რენტაბელური იქნება. ფარმაცევტულმა ფირმებმა კერძო საავადმყოფოებისათვის ისეთი ფასები უნდა დააწესონ, რომელიც მოგებას მაქსიმალურად გაზრდის. მოგების მაქსიმიზაციის დონეზე მაღალი ფასები რეალურად შეამცირებს ფარმაცევტული ფირმების მოგებას, და ვერაფერს იტყვის, რომ წამლების კომპანიები მოგების მაქსიმიზაციას არ ცდილობენ.

Health Industry Group Purchasing Association-ის სახელით ჩატარებულმა გამოკვლევამ გვიჩვენა, რომ წამლებზე ფასების გაზრდა შესაძლებელია მხოლოდ კონგრესის მიერ

ნებადართული უდიდესი Medicaid-ის ფასდაკლებების დაწესების შემდეგ. ფაქტიურად კი, წამლების ფასების ზრდის მაჩვენებელი შემცირდა.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ფასების ცვალებადობა და დისკრიმინაცია უბრალოდ სემანტიკური არგუმენტი როდია. ისინი ასახავენ ჯანდაცვის მიმწოდებლების სხვადასხვა რეაქციას, როდესაც HMO ფასების მკვეთრ დაცემას სთავაზობს ან როდესაც Medicare ტარიფებს ამცირებს. ფასების ცვალებადობა პროგნოზირებს, რომ სხვა დამზღვეველთა მიერ გადახდილი ტარიფები შესაძლოა გაიზარდოს. ფასების დისკრიმინაცია პროგნოზირებს, რომ სხვა დამზღვეველთა მიერ გადახდილი ტარიფები უცვლელი დარჩება (და შეიძლება შემცირდეს). დისკონტები ხშირად დიდია. მორისემ (Morrisey) შეაფასა, რომ 1990 წ. Medicaid გადაიხდიდა დღეში \$550 საავადმყოფოში მომსახურების მისაღებად, Medicare - \$615, კერძო დამზღვეველები - \$876 (1994)3.

ასეთივე მახასიათებლების მქონე სხვაობები სხვა ეკონომიკის სხვა დარგებშიც არსებობს. ალბათ დაკვირვებისხარტ, ერთიდაიგივე რიგში მსხდომი მგზავრები რატომ იხდიან – ერთი \$340, მეორე კი - \$99-ს. ან რატომ ღირს დილის სეანსი კინოთეატრში ორჯერ უფრო მეტი, ვიდრე ორი საათის შემდეგ? იმიტომ, რომ როდესაც ინკრემენტული (მარგინალური) ფასი დაბალია, მყიდველები ჯგუფებად იყოფა, რომლებსაც სხვადასხვა ფასების ელასტიურობა აქვთ, და თუ ხელახალი გაყიდვა შეუძლებელია, ფასების დისკრიმინაცია მომგებია. სამედიცინო დაწესებულებების უმრავლესობა ამ პროფილს შეესაბამება, ასე რომ მათმა მენეჯერებმა უნდა იცოდნენ ფასისმიერი დისკრიმინაცია. ეს ეხება როგორც მოგებაზე მომუშავე, ასევე მოგების გარეშე მომუშავე ორგანიზაციებს. ფასების დისკრიმინაცია ხელს უწყობს ზღვრული ხარჯების გაზრდას.

24.4.3 მრავალწილიანი ფასწარმოქმნა

ჩვენ მიერ განხილული ფასწარმოქმნის მარტივი მოდელების გარდა არსებობს ბევრი სხვა მოდელიც. ერთ-ერთ მათგანს წარმოადგენს მრავალწილიანი ფასწარმოქმნის მოდელი (multi-part pricing model), სადაც მომხმარებელი იხდის ერთ ტარიფს ერთი სერვისისთვის და ბევრ ტარიფს ბევრი სერვისის მისაღებად. ამის ნათელ მაგალითს წარმოადგენს მართული ჯანდაცვის გეგმა. დაბალი ტარიფი უფრო ბევრ მომხმარებელს იზიდავს. მაღალი გადასახადები ამცირებს ღირებულებას (ამით ან მოგების ზღვარი იზრდება, ან პრემიები მცირდება), თუმცა მაღალი ფასების გამო მომხმარებელი შეიძლება სხვაგან წავიდეს. ამის გამო აუცილებელია დაბალანსებული მოქმედების სწორი კომბინაცია. ფასების დადების შესაბამის სტრატეგიას დაკავშირება (tying) ეწოდება. დაკავშირება (tying) ახორციელებს მრავალი (multiple) პროდუქტის ფასების დაკავშირებას. აქვე აღსანიშნავია, რომ მიზანს წარმოადგენს მოგების მაქსიმიზაციის მიზნით მრავალი ფასების დაბალანსება.

24.5. ფასწარმოქმნა და მართული ჯანდაცვა

ფასწარმოქმნასთან დაკავშირებული საკითხები და ზემოაღნიშნული პრობლემები შეეხება მართული ჯანდაცვის სფეროს. ფასის დაწესებისათვის ან კონტრაქტის შეფასებისათვის საჭიროა გარკვეული სახის ინფორმაციის ქონა. ცხადია, არასოდეს არ არის გამართლებული ისეთი კონტრაქტის დადება, სადაც ზღვრული შემოსავალი ზღვრულ ღირებულებაზე ნაკლებია. ისეთი კონტრაქტები, რომლებიც ზრდის ორგანიზაციის დანაკარგებს, რაც ხდება მაშინ როდესაც ზღვრული შემოსავალი ზღვრულ ღირებულებაზე ნაკლებია, მხოლოდ მაშინ ითვლება გამართლებულად, როდესაც ეს დანაკარგები რეალურად საბაზრო დანახარჯებს წარმოადგენს. ამ

შემთხვევებშიც კი არსებობს ნაკლებხარჯიანი მარკეტინგული სტრატეგიები. ასევე, იგი თითქმის არასოდეს მოქმედებს დიდი დისკონტის დადებისას ისეთ მომხმარებელზე, რომელიც ფასის მიმართ არ არის სენსიტიური. ასე მაგალითად, მართული ჯანდაცვის გეგმა, რომელიც ჯანდაცვის ორგანიზაციას სჭირდება კონკურენტუნარიან ქსელში ჩასართველად, არ არის კარგ პოზიციაში მოლაპარაკებების დროს და საუკეთესო ფასდაკლებას ვერ მიიღებს.

შახრამ ჰეშმატი (Shahram Heshmat) ამტკიცებს, რომ ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე მენეჯერებმა უნდა იცოდნენ კონტრაქტის დადებისას ფასდაკლებასთან დაკავშირებული საკითხებთან მიმართებაში საუკეთესო გამოსავლის პოვნა (1996)2. ფასთწარმოქმნის პრობლემა კიდევ უფრო მწვავე საკითხს წარმოადგენს. ფასთწარმოქმნის ეკონომიკური მოდელები გვასწავლის რომ მენეჯერებმა უნდა იცოდნენ მათი ზღვრული ღირებულების ოდენობა, რა ზღვრულ მონაცემებს უნდა მოელოდნენ და რა ფასს შესთავაზებენ მათი კონკურენტები. ყველა ამ კითხვაზე პასუხი გარკვეულწილად გაურკვეველია.

ფასების შესახებ მონაცემები ყველა ორგანიზაციას უნდა ჰქონდეს, თუმცა ჯანდაცვის ბევრ ორგანიზაციას მხოლოდ ფრაგმენტული მონაცემები გააჩნია. აღნიშნული განსაკუთრებით ეხება ზღვრულ ფასებს, რომელთა შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციის გარეშე მენეჯერები იძულებული არიან მხოლოდ საშუალო მონაცემებს დაეყრდნონ, რაც აფერხებს მომგებიანი ბიზნესის ალტერნატივებს.

ფასის მატება ყოველთვის სტრატეგიულ გადაწყვეტილებად ითვლება. მნიშვნელოვანია ფასის შეთავაზებისას საკუთარი მოგების შანსების გაზრდის მცდელობა. მომგებიანი კონტრაქტების მოპოვება კომპანიას რენტაბელურს გახდის.

გაურკვეველია, თუ ვინ მოიგებს ფასის შეთავაზებისას. ბევრ შემთხვევაში, ჯანდაცვის სფეროს მიმწოდებლებს აქვთ ინფორმაცია თავიანთი კონკურენტების შესახებ. ამასთან, ბევრი კონტრაქტი მოითხოვს პოტენციური კონკურენტების ჩამონათვალს.

ლიტერატურა

1. Clymer, A. 1994. "In the Arithmetic of Health Care, it Pays to Aim for 100%." *New York Times*, July 24, E 16.
2. Heshmat, S. 1996. "A Decision Model for Competitive Bidding: Price Negotiations for the Health Care Industry." *Journal of Health Care Finance* 22.
3. Morrissey, M. 1994. *Cost Shifting in Health Care: Separating Evidence from Rhetoric* Washington, D.C.: AEI Press.
4. Scott, L. 1996. "Government Buying Play Provokes Private Sector." *Modern Healthcare* November 11, 56.
5. Woolley, S. 1998. "I Got it Cheaper than You." *Forbes* 162 (10.);
6. ლანდია ნ. ფასთწარმოქმნა, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.
7. გამეზარდაშვილი თ. ფასისმიერი დისკრიმინაცია, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

პარი V.

ჯანდაცვის სერვისების ორგანიზაცია

თავი XXV.

ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციები, მიზნები, მართვა

25.1. ჯანდაცვის სისტემა

ჯანდაცვის სისტემა წარმოადგენს ჯანდაცვითი ღონისძიებების გასატარებლად მიმართული ყველა ორგანიზაციის, დაწესებულებების და რესურსების ერთობლიობას, რომლის მიზანია ადამიანთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობა და გაუმჯობესება (ჯანმოს მოხსენება, 2000)¹. ჯანდაცვითი ღონისძიებები წარმოადგენს ინდივიდუალური, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მომსახურებასა თუ ინტერ-სექტორულ ინიციატივებთან დაკავშირებულ ნებისმიერ მცდელობას, რომლის უპირველესი მიზანია ჯანმრთელობის გაუმჯობესება¹.

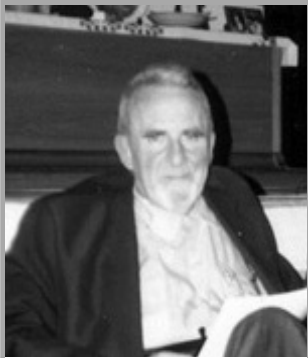
2008 წელს ტალინში ჯანდაცვის სისტემებისადმი მიძღვნილ ევროპის რეგიონის მინისტრთა კონფერენციაზე წარმოდგენილ იქნა ჯანდაცვის ახალი, შეჯერებული და უფრო დახვეწილი განმარტება, რომელიც მოიცავს:

- < სამედიცინო მომსახურების (პერსონალური და საზოგადოებისათვის) მიწოდებას – პირველად და მეორად პროფილაქტიკას, მკურნალობას, ზრუნვას და რეაბილიტაციას);
- < სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისათვის მიმართულ ქმედებებს, განსაკუთრებით დაფინანსების, რესურსების ფორმირებისა და მართვის ფუნქციებს;
- < მმართველობით ქმედებებს სხვა სექტორებში ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ რელევანტურ ინტერვენციებზე გავლენის მიზნით, მიუხედავად იმისა, არის თუ არა მათი პირველადი მიზანი ჯანმრთელობის გაუმჯობესება.

ეს მიდგომა ეფუძნება იმ გაგებას, რომ ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების, რესურსების მობილიზებისა და განაწილების ფუნქციები ეხება უშუალოდ სამედიცინო მომსახურებას, მაშინ, როცა სტრატეგიული მართვის ფუნქციას (სხვა ფუნქციებიდან განსხვავებით) აქვს დამატებითი როლი სამედიცინო მომსახურების ფარგლებს გარეთ იმ სექტორებთან მიმართებაში, რომლებიც გავლენას ახდენენ ჯანმრთელობის დეტერმინანტებზე.

მსოფლიოში იმდენი ჯანდაცვის სისტემაა, რამდენი ქვეყანაცაა მსოფლიოში, მაგრამ ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირებისთვის ყველა ქვეყანაში ურთიერთდაკავშირებული ქმედებები ხორციელდება.

ჯანდაცვის სისტემების სისტემური შედარებითი ანალიზი შედარებით ახალ დისციპლინას წარმოადგენს. ჯანდაცვის სისტემების (157 ქვეყანა) პირველი დიდი მასშტაბის ანალიზი გაკეთდა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 1959 წელს (72). შემდგომ მნიშვნელოვან ნაბიჯებს წარმოადგენდნენ მაქსველის (1981) და სალტმანის (1988) მიერ (21 ქვეყანა) გაკეთებული პუბლიკაციები. თუმცა, ყველაზე უფრო კატეგორიულ მიღწევად შეიძლება ჩაითვალოს მილტონ როემერის (Milton I. Roemer) მიერ 1991 წელს გამოქვეყნებული “მსოფლიოს ნაციონალური ჯანდაცვის სისტემები” (68 ქვეყანა).



მილტონ როემერი,
კალიფორნიის უნივერსიტეტი,
1916-2001 წწ.

მ. როემერმა ჯანდაცვის სისტემები ხუთ მთავარ კომპონენტად და მრავალ ქვეკატეგორიებად დაყო:

1. რესურსების წარმოება (შრომის რესურსები, დაწესებულებები, მოხმარების საგნები და ცოდნა);
2. პროგრამების ორგანიზაცია (ჯანდაცვის სამინისტრო, სხვა სამთავრობო სააგენტოები, კერძო ორგანიზაციები, დაწესებულებები და “კერძო საკუთრების ბაზარი”);
3. ეკონომიკური მხარდაჭერა (საერთო გადასახადები, სოციალური დაცვა, ნებაყოფლობითი დაზღვევა, ქველმოქმედება, ადამიანები და მათი ოჯახები);
4. მართვა (დაგეგმვა, ადმინისტრაცია, რეგულირება და კანონმდებლობა);
5. მომსახურების მიწოდება (პირველადი, მეორე დონე, მესამე დონე).

მ. როემერის კლასიფიკაციის მიხედვით პროგრამების ორგანიზაცია და ეკონომიკური მხარდაჭერა ცალ-ცალკეა წარმოდგენილი, თუმცა, ხშირად ორივე კომპონენტი ერთმანეთთან ახლოსაა დაკავშირებული.

25.2. ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციები, ამოცანები, მიზნები

თავის “მსოფლიო ჯანმრთელობის მოხსენება 2000”-ში ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ მოახდინა ჯანდაცვის სისტემების როემერის კატეგორიზაციის ოთხ მთავარ “ფუნქციად” და სამ მთავარ მიზნად გამარტოება².

ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციებს წარმოადგენს:

- < პოლიტიკის ფორმულირება და სისტემის მართვა/ხელმძღვანელობა;
- < რესურსების წარმოება (ადამიანური და ფიზიკური რესურსების ინვესტირება);
- < ჯანდაცვის დაფინანსება:
 - < შემოსავლების შეგროვება, მობილიზაცია;
 - < შემოსავლების გაერთიანება (აკუმულირება, რისკის და რესურსების გაერთიანება);
 - < რესურსების განაწილება (სერვისების შესყიდვა).
- < სამედიცინო მომსახურების მიწოდების უზრუნველყოფა (ორგანიზაცია და მენეჯმენტი):
 - < პერსონალური სამედიცინო დახმარების სერვისები;
 - < მთელ მოსახლეობაზე მიმართული, არაპერსონალური ჯანდაცვის სერვისები (საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, ცხოვრების ჯანსაღი წესი).

ჯანდაცვის სისტემის შუალედური ამოცანებია:

- < ხარისხი;
- < რესურსების სამართლიანი (თანასწორი) გამოყენება და

განაწილება;

< ეფექტურობა (შედეგების მაქსიმალიზაცია რესურსების შესაბამისად);

< გამჭვირვალობა და ანგარიშგება

ჯანდაცვის სისტემის მიზნებს წარმოადგენს:

< მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება

< ჯანმრთელობის სამართლიანობა, თანასწორობის პრინციპის დაცვა

< ფინანსური დაცვა (დაცვა ფინანსური რისკებისაგან);

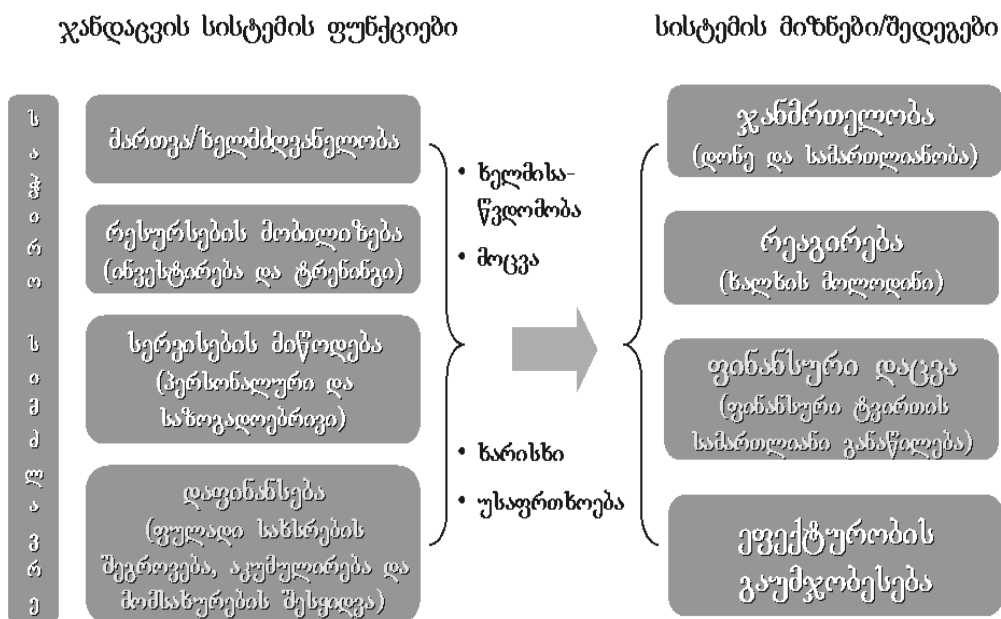
< სამართლიანობა, თანასწორობა დაფინანსებაში (ფინანსური ტვირთის თანაბარი გადანაწილება);

< სისტემის უნარი, ოპერატიული რეაგირება მოახდინოს მოსახლეობის ჯანდაცვის საჭიროებებზე (მოსახლეობის მოლოდინი, კონფიდენციალურობა, კომფორტი, ავტონომია, არჩევანი, ბაზისური პირობების ხარისხი, სოციალურ თანადგომაზე ხელმისაწვდომობა, კლიენტზე ორიენტირება);

< არსებული რესურსების ეფექტურად და საუკეთესოდ გამოყენება.

აღნიშნული კატეგორიზაცია და შვიდ კომპონენტს შორის ურთიერთდამოკიდებულება სქემატურად გამოსახულია ნახატზე.

ნახაზი 1: ჯანდაცვის სისტემების ფუნქციებსა და მიზნებს შორის კავშირი, ჯანმო 2000.



World Health Organization (2000). Health systems : improving performance. Geneva, World Health Organization

25.3. ჯანდაცვის სისტემის მართვა

მთავრობა ასრულებს მმართველის, ხელმძღვანელის როლს, რადგან იგი ხარჯავს იმ შემოსავლებს, რომლებსაც ადამიანები იხდიან გადასახადების და სოციალური შენატანების სახით, აგრეთვე რადგან მთავრობა ახდენს რეგულირებას, რომლითაც იგი მართავს სამედიცინო მომსახურების ოპერაციებს სხვა კერძო და ნებაყოფლობითი გარიგებებისას (WHO 2000).

ჯანდაცვის სისტემის მიზნებისა და ამოცანების გადაწყვეტა შესაძლებელია მხოლოდ ჯანდაცვის სისტემის იმ ძირითადი ფუნქციების წარმატებული განხორციელებით, როგორცაა ჯანდაცვის პოლიტიკის ფორმულირება და სისტემის მართვა, ხელმძღვანელობა, ადამიანური რესურსების მობილიზება (ინვესტირება და ტრენინგი), ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდების უზრუნველყოფა (პერსონალური და საზოგადოებაზე მიმართული) და დაფინანსება (შეგროვება, აკუმულირება და შესყიდვა).

მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ეროვნული პრიორიტეტია, ესაა პასუხისმგებლობა, რომელსაც ატარებს ყველა ქვეყნის მთავრობა, ამიტომ ჯანდაცვის სამინისტრო ვალდებულია თავისთავზე აიღოს მნიშვნელოვანი მმართველობითი ფუნქციები და განახორციელოს ურთიერთდამოკიდებული ქმედებები, რათა მიღწეულ იქნეს ძირითადი მიზნები, რომლებიც მიმართულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და სამართლიანობის გაუმჯობესებისაკენ.

შემოსავლების შეგროვება (რესურსების მობილიზაცია) – გულისხმობს თუ რომელი ორგანიზაციები ახორციელებენ შემოსავლების შეგროვებას, შენატანების გადახდის რა მეთოდები (მექანიზმები) გამოიყენება, ჯანდაცვის დაფინანსების რა წყაროები გამოიყენება.

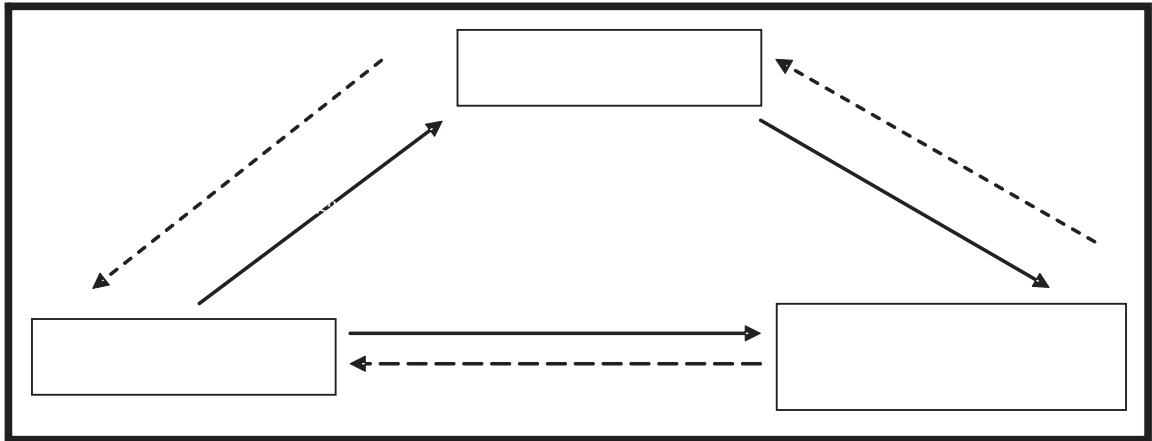
შემოსავლების გაერთიანება (რისკის გაერთიანება) გულისხმობს შეგროვებული შემოსავლების გაერთიანებას მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებს შორის რისკის გადასანაწილებლად. შემოსავლების გაერთიანებას ახორციელებდა როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო ორგანიზაციები.

რესურსების განაწილება (სერვისების შესყიდვა) გულისხმობს გაერთიანებული შემოსავლების სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებზე განაწილებას. სამედიცინო მომსახურების შესყიდვას ახორციელებენ როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო ორგანიზაციები.

ცხრილი 1: სამთავრობო პოლიტიკა და ჯანდაცვის პროგრამები

სამთავრობო პოლიტიკის ბერკეტები	ჯანდაცვის პროგრამებთან შესაბამისობა
სახელმწიფო ჯანდაცვის მთლიანი ბიუჯეტის ზომა	ადგენს ლიმიტს თუ რისი დახარჯვა შეუძლია მთავრობას
ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მექანიზმები (დონორების მხარდაჭერა, გადასახადები, პირდაპირი გადახდები, სოციალური დაზღვევის შენატანები)	რამდენად მოქნილი მექანიზმები გააჩნია მთავრობას ჯანდაცვის დაფინანსებისათვის და პოტენციური ფინანსური ბარიერები არსებობს სერვისის ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით (მაგ., გადასახადი, მათი დონე, გადასახადებისგან განთავისუფლება)
სახელმწიფო ჯანდაცვის ბიუჯეტის განაწილება	როგორ იყენებს მთავრობა სამედიცინო რესურსებს მაგალითად სერვისების მიწოდებაში, პერსონალის შტატი, პროვაიდერების სუბსიდირება, სექტორის რეგულირება, სექტორის კონფიგურაცია – პრევენცია თუ მკურნალობის სერვისი, პერსონალი თუ მიმწოდებლები, ინვესტიცია ადამიანურ რესურსებში (ტრენინგები) თუ ფიზიკური რესურსები (საავადმყოფო); რომელი პროგრამაა უფრო პრიორიტეტული და მოსახლეობის რომელ ნაწილს ექნება ბენეფიტი (მდიდრებს თუ ღარიბებს, ქალაქი თუ სოფელი)
სამოქალაქო საზოგადოებრივი ორგანიზაციების რეგულაცია	შეიძლება შეამსუბუქოს ან შეამციროს კერძო სადაზღვევო, არასამთავრობო და საზოგადოებრივი ორგანიზაციების ფუნქციონირება სამედიცინო მომსახურების მიწოდების თვალსაზრისით
პოლიტიკური მხარდაჭერა (მაგალითად ჯანდაცვის ისეთი პროგრამების მხარდასაჭერად, როგორცაა შიდსის პრევენცია, კონტრაცეპტივების გამოყენება, თბ მკურნალობა)	ჯანდაცვითი ინტერვენციების გაძლიერება
სპეციფიკური სამედიცინო სტანდარტების ან გაიდლაინების დანერგვა	სამედიცინო დახმარების ხარისხის ამაღლება, პროვაიდერების გაზრდა ან შემცირება, ისეთი ინტეგრირებული სექტორების დანერგვის ხელშეწყობა, როგორცაა მაგ., ბავშვთა დაავადებების ინტეგრაციული მართვა
მედიკამენტების რეგულირება	მედიკამენტების ხარისხის განვითარება და რაციონალური გამოყენება
ბიზნესის რეგულირება და გადასახადები	ჯანდაცვის სისტემაში კერძო სექტორის გაძლიერება

ნახაზი 3: ეკონომიკური ურთიერთობები ჯანდაცვის სექტორში



წყარო: Reinhardt Uwe E. “Resource Allocation in Health Care: The Allocation of Lifestyles to Providers,” The Millbank Quarterly, Vol. 65, No. 2, 1987, pp. 153-176.

ფინანსური დაცვა – არჰინ-ტენკორანგმა და ჩერნიხოვსკიმ, ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად, გამოთქვეს მოსაზრება, რომ აუაღობისგან ფინანსური დაცვის ოთხი სტადია არსებობს.

ცხრილი 2: ფინანსური დაცვის სქემა არჰინ-ტენკორანგის და ჩერნიხოვსკის მიხედვით

ფინანსური დაცვის სტადიები	არჰინ-ტენკორანგი	ჩერნიხოვსკი
1	საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაზღვევა	მიკროდაზღვევა
2	სადაზღვეო რისკის ფონდის შექმნა (Risk Pool)	ფრაგმენტიზებული მეთოდი
3	სადაზღვეო რისკის ფონდის (Risk Pool) კონსოლიდაცია	უნივერსალური ჯგუფობრივი მოდელი
4	უნივერსალური სადაზღვეო მოცვა	უნივერსალური გაერთიანების (Pool) მოდელი

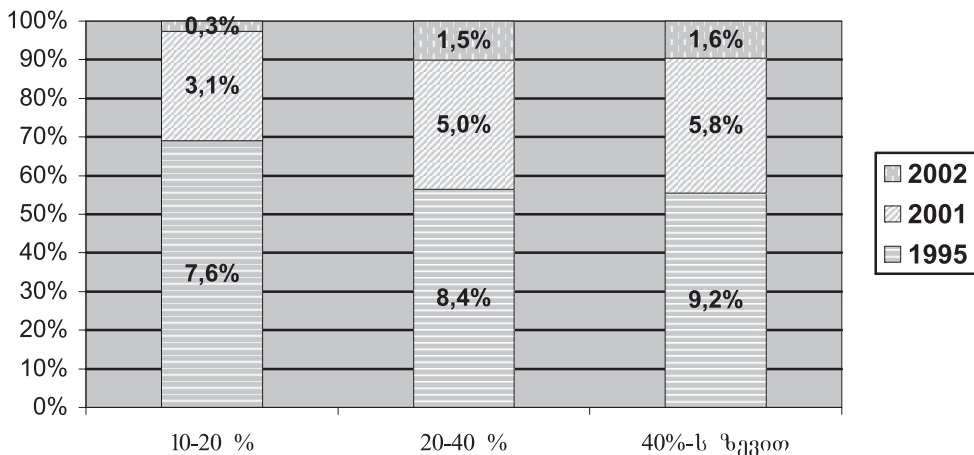
ფინანსური რისკისაგან დაცვა შეიძლება მოკლედ ჩამოყალიბდეს შემდეგი სახით: სამედიცინო მომსახურებამ არ უნდა გამოიწვიოს მოსახლეობის გაღარიბება. ისინი არ უნდა იღვწენ ჯანმრთელობასა და ეკონომიკურ მდგომარეობას შორის არჩევანის წინაშე. არსებითად, აღნიშნული პრობლემა გამოხატავს ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას შორის უშუალო კავშირს: სამედიცინო მომსახურების ხარჯებთან დაკავშირებული ადამიანთა გაღარიბება, ან პირიქით, ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ეფექტურობა სამედიცინო მომსახურების მიღებისას ადამიანთა გაღარიბების რისკისგან დაცვის თვალსაზრისით. არსებობენ აღნიშნული ამოცანის შესრულების შეფასების სტანდარტული ზომები. იგი გამოიყენება ნებისმიერ ქვეყანაში, რომელიც ფლობს შინამეურნეობის გამოკვლევის შემდეგი სახის უტყუარ მონაცემებს:

- < შინამეურნეობის წილი, რომლებშიც სამედიცინო მომსახურებაზე ხარჯები “კატასტროფულ” დონეს აღწევს (ჯანდაცვაზე ხარჯები აღემატება ოჯახის საერთო ხარჯების განსაზღვრულ ზღვრულ სიდიდეს ან საარსებო მინიმუმს).
- < ხარჯების დონე, რომელიც გაღარიბებას განაპირობებს, ანუ ჯანდაცვაზე ხარჯების

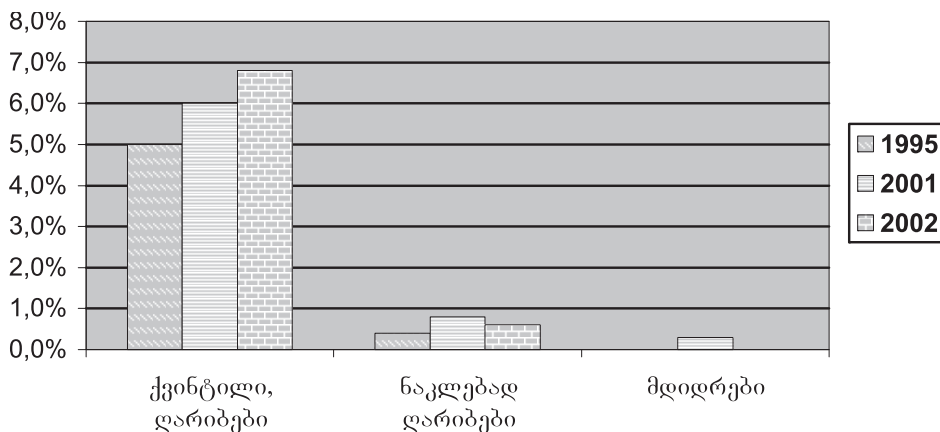
გაუღენა ღარიბთა რაოდენობაზე (იმ შინამეურნეობების წილი, რომლებიც აღმოჩნდნენ სიღარიბის ზღვარს ქვევით) ან “სიღარიბის სიღრმე” (ჯანდაცვაზე დანახარჯების გამო რამდენად დაშორდა შინამეურნეობა სიღარიბის ზღვარს).

ქვემოთ მოცემული ნახაზი ასახავს ჯანდაცვაზე ხარჯების მაჩვენებელს, რომელიც “კატასტროფულ” და გაღატაკების ხასიათს ატარებს.

ნახაზი 4: შინამეურნეობების პროცენტული რაოდენობა ჯანდაცვაზე მაღალი პირადი ხარჯებით, რომელიც აღემატება განსაზღვრულ “კატასტროფულ” ზღვრულ დონეს (ოჯახის საერთო ხარჯების 10, 20, 40 %), ესტონეთი.



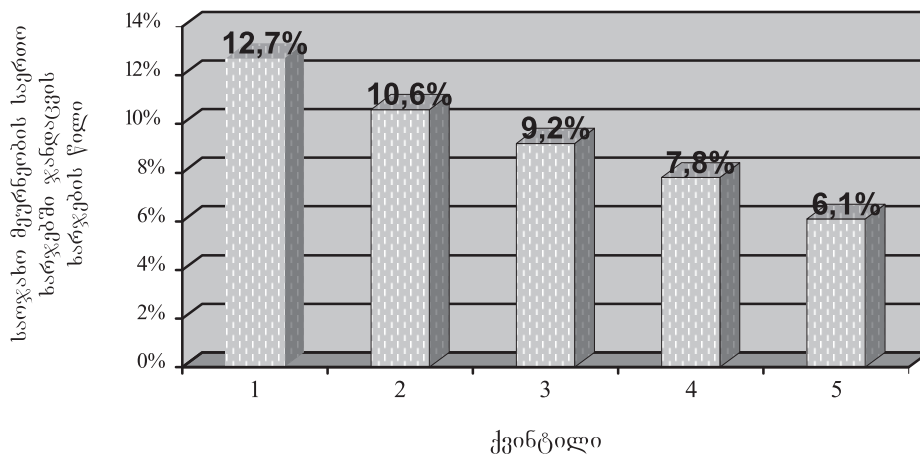
ნახაზი 5: ჯანდაცვაზე მაღალი პირადი ხარჯების გამო გაღატაკებული შინამეურნეობების პროცენტული რაოდენობა, შემოსავლების დონის მიხედვით, ესტონეთი.



დაფინანსების სამართლიანობა – ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების სამართლიანობა გულისხმობს, რომ გადახდისუნარიანობის შესაბამისად ღარიბებმა არ უნდა გადაიხადონ მდიდრებზე მეტი. ამგვარად, დაფინანსების სამართლიანობის უზრუნველყოფა მჭიდროდაა დაკავშირებული სოლიდარობასთან. აღნიშნული ამოცანის განხორციელება უნდა ატარებდეს მრავალმხრივ ხასიათს, კერძოდ, უნდა მოიცავდეს ჯანდაცვის ხარჯების ყველა წყაროს შესწავლას და მათ დამოკიდებულებას კონკრეტული შინამეურნეობის მიერ გაწეულ სამედიცინო

დანახარჯებთან. სრული ანალიზის ჩასატარებლად აუცილებელია ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების სხვადასხვა წყაროების გამოვლენა. ფაქტიური მონაცემების მიხედვით, სავალდებულო გადასახადები (საერთო გადასახადები, სავალდებულო სადაზღვევო შენატანები) უფრო სამართლიან ხასიათს ატარებენ, ნაბაყოფლობითი გადასახადები (ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის დაზღვევა) სამართლიანობის შედარებით დაბალი დონით ხასიათდება, ხოლო ჯიბიდან გადახდები წარმოდგენენ ყველაზე უფრო არასამართლიან ფორმას. ქვემოთ მოყვანილ გრაფიკზე ნაჩვენებია ალბანეთში (2002 წ.) ჯიბიდან გადახდებისას ჯანდაცვაზე ხარჯების არათანაბარი განაწილება. ამგვარად, ბევრი ქვეყნისათვის სოლიდარობის პრინციპის განხორციელება მოითხოვს რეფორმის ისეთი სტრატეგიის შემუშავებას, სადაც ჯანდაცვის საერთო ხარჯებში მნიშვნელოვნად შემცირდება ჯიბიდან გადახდების წილი.

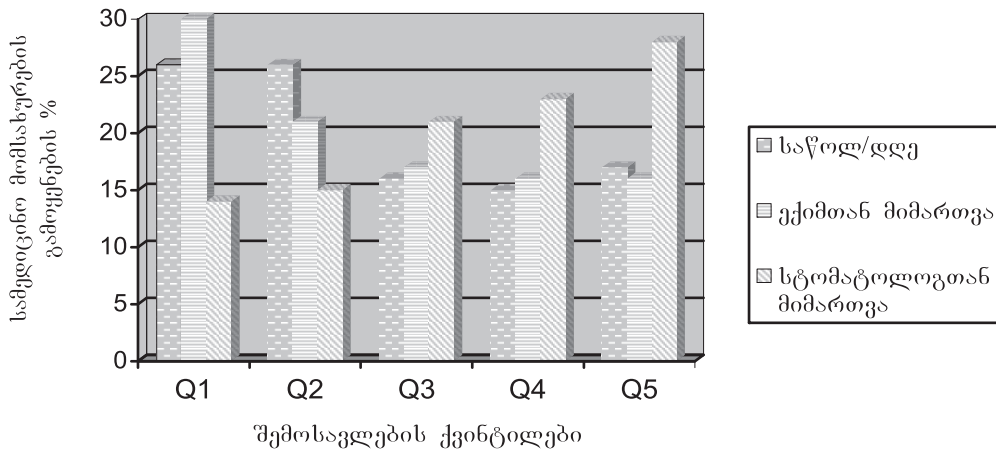
ნახაზი 6: ჯიბიდან გადახდის არათანაბრობა, ალბანეთი, 2002 წ.



ჯანდაცვის რესურსების სამართლიანი გამოყენება – სამედიცინო მომსახურება და რესურსები დამოკიდებული უნდა იყოს პაციენტის საჭიროებებზე და არა მათ გადახდისუნარიანობაზე. ამგვარად, ჯანდაცვის რესურსების სამართლიანი გამოყენება გულისხმობს ჯანდაცვის ხარჯების და რესურსების სამართლიან განაწილებას, თუმცა მისი შეფასება საკმაოდ რთულია, რადგან არ არსებობს საჭიროების ობიექტურად შეფასების შედარებით იაფი მეთოდოლოგია. არის მცდელობა საჭირო რესურსების გამოყენება დაუკავშირონ ჯანმრთელობის ან საჭიროების თვითშეფასებას. ასეთი მეთოდი არასრულყოფილია, მაგრამ საშუალებას იძლევა მოხდეს გამოყენებისა და საჭიროების მონაცემების ინტერპრეტაცია.

ქვემოთ მოცემული ნახაზი გამოსახავს სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა სახეების გამოყენებას მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებში (შემოსავლების მიხედვით). მოსახლეობის ყველაზე დაბალშემოსავლიან ნაწილზე (40 %, შემოსავლების ორი ყველაზე დაბალი ქვინტილი) მოდის სტაციონარული საწოლ-დღეების და ექიმთან მიმართვიანობის ნახევარზე მეტი. ამასთან, მოსახლეობის ყველაზე შეძლებულ ნაწილზე (20 %) მოდის სტომატოლოგიური მიმართვიანობის 28 %-ზე მეტი³. ღარიბ მოსახლეობაში ზოგადი პრაქტიკის ექიმებთან მიმართვიანობის და სტაციონარული დახმარების მაღალი გამოყენება აიხსნება ფაქტიური მოთხოვნების განსხვავებებში, აგრეთვე ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის მიერ ეფექტური დაცვის უზრუნველყოფასთან. აქვე აღსანიშნავია, რომ მდიდარ ფენებში სტომატოლოგიური მიმართვიანობის მაღალი დონე არ ასახავს მოსახლეობის რეალურ მოთხოვნებს.

ნახაზი 7: ჯიბიდან გადახდების არათანაბრობა, ალბანეთი, 2002 წ.



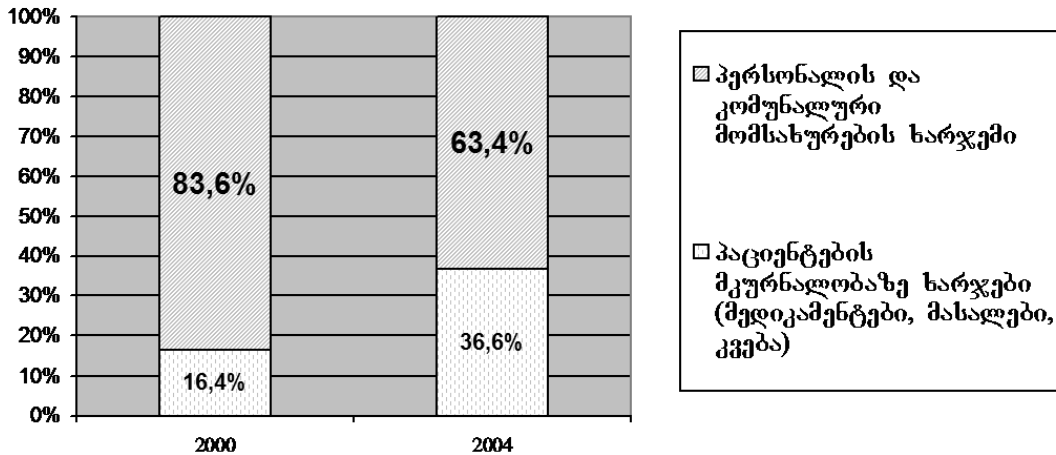
სისტემის **გამჭვირვალობის და ანგარიშგების** დონის ამაღლება გულისხმობს ყველა მხარეების მიერ მოსახლეობის ვალდებულებების და უფლებების გაგებას. იგი ასახავს სახელმწიფოს პასივისმგებლობას მოსახლეობის მიმართ. ამასთან დაკავშირებით, სახელმწიფო პერიოდულად უნდა ახდენდეს მოსახლეობის მიმართ ანგარიშგებას, კერძოდ, პრაქტიკაში თუ როგორი ხარისხით სრულდება მის მიერ აღებული ვალდებულებები. გამჭვირვალობასთან პირდაპირ კავშირშია სამედიცინო მომსახურებისთვის არაფორმალური გადახდის დონე, ანუ პაციენტის მიერ მომსახურების მიწოდებლებისათვის ფულის პირდაპირი, სალაროს გარეშე გადახდა ან საჩუქრის ჩუქება. ასეთი გადახდის დონე კორელაციაშია გამჭვირვალობის ხარისხთან. ანგარიშგების შეფასება შესაძლებელია შედარებით მარტივად – ფინანსურ რელსებზე თვალყურისდევნებით და ანგარიშგებით (აუდიტი), ან შედარებით რთულად – შეთანხმებულ დონისძიებებთან დაკავშირებით შესრულებაზე ანგარიშგებით, ან უფრო რთულად – მოქალაქეების თვალთ სახელმწიფოს მიერ აღებული ვალდებულებების შესრულების ხარისხით.

ანგარიშგების კარგ მაგალითს წარმოადგენს ესტონეთის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდის ყოველწლიური ანგარიში, სადაც ქვეყნდება ეფექტურობის მაჩვენებლებზე დაფუძნებული ისეთი შედეგები, როგორიცაა მოსახლეობის დაკმაყოფილების დონე, საკუთარი უფლებების შესახებ ინფორმირებულობა, ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა და ხარისხის დონე, რესურსებსა და დადგენილ შედეგებს შორის აუცილებელი ბალანსის შენარჩუნება, მომხმარებელთა მომსახურების ხარისხი, კორპორატიული მართვის პრინციპები და ეფექტური სამეურნეო მართვა⁴.

დაფინანსების სისტემებმა უნდა უზრუნველყონ სამედიცინო დახმარების მაღალი **ხარისხისა და ეფექტურობის** ამაღლების სტიმულირება. მაგ. 2003 წელს დიდ ბრიტანეთში ჯანდაცვის ნაციონალურ სამსახურსა და ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს შორის დადებული კონტრაქტი ითვალისწინებდა ჯანდაცვაში გარკვეული მაჩვენებლების მიღწევისას (ჰიპერტონიის და ქოლესტერინის შემცირება) ფინანსურ დასაჩუქრებას, ხოლო საფრანგეთში სტაციონარულ დაწესებულებებთან დადებული ხელშეკრულება ითვალისწინებდა შიდაჰოსპიტალური ინფექციების შემთხვევების რაოდენობის შემცირებისას ფინანსურ სტიმულირებას. ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში ეფექტურობაზე ორიენტირებული რეფორმების გასატარებლად განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ჯანდაცვის სისტემის ფიზიკური ინფრასტრუქტურის შემცირებას (მათ შინახვასთან დაკავშირებული მაღალი ხარჯების გამო). ამასთან დაკავშირებით ეფექტურობის მთავარ მაჩვენებელს წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურის შენახვასთან დაკავშირებული

ხარჯების (მაგ., კომუნალური ხარჯები, პერსონალი) წილის შეფარდება პაციენტების მკურნალობასთან დაკავშირებულ ხარჯებთან (მაგ., მედიკამენტები, სამედიცინო მასალები). ქვემოთ გამოსახულ ნახატზე გამოსახულია ყირგიზეთის მაგალითი⁵.

ნახაზი 8: საავადმყოფოების სახელმწიფო დაფინანსების სტრუქტურა დაფინანსების რეფორმამდე და რეფორმის შემდეგ

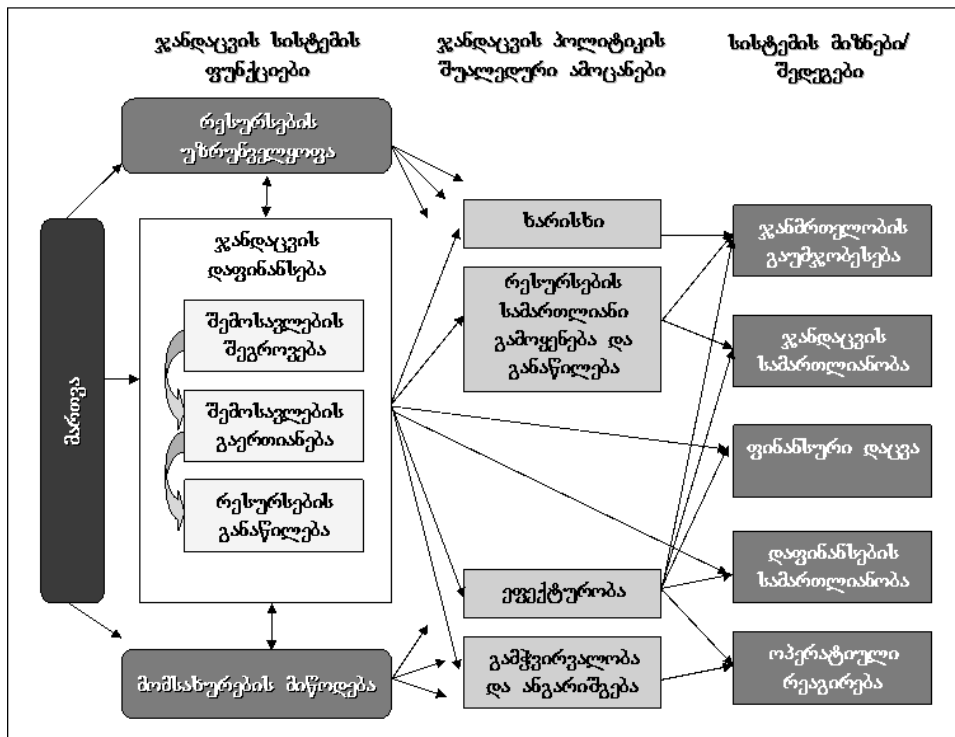


წყარო: Purvis GP et al. Evaluating Manas health sector reforms (1996–2005): focus on restructuring Bishkek, Manas Health Policy Analysis Project, 2005 (Policy Research Paper No. 30).

ადმინისტრაციული ეფექტურობის ხელშეწყობა მოიცავს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ადმინისტრირებაზე ფუნქციური პასუხისმგებლობისა და ღებლირების მინიმუმაციაზე ფოკუსირებას. ეს არ გულისხმობს ადმინისტრირების ხარჯების შემცირებას, არამედ ცდილობს ადმინისტრაციული ფუნქციების ხარჯთეფექტურობის მაქსიმალიზაციას (პოლიტიკის ამოცანებზე გავლენის კუთხით).

მე-2 ნახატზე ასახულია კავშირი ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ამოცანებს, ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციებსა და მთავარ მიზნებს შორის. აქ ილუსტრირებულია ის კონცეფცია, რომ ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა არ მოქმედებს დამოუკიდებლად, მხოლოდ სისტემის ფუნქციონირების კოორდინირებული პოლიტიკითაა შესაძლებელი შუალედური და გრძელვადიანი მიზნების მიღწევა და საბოლოო შედეგის მიღება.

ნახაზი 2: ჯანდაცვის სისტემების ფუნქციებს, ამოცანებსა და მიზნებს შორის კავშირი, ჯანმო 2000.



საკონტროლო კითხვები

1. რა წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციებს?
2. ჩამოთვალეთ ჯანდაცვის სისტემის მიზნები.
3. ეფექტურობის მიზნით როგორ ხორციელდება რესურსების განაწილება?
4. რას გულისხმობს დაფინანსების სამართლიანობა?
5. რას ნიშნავს ჯანდაცვის რესურსების სამართლიანი გამოყენება?

ლიტერატურა

1. Murray, CJ, Frenk, J, 2000, “A framework for assessing the performance of health systems, Bulletin of the World Health Organization, 78 (6), 717
2. World Health Organization (2000). Health systems : improving performance. Geneva, World Health Organization., Figure 2.1, page 25
3. Layte R, Nolan B. Equity in the utilization of health care in Ireland. Dublin, Economic and Social Research Institute, 2004 (Working Paper 2)
4. Annual report 2005. Tallinn, Estonian Health Insurance Fund, 2005
5. Purvis GP et al. Evaluating Manas health sector reforms (1996–2005): focus on restructuring Bishkek, Manas Health Policy Analysis Project, 2005 (Policy Research Paper No. 30)
6. ქ. გოგინაშვილი, ჯანდაცვის დაფინანსება საქართველოში, 1995-2005 წწ. საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, სადიპლომო ნაშრომი, 2008 წ.

თავი XXVI

ჯანდაცვის სისტემის რეგულირების მიქანიზმები

26.1. სახელმწიფო ჩარევაში ჯანდაცვის სექტორში

ეკონომიკური თეორიის ფუძემდებლის, შოტლანდიელი ეკონომისტის, ადამ სმიტის (1723-1790 წწ.) მიხედვით, სახელმწიფომ არ უნდა განახორციელოს ჩარევები საბაზრო ეკონომიკაში. სმიტის აზრით, “ფასის გარდა, ყველა სხვა საგნები თანაბარ პირობებშია”. ჯანდაცვის სექტორში “ყველა სხვა საგნები” ნაკლებად თანაბარ პირობებში იმყოფება.

ამერიკელი ეკონომისტის მარტინ სტიუარტ ფელდშტეინის (Martin Stuart Feldstein) მიხედვით, ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფოს როლს წარმოადგენს *პოლიტიკის განსაზღვრა*. სახელმწიფო წყვეტს:

- < რამდენი დახარჯოს სამედიცინო სერვისებზე;
- < როგორ უკეთ განხორციელდეს სერვისების წარმოება (მენეჯმენტი და ტექნოლოგია);
- < როგორ გაანაწილოს სერვისები.

სახელმწიფო აწარმოებს *საზოგადოებრივ სიკეთეს*, რომლის წარმოება მხოლოდ კერძო ბაზრის მეშვეობით ეფექტურად არ განხორციელდება. საზოგადოებრივი სიკეთე კოლექტიური მოხმარებისაა.

სახელმწიფო დაინტერესებულია მოახდინოს *გარეშე ეფექტების (externalities) კორექცია*, უფასო გახადოს იმ პროდუქტების მოხმარება, რომლებიც პირდაპირ არ არის ჩართული საბაზრო გარიგებებში.

სახელმწიფო პასუხისმგებელია მოახდინოს *შემოსავლების გადაანაწილება*. სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით სახელმწიფო გადასახადებს აწესებს საზოგადოების გარკვეულ წევრებზე, რომ განხორციელოს სხვა წევრების *სუბსიდირება*. ამის მაგალითს წარმოადგენს საქართველოში სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების პროგრამა. ა.შ.შ-ში მოქმედებს მედიქეისა (65 წელს ზევით მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისათვის) და მედიქეიდის (ღარიბი მოსახლეობისათვის) სახელმწიფო პროგრამები.

სახელმწიფო ახორციელებს *ბაზრის რეგულირებას* საბაზრო ნაკლოვანებების პრევენციის მიზნით:

- < ანტიმონოპოლური კანონმდებლობა;
- < სამედიცინო მომსახურების ხარისხის რეგულირება

სახელმწიფოს პოლიტიკა საბაზრო ნაკლოვანებების პრევენციაზე მოიცავს შემდეგ საკითხებს:

- < სამედიცინო ბაზარზე შესვლის შეზღუდულობა;
- < ლიცენზირება;
- < ანაზღაურება;
- < რეგულირება.

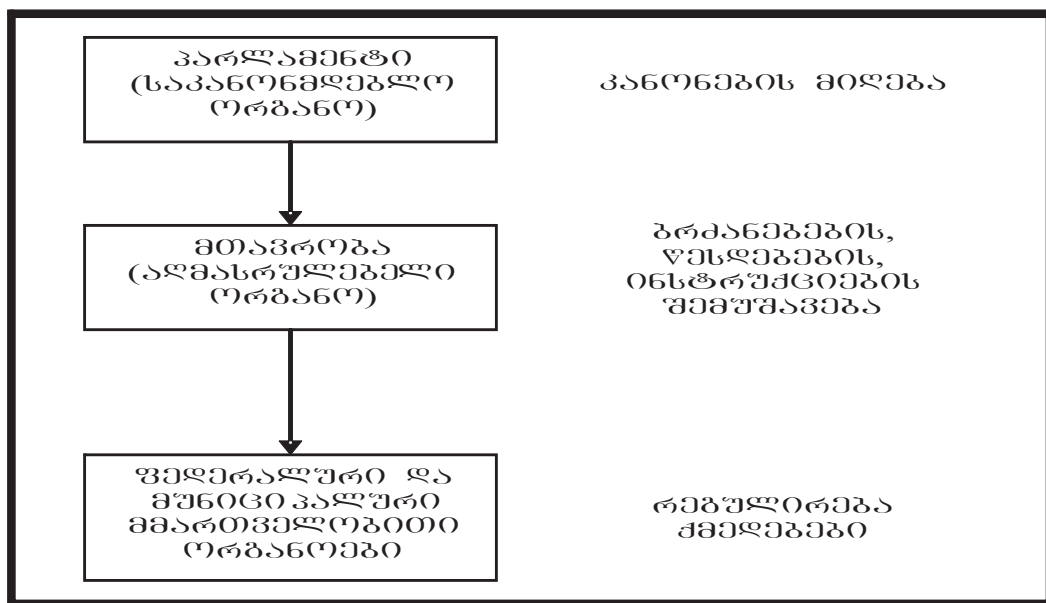
ცნობილი ჯანდაცვის ეკონომისტის, ჯანდაცვის ეკონომისტთა საერთაშორისო ასოციაციის პრეზიდენტის, ტომ გეტზენის (Thomas E. Getzen) აზრით, “პრობლემა მდგომარეობს არა რეგულაციაში ან კონკრენციაში, არამედ რა კომბინაციები და კომპრომისები უნდა გაკეთდეს” (Getzen, 2004).

სახელმწიფოს უმთავრესი როლი მდგომარეობს ჯანდაცვის *პოლიტიკის ფორმულირებაში*. სახელმწიფოს გადამწყვეტი როლი ეკისრება “ავტორიტეტული გადაწყვეტილებების მიღებაში

სახელმწიფოს საკანონმდებლო, აღმასრულებელ და სასამართლო დონეებზე, რომელთა დანიშნულებაა გავლენა მოახდინონ სხვათა ქმედებებზე, ქცევებზე და გადაწყვეტილებებზე”.

პარლამენტი, როგორც საკანონმდებლო ორგანო ღებულობს კანონებს. რეგულირებები წარმოადგენენ კანონის საფუძველზე შემუშავებულ დეტალურ ინსტრუქციებს, წესდებებს, ბრძანებებს, რომლებსაც ადგენენ აღმასრულებელი ორგანოები და რომლებიც ატარებენ სავალდებულო ხასიათს. ფედერალური და მუნიციპალური მმართველობითი ორგანოები მოქმედებენ აღნიშნული ინსტრუქციების, ბრძანებების, წესდებების და რეგულირების საფუძველზე მოქმედებენ.

ნახაზი 1: სახელმწიფო რეგულირების მექანიზმები



სახელმწიფო მმართველობით ორგანოებთან დაკავშირებით ორი თეორია არსებობს:

< **საზოგადოებრივი ინტერესის თეორია** – მიღებული კანონის დანიშნულებაა, მის საფუძველზე ისეთი სერვისების დანერგვა, რომელიც შესაბამისობაშია საზოგადოების ინტერესებთან.

< **ეკონომიკური თეორია** – პოლიტიკური ბაზარი არ განსხვავდება ეკონომიკური ბაზრისაგან, პიროვნებები და ისევე როგორც საწარმოები მოქმედებენ თავიანთ ინტერესების შესაბამისად.

ამერიკელი ეკონომისტის თომას სოუელის (Thomas Sowell) აზრით, პოლიტიკის ფორმულირება პოლიტიკოსებისა და ეკონომისტების ურთიერთქმედების შედეგად ხორციელდება (2004). ჯანდაცვის პოლიტიკის მრავალი გადაწყვეტილება ნაჩქარევ, მხოლოდ ერთხელ ნაფიქრალის შეხედულებას ტოვებს, რადგან იგი პოლიტიკური ფაქტორების გავლენის შედეგადაა განპირობებული და შესაბამისად, გათვლილია სწრაფ, მოკლევადიან ეფექტებზე. ეკონომისტების ამოცანაა ჯანდაცვის ისეთი პოლიტიკის შემუშავება, რომელიც ფუკუსირებული იქნება უფრო გრძელვადიან სტრატეგიაზე.

პოლიტიკის გადაწყვეტილებები მოიცავს სხვადასხვა მხარეებს შორის შეთანხმებებს, საკუთარი ინტერესების დათმობებს, გარკვეული მიზნის მისაღწევად მსხვერპლის გაღებასაც კი. ხშირად, ასეთ საკითხებს განეკუთვნება: მაღალი გადასახადები, მომხმარებელთა არჩევანის შეზღუდვა, სისტემის სირთულე, მეტი რეგულაცია.

პოლიტიკის შემუშავების პროცესი მოიცავს:

ა) პოლიტიკის ფორმულირება

I. დღის წესრიგი

- < პრობლემების განსაზღვრა და დასაბუთება;
- < გადაწყვეტილებების შეფასება;
- < პოლიტიკური ვითარების ფორმირება ლობირების მეშვეობით.

II. პოლისის დანერგვა

1. კანონმდებლობის შემუშავებაში მონაწილეობის მიღება;
2. კანონის მიღების პროცესში საპარლამენტო მოსმენებში აქტიური მონაწილეობის მიღება

ბ. პოლიტიკის დანერგვა

I. მართვის წესების შემუშავება

1. ფორმალური კომენტარების გაკეთება შესამუშავებელ პროექტზე;
2. მრჩეველთა საბჭოში წარმომადგენლობითი მონაწილეობა

II. ოპერაციული პოლიტიკა

1. პოლიტიკის განმახორციელებლეთან თანამშრომლობა და ურთიერთქმედება.

გ. პოლიტიკის მოდიფიკაციები

1. მოდიფიკაციის დასაბუთება ოპერაციული გამოცდილებისა ფორმალური შეფასების საფუძველზე.

სხვადასხვა ქვეყნებში ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფო ჩარევები სხვადასხვა ფორმებს ატარებს. განსხვავებულია ჩარევის ხარისხიც. ასე მაგალითად, ა.შ.შ-ში, სადაც უპირატესად ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევაა განვითარებული, ჯანდაცვის ხარჯების 40 %-ის დაფინანსება სახელმწიფო პროგრამების (“მედიქა” და “მედიქეიდის”) საშუალებით ხორციელდება. სახელმწიფო ჩარევის ხარისხი მუდმივად იცვლება – ძლიერდება იქ, სადაც იგი სუსტია, სუსტდება იქ, სადაც იგი განსაკუთრებით ძლიერია. ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფო ჩარევის ხარისხი დამოკიდებულია ტრადიციებზე, წინაისტორიაზე, ეროვნულ მენტალიტეტზე და სხვა ფაქტორებზე.

ასე მაგალითად, აღმოსავლეთ ევროპის და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნები, სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემიდან გადავიდნენ სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის კონკურენტულ მოდელზე. აქვე აღსანიშნავია, რომ ბევრი ქვეყანა მზად არ აღმოჩნდა ფუნდამენტური რეფორმების ჩატარებისათვის.

ერთი შეხედვით, ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო რეგულირების აუცილებლობა, შეიძლება წარმოვიდგინოთ როგორც უპირატესად მართვის ადმინისტრაციულ მეთოდებზე დაფუძნებული სისტემის ფორმირება. ასეთი სისტემის ძირითად ნიშნებს წარმოადგენს:

- < ყველა სამედიცინო ორგანიზაცია სახელმწიფოს საკუთრებას წარმოადგენს, მათ აქვთ სახელმწიფო დაწესებულების სტატუსი, რომელთაც ხელისუფლების აღმასრულებელი ორგანოები (ჯანდაცვის მართვის ორგანოები) მართავენ;
- < ჯანდაცვის მმართველობითი ორგანო წინასწარ განსაზღვრული ნორმატივების საფუძველზე გვემავს სახელმწიფო დაწესებულებათა ქსელს;
- < სამედიცინო დაწესებულების დასაფინანსებლად გამოიყენება არსებული რესურსების (საწოლთა ფონდები, სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა და ა.შ.) მიხედვით დაფინანსების მეთოდი;

< სამედიცინო დაწესებულებებს არ აქვთ რესურსების თავისუფალი მანევრირების უფლება;
 < არ არსებობს სახელმწიფო ურთიერთობები დამფინანსებელ მხარესა და სამედიცინო ორგანიზაციას (მიმწოდებელს) შორის.

ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფოს სრული ჩარევა მართვის ეკონომიკური მეთოდების როლის დაქვეითებას განაპირობებს. სამედიცინო ორგანიზაციები ორიენტირებული არიან მხოლოდ ნორმატივების სისტემაზე და არ გააჩნიათ საქმიანობის მოცულობის გაფართოების და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაზრდის ეკონომიკური სტიმულები.

მართვის ადმინისტრაციული მეთოდების ბატონობა და რესურსების მაჩვენებლების მიხედვით დაფინანსება წარმოადგენს ჯანდაცვის ექსტენსიური განვითარების საფუძველს. განვითარების ასეთი გზა ეფუძნება დასახული შედეგების მიღწევას მხოლოდ შრომითი და მატერიალური რესურსების გაზრდის მეშვეობით.

ასეთი გზის საპირისპიროს წარმოადგენს ინტენსიური განვითარების გზა, რომლის დროსაც დაგეგმილი შედეგები მიიღწევა როგორც დამატებითი შენატანების, ასევე რესურსების არსებული ბაზის უფრო ეფექტური გამოყენების მეშვეობით.

როგორც ხემათ აღენიშნეთ, სახელმწიფო ახორციელებს ჯანდაცვისათვის საჭირო სახსრების შეგროვებას და შემოსავლების გადანაწილებას მდიდრებიდან ღარიბებზე (ანუ ხელფასის ან შემოსავლების პროპორციული სავალდებულო გადასახადებზე შენატანების შეგროვება). შეგროვილი თანხებით სახელმწიფო მოსახლეობისათვის ყიდულობს სამედიცინო მომსახურებას.

პოსტსაბჭოთა ქვეყნების გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ დაბალგანვითარებულ ქვეყნებში სახელმწიფოს არ შეუძლია პაციენტს მისცეს სამედიცინო დახმარების საჭირო მოცულობისა და ხარისხის გარანტია და დაიცვას მისი ინტერესები.

ზემოაღნიშნულიდან შეიძლება გავაკეთოთ დასკვნა:

< სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის ამოცანებს და ჯანდაცვის რესურსების ეფექტურ გამოყენებას მხოლოდ საბაზრო რეგულატორების გამოყენება არ წყვეტს.

< ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფოს სრული ჩარევა, რომელიც დაფუძნებულია ადმინისტრაციულ-მბრძანებლურ მართვაზე, აგრეთვე არ წყვეტს სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის პრობლემებს და რესურსების ეფექტურ გამოყენებას.

26.2. რეგულირებადი ბაზრის მოდელის პირითადი ასაქმება

ბევრ ქვეყნებში მიმდინარეობს საბაზრო რეგულატორების და დაგეგმარების ერთმანეთთან შეთავსების გზების ძიება და შერეული მოდელის დანერგვა, რომელშიც მონაწილეობენ სახელმწიფო მართვის ორგანოები, დამფინანსებელი მხარეები და სამედიცინო ორგანიზაციები. ამ მოდელის სახესხვაობებმა მიიღეს შემდეგი სახელწოდებები: “შიდა ბაზარი” (დიდი ბრიტანეთი), “დაგეგმილი ბაზარი” (შვეიცია), “რეგულირებადი კონკურენცია” (ა.შ.შ., ნიდერლანდები). ქვემოთ მოყვანილი რეგულირებადი ბაზრის მოდელი მოიცავს სხვადასხვა მოდელის მთავარ ნიშნებს.

ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემის რეფორმირების საფუძველს წარმოადგენს ოთხი მთავარი ასპექტი.

1. სახელმწიფო ან სხვა ორგანო, რომელიც პასუხისმგებელია სახელმწიფო ჯანდაცვის (დამფინანსებელი მხარე) დაფინანსებაზე, წარმოგვიდგება სამედიცინო დახმარების შემსყიდველად. ამ როლში დამფინანსებელი მხარე გამოხატავს მოსახლეობის ინტერესებს და ხელშეკრულებით ურთიერთობებს ამყარებს ნებისმიერ სამედიცინო ორგანიზაციასთან, რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო დახმარების ხარისხთან, ხელმისაწვდომობასთან და მოცულობასთან დაკავშირებული მოთხოვნების შესრულებას. **საქვეუწყებო დაწესებულებების შენახვის პრინციპი ადგილს უთმობს**

შემსყიდველსა (შემკვეთი) და მიმწოდებელს (აღმასრულებელს) შორის ხელშეკრულებითი ურთიერთობების პრინციპს. ჯანდაცვის ფინანსური რესურსების უმეტესი ნაწილი ხორციელდება სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებთან ხელშეკრულებითი ურთიერთობების სისტემის მეშვეობით.

2. **დამფინანსებელი მხარე, როგორც სამედიცინო დახმარების შემსყიდველი გეგმავს სამედიცინო დახმარების მოცულობას და სტრუქტურას.** გეგმები გარდაიქმნებიან კონკრეტულ შეკვეთებად, რომლებიც ხელშეკრულების საფუძველზე უნდა განახორციელოს სამედიცინო დაწესებულებებმა. სამედიცინო ორგანიზაციის ანაზღაურება ხორციელდება სამედიცინო დახმარების შეთანხმებული მოცულობების საფუძველზე.

3. სამედიცინო დახმარების შემსყიდველები მიზანმიმართულად ახდენენ საბაზრო გარემოს ფორმირებას ორგანიზაციული ღონისძიებების კომპლექსის და შეკვეთების კონკურსის მექანიზმებით განხილვის მეშვეობით. **არჩევა ხორციელდება შემკვეთის მიერ ხარისხზე, მოცულობაზე და სამედიცინო დახმარების გაწევის პირობებზე ფორმულირებული მოთხოვნების საფუძველზე, შეკვეთის მისაღებად პრეტენდენტების განაცხადებზე ღია განხილვის მექანიზმის გამოყენებით.**

4. ჯანდაცვის სახელმწიფო მართვის ორგანოები რეგიონალურ და ცენტრალურ დონეებზე შეიმუშაებენ და ახორციელებენ მოსახლეობის ჯანდაცვის პოლიტიკას, რომლის ფარგლებში მოქმედებენ სამედიცინო დახმარების შემსყიდველები. ამ **პოლიტიკის ცენტრალურ რგოლს წარმოადგენს სისტემაში მიკრო-წონასწორობის უზრუნველყოფა, ანუ სამედიცინო დახმარების მიწოდების და არსებული ფინანსური რესურსების მიმართებით სახელმწიფო ვალდებულებების დაბალანსება.** იგი განსაზღვრავს ჯანდაცვის ცენტრალური და რეგიონული მართვის და დაფინანსების ორგანოების გეგმიური და მარეგულირებელი საწყისის გაძლიერებას.

რეგულირებადი ბაზრის შექმნის მიზანია – სამედიცინო დახმარების ხარისხის და ხელმისაწვდომობის უფრო მაღალი მაჩვენებლების უზრუნველყოფა, მართვის საბაზრო მექანიზმების უფრო ფართო გამოყენებით რესურსების ეფექტური გამოყენების მიღწევა. ამ დროს შენარჩუნებულია უპირატესად ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსება და უფასო სამედიცინო დახმარების გაწევის სახელმწიფო გარანტიები. სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების ძირითადი ნაწილი სახელმწიფოს საკუთრებაში რჩებიან, თუმცა გააჩნიათ მნიშვნელოვანი ავტონომია.

ჯანდაცვის რეგულირებადი ბაზრის მნიშვნელოვან განმასხვავებელ ნიშანს სხვა სფეროების ბაზრებისგან წარმოადგენს ის გარემოება, რომ საბაზრო ხასიათის ურთიერთობები სისტემის შიგნით ყალიბდება. მაგალითად, როდესაც სათამაშოების მწარმოებლები მკვეთრად ზრდიან გაყიდვების მოცულობას, მაშინ ისინი სხვა საქონლის მწარმოებლებთან ბრძოლას იგებენ მომხმარებლის თითო ლარზე. სახელმწიფო ჯანდაცვაში ფინანსური შემოსავლების საერთო მოცულობა დაფინანსების სახელმწიფო წყაროს ფარგლებში იგივე რჩება, იცვლება მხოლოდ საშუალებების განაწილება – შედარებით ნაკლებ ეფექტური ორგანიზაციიდან უფრო მეტად ეფექტურ ორგანიზაციაზე. სწორედ ამიტომ ჯანდაცვაში საბაზრო ურთიერთობების სისტემა ხასიათდება როგორც “შიდა ბაზარი”.

რეგულირებადი ბაზრის მოდელის ფარგლებში, როგორც წესი, გამოიყენება შესაძლო საბაზრო მექანიზმების არა ყველა, არამედ მხოლოდ ნაწილი. მაგალითად, გამოიყენება სამედიცინო დახმარების შემსყიდველსა და მიმწოდებელს შორის სახელშეკრულებო ურთიერთობები, მაგრამ სხვა სასაქონლო ბაზრისგან განსხვავებით, სამედიცინო დახმარების ფასებს (ტარიფებს) ადგენს სახელმწიფო. ან სხვა შემთხვევაში, ფასები შეიძლება იყოს სახელშეკრულებო, მაგრამ სახელმწიფო არ ახდენს იმ სამედიცინო ორგანიზაციების დახურვას და გაბანკროტებას, რომლებსაც არ მიუღიათ სამედიცინო დახმარების მიწოდებაზე შეკვეთა. ასეთი ხასიათის საბაზრო ურთიერთობებს “კვაზიბაზარს” უწოდებენ, ანუ გამოიყენება ზოგიერთი საბაზრო მექანიზმები,

რომლებიც ორიენტირებული არიან სამედიცინო ორგანიზაციებზე საბაზრო გავლენის გასაძლიერებლად, ამასთან შენარჩუნებულია ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი მახასიათებლები.

26.3. დამფინანსებადი მხარე - სამედიცინო დახმარების შემსყიდველი

დამფინანსებელი მხარის, როგორც სამედიცინო დახმარების შემსყიდველის ახალი როლი წარმოადგენს რეგულირებადი ბაზრის მოდელის ცენტრალურ პუნქტს. ასეთმა მიდგომამ “დაფინანსებისა და სამედიცინო დახმარების მიწოდების ფუნქციების გაყოფის” (purchaser/provider split) სახელი მიიღო.

სამედიცინო დაწესებულების ჯანდაცვის მართვით ორგანოზე პირდაპირი დამოკიდებულების ნაცვლად გამოიყენება საბაზრო გარიგების და სამოქალაქო-სამართლებრივი ურთიერთობებზე დაფუძნებული ურთიერთქმედება. ექიმებთან ურთიერთობის საფუძველს წარმოადგენს ხელშეკრულება, რომელიც განსაზღვრავს სამედიცინო დახმარების მოცულობას, ხარისხს, ფასს, აგრეთვე მათ შესრულებაზე ურთიერთვალდებულებებს.

გარდა ამისა, გამოიყენება პრინციპი **“თანხები მისდევს პაციენტებს”**. სამედიცინო დახმარების მისაღებად მოსახლეობას შეუძლია ამოიჩიოს სამედიცინო ორგანიზაცია. მომხმარებელთა არჩევანი სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებსათვის ინფორმაციის მთავარ წყაროს წარმოადგენს. ამ ინფორმაციის საფუძველზე სამედიცინო დახმარების შემსყიდველი გეგმავს პაციენტების და ფინანსური საშუალებების ნაკადს, ხელშეკრულებებს აფორმებს იმ სამედიცინო ორგანიზაციებთან, რომლებიც მოსახლეობაში სარგებლობენ დიდი მოთხოვნით.

სამედიცინო დახმარების შემსყიდველი აფინანსებს არა რესურსებს, არამედ ექიმთა საქმიანობის საბოლოო შედეგებს. ამასთან, შემსყიდველი არამართო აფინანსებს სამედიცინო ორგანიზაციის ხარჯებს, არამედ აქტიურ გავლენას ახდენს სამედიცინო დახმარების მოცულობაზე, ხარისხზე და სტრუქტურაზე. აღნიშნული განაპირობებს მოსახლეობის მოთხოვნილებების, პაციენტთა ნაკადების შესახებ სერიოზულ ანალიზს, სამედიცინო დახმარების მიწოდების ვარიანტების შედარებით ანალიზს. მკვეთრად იზრდება ინფორმაციის მოცულობაზე და ხარისხზე, აგრეთვე მმართველობითი პერსონალის კვალიფიკაციაზე მოთხოვნა. ამგვარად, **დამფინანსებელი მხარე სახელშეკრულებო სისტემაში გვევლინება სამედიცინო დახმარების შეთანხმებული მოცულობების ინფორმირებული მყიდველის როლში.**

26.4. დამფინანსებადი მხარისა და სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელს შორის სახელშეკრულებო ურთიერთობა

სახელშეკრულებო ურთიერთობები შეიძლება დამყარდეს კონკურენტუნარიან და არაკონკურენტუნარიან გარემოში. პირველ შემთხვევაში ხელშეკრულებები იღება კონკურსის საფუძველზე სამედიცინო დახმარების მყიდველების მიერ განსაზღვრული კრიტერიუმების და მაჩვენებლების გათვალისწინებით. სამედიცინო დახმარების მყიდველები მოლაპარაკებებს აწარმოებენ სამედიცინო დახმარების რამდენიმე პოტენციურ მიმწოდებლებთან. მოლაპარაკების საგანს წარმოადგენს სამედიცინო დახმარების მოცულობა, ფასი, ხარისხი და მიწოდების პირობები. მეორე შემთხვევაში საკონკურსო საფუძველი არა არსებობს და პირველ ადგილზე გამოდის შეთანხმებების საგვემო ფუნქცია. არაკონკურენტიან გარემოში სახელშეკრულებო ურთიერთობები შეიძლება განვიხილოთ როგორც რესურსების საბაზრო პრინციპით განაწილების პირველი ნაბიჯი.

კონკურენტულ გარემოში სახელშეკრულებო ურთიერთობები სელექტიურ ხასიათს ატარებს. ეს ნიშნავს, რომ შემკვეთი:

- < ხელშეკრულებას არ დებს სამედიცინო დახმარების ყველა მიმწოდებელთან, არამედ აწარმოებს მათ შერჩევას;
- < შეკვეთებს აწარმოებს საკონკურსო საფუძველზე;
- < მომავალი წლის შეკვეთების განსახორციელებლად აწარმოებს ხელშეკრულებების შესრულების მონიტორინგს და შეფასებას.

ჩვეულებრივიდან სელექციურ სახელშეკრულებო ურთიერთობებზე გადასვლა მოითხოვს სპეციალური ნორმატიული ბაზის მიღებას, რომელიც სამედიცინო დახმარების მყიდველს უფლებას აძლევს სამედიცინო ორგანიზაციას უარი უთხრას ხელშეკრულების დადებაზე.

სამედიცინო დახმარების შემსყიდველის როლში გამოსვლისას დამფინანსებელი მხარე არამარტო ანაზღაურებს ექიმთა მუშაობას, არამედ ახორციელებს სამედიცინო დახმარების რაციონალური სტრუქტურის ფორმირებას. ამისათვის გამოიყენება სტრატეგიული და მიმდინარე დაგეგმარების მეთოდები. **შემკვეთსა და შემსრულებელს შორის სახელშეკრულებო ურთიერთობების საფუძველს წარმოადგენს სამედიცინო დახმარების გაწევის შეთანხმებული გეგმა**, რომლის დროსაც აქცენტი კეთდება მოსახლეობის მოთხოვნილებების დაკმაყოფილების ყველაზე ეფექტური გზების ძიებაზე.

რეგულირებადი კონკურენციის მოდელში მოქმედებს სახელშეკრულებო ურთიერთობების უნივერსალურობის პრინციპი. სამედიცინო დახმარების უმეტესი სახეების გაწევა სახელშეკრულებო საფუძველზე ხორციელდება. სახელშეკრულებო ურთიერთობების პრინციპი ვრცელდება ხარჯების ყველა ელემენტზე და მუხლზე, კაპიტალური ხარჯების ძირითადი ნაწილის და სამედიცინო ორგანიზაციების სამურნეო ხარჯები ჩათვლით.

26.5. სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების კონკურენცია

შეიძლება გამოვყოთ კონკურენციის სტიმულირების ორი მიმართულება:

1. სამედიცინო დახმარების გაწევაზე შეკვეთის კონკურენტული პრინციპის დამტკიცება.

სახელშეკრულებო ურთიერთობების სახელმწიფო რეგულირების მაგალითს წარმოადგენს დიდი ბრიტანეთის ჯანდაცვის რეფორმირებისას მიღებული ზომები.

ა) დადგენილია საავადმყოფოებთან ხელშეკრულებების დადებაზე კონკურსის საუკლებულო ჩატარების წესები. დამფინანსებელი მხარე ვალდებულია განიხილოს ალტერნატიული ვარიანტები და შეაფასოს მათი შედარებითი ეფექტურობა მოსახლეობის მოთხოვნილების დაკმაყოფილების შესაძლებლობების და ხარჯების გათვალისწინებით.

ბ) განსაზღვრულია შეკვეთების საკონკურსო განხილვის კონკრეტული ალგორითმი, რომელიც ეფუძნება სამედიცინო დახმარების მოცულობაზე და ხარისხზე მოთხოვნის სპეციფიკაციებს და მათ შესრულებაზე სამედიცინო ორგანიზაციების განაცხადების განხილვას.

გ) დადგენილია მოთხოვნა საკონკურსო შერჩევისათვის სამედიცინო დახმარების თითოეულ სახეზე ხარჯების შესახებ ინფორმაციის საუკლებულო წარდგენის თაობაზე. სამედიცინო დახმარების ხარისხზე და მოცულობაზე მოთხოვნების შესრულებისას გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება მომსახურების ფასს, ანუ სხვა თანაბარი პირობების შემთხვევაში უპირატესობა ენიჭება იმ საავადმყოფოს, რომელიც წარმოადგენს შედარებით დაბალ ფასს. ამასთან ფასებზე ინფორმაცია ატარებს ღია ხასიათს: თითოეულმა საავადმყოფომ იცის თუ რა წინადადებებით გამოდიან მისი პოტენციური კონკურენტები.

დ) ფასწარმოქმნაზე დადგენილია მკაცრი მოთხოვნები, რომელთა შორის განსაკუთრებული

მნიშვნელობა ენიჭება ფინანსური აუდიტორების უფლებას შეამოწმონ ფასის საფუძვლიანობა (იგი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია საავადმყოფო-მონოპოლისტებისათვის), აგრეთვე მოთხოვნას, რომელიც გამორიცხავს საავადმყოფოს გამოუყენებელი სიმძლავრების შენახვისას მიღებული ზარალის მომსახურების მყიდველებზე გადანაწილებას.

2. სამედიცინო ორგანიზაციების მონოპოლისტური მდგომარეობის შეზღუდვის ორგანიზაციული ღონისძიებების გატარება, კერძოდ:

ა) დამოუკიდებელი ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ქსელის ფორმირება, პოლიკლინიკებთან და ერთმანეთს შორის მათი კონკურენციის სტიმულირება.

ბ) პაციენტების პერიოდული რეგისტრაციის ჩატარება პოლიკლინიკის, უბნის ექიმის, ზოგადი პრაქტიკის ექიმების არჩევის უფლებით;

გ) ახალი მსხვილი სპეციალიზებული ცენტრების შექმნისას და ძვირადღირებული მოწყობილობების შეძენისას ეკონომიკური ექსპერტიზის ჩატარება.

დ) ჯანდაცვის მცირე და საშუალო კერძო ორგანიზაციების ქსელის შექმნის მხარდაჭერა, კონკურსის საფუძველზე მათი მოზიდვა სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებაში.

სახელშეკრულებო ურთიერთობების განვითარება, სამედიცინო დახმარების შეკვეთის კონკურსის საფუძველზე განხორციელება და სამედიცინო დახმარების მიწოდების სისტემაში ორგანიზაციული გარდაქმნები ჯანდაცვის სექტორში საბაზრო ურთიერთობების სისტემის ჩამოყალიბების საშუალებას იძლევა.

26.6. ბაზრის დაზოგმარების და რეგულირების მმქანისებები

ერთი მხრივ, საკანონმდებლო და ნორმატიული აქტების საშუალებით ხორციელდება ძვირადღირებული რესურსების შეზღუდვა და სამედიცინო დახმარების იმ სახეების განვითარების სტიმულირება, რომლებიც ხასიათდებიან ხარჯვითი ეფექტურობით (სამედიცინო დახმარების მიწოდების რეგულირება). მეორე მხრივ, სამედიცინო დახმარების ზოგიერთი სახის მოხმარების მოცულობაზე დგინდება შეზღუდვები (სამედიცინო დახმარების მოთხოვნის რეგულირება). განვიხილოთ რეგულირების ზოგიერთი მექანიზმები.

სტაციონარულ დახმარების ხარჯებზე ლიმიტის დაწესება

ხარჯების მოცულობაზე შეზღუდვები ატარებენ ადმინისტრაციულ ხასიათს: სამედიცინო დახმარების ყველა შემსყიდველები და საავადმყოფოები ვალდებული არიან იმოქმედონ სტაციონარული დახმარების ხარჯებზე დადგენილი მიზნობრივი მაჩვენებლების ფარგლებში.

საავადმყოფოთა ქსელის განვითარებაზე კონტროლი.

ემპირიული კვლევები ადასტურებენ, რომ საავადმყოფოთა სიმძლავრის გაზრდა ხარჯების მნიშვნელოვან ზრდას განაპირობებს. წარმოიშობა ზემოთაღნიშნული ეფექტი “მიწოდებით პროოცირებული მოთხოვნა”. ერთი მხრივ, ექიმებს დამატებითი სტიმული უჩნდებათ, სპეციალიზებული გამოკვლევისა და მკურნალობისათვის პაციენტები გააგზავნონ სტაციონარში. მცირდება დაინტერესება, რომ სამედიცინო დახმარების ძირითადი ნაწილი ჩატარდეს ამბულატორიულ პირობებში. მეორე მხრივ, ძვირადღირებული ტექნოლოგია გამოყენებული უნდა იყოს მაქსიმალური დატვირთვით, ამიტომ ხშირად საავადმყოფოს ექიმები მას ანიჭებენ უპირატესობას, ვიდრე მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის ნაკლებად ძვირადღირებულ, მაგრამ საკმარისად ეფექტურ მეთოდებს. მესამე მხრივ, იზრდება პაციენტებზე ზემოქმედება, რომელთა სურვილია გამოიყენონ ძვირი, მაგრამ არა ყოველთვის საჭირო მკურნალობა.

ხარჯვითი ტენდენციების შესაკავებლად, სახელმწიფო შემდეგ მთავარ ღონისძიებებს ახორციელებს:

1. საავადმყოფოთა მშენებლობა და მოდერნიზაცია ხორციელდება სტაციონარული სექტორის განვითარების სახელმწიფო გეგმის საფუძველზე.

2. საავადმყოფოს სექტორში მსხვილი ინვესტიციების განხორციელება მოითხოვს სახელმწიფო მართვის ორგანოების თანხმობას. მთავრობა ადგენს სამედიცინო ორგანიზაციების საინვესტიციო გეგმებს, ამასთან ზოგიერთ ქვეყანაში – ცენტრალურ დონეზე. სამედიცინო ორგანიზაციებმა უნდა დაამტკიცონ, რომ ძვირადღირებული ტექნიკის დაგეგმილი შესყიდვა ხარჯის ერთეულზე გათვლით უფრო მაღალ კლინიკურ შედეგებს იძლევა, ვიდრე უკვე არსებული ტექნოლოგიები.

3. იზრდება საწოლთა ფონდების სტრუქტურაზე მოთხოვნები – იცვლება საწოლთა ფონდების ნაწილის პროფილი (მაგ., რეაბილიტაციის საწოლებად).

საწოლთა ფონდის შემცირება ან საავადმყოფოს დახურვა პოლიტიკურ გადაწყვეტილებას წარმოადგენს, რომელიც სხვადასხვა ფაქტორებზეა დამოკიდებული. ეკონომიკური მიზანშეწონილობის შეხედულებები, როგორც წესი, არ წარმოადგენენ მთავარს. ეკონომისტები ინვესტიციური გადაწყვეტილებების ვარიანტებს წარმოადგენენ საშუალებების სხვადასხვა ეფექტურობით გამოყენების მიხედვით. მაგალითად, საავადმყოფოს შენობის გაყიდვა ამბულატორიული ქირურგიის ბლოკის გამოყენების უფლებით, ირი საავადმყოფოს შერწყმა, სამუსათოთა გარკვეული სახეების ერთ ან რამდენიმე საავადმყოფოში კონცენტრაცია, ახალი საავადმყოფოს მშენებლობა, ერთდროულად ძველის გაყიდვით და ა. შ. გადაწყვეტილებების მიღებისას გათვალისწინებულია ეკონომიკური შეფასების შედეგები, მაგრამ აქცენტი კეთდება სხვა ფაქტორებზე, კერძოდ, სტაციონარული დახმარების ხელმისაწვდომობა (მოსახლეობის ხასიათი, ტრანსპორტის ხელმისაწვდომობა და ა. შ.), ექიმების ინტერესები და ა. შ.

ექიმთა რაოდენობის შეზღუდვა.

დასავლეთის ბევრ ქვეყნებში გაგრძელებულია აზრი იმის შესახებ, რომ აუცილებელია ახალი საექიმო კადრების ნაკადის მკაცრი რეგულირება. აქცენტი კეთდება არა ექიმთა საერთო რაოდენობის გაზრდაზე, არამედ სპეციალისტების სტრუქტურის შეცვლაზე – პირველადი ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებულ ექიმთა წილის გაზრდა, ვიწრო სპეციალისტების რაოდენობის შემცირება. მკვლევართა აზრით, სპეციალისტთა ექსტენსიური ზრდა აღრმავებს ჯანდაცვაში ხარჯვითი მექანიზმების პრობლემას, განსაკუთრებით იმ ქვეყნებში, სადაც ექიმთა ანაზღაურება ხორციელდება სერვისების მიხედვით ანაზღაურების (fee for service) მეთოდით.

ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების მოხმარების მოცულობის რეგულირება

განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება სამედიცინო დახმარების პირველადი რგოლის სტიმულირებას და პაციენტების სპეციალისტებთან გაგზავნის შეკავებას. დგინდება შეზღუდვები ძვირადღირებული მედიკამენტების გამოწერაზე და ძვირადღირებული გამოკვლევების დანიშვნაზე. კერძოდ, სახელმწიფო ადგენს მედიკამენტების მოხმარების ნორმებს შემუშავებული და შეთანხმებული სიების საფუძველზე. ბევრ ქვეყანაში არსებობს ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა საქმიანობაზე მონიტორინგის პრაქტიკა, კერძოდ, პაციენტების სპეციალისტებთან გაგზავნის სინშირეზე და მედიკამენტების გამოწერაზე. ზოგჯერ დგინდება შეზღუდვები პაციენტების სპეციალისტებთან პირდაპირ მიმართვაზე. მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში პაციენტს შეუძლია მიმართოს სპეციალისტს მხოლოდ ზოგადი პრაქტიკის ექიმისგან მიღებული თანხმობის საფუძველზე.

მოსახლეობის მონაწილეობა სამედიცინო დახმარებაზე ხარჯების ნაწილობრივ დაფარვაში

სახელმწიფო ვალდებულებების არსებულ ფინანსურ შესაძლებლობებთან დაბალანსების უზრუნველყოფა მოითხოვს მოსახლეობის მხრიდან თანაგადახდის შემოღებას მომსახურების ცალკეულ სახეებზე. დასავლეთის ქვეყნების მთავრობები გაურბიან ისეთი დაუსაბუთებელი დეკლარაციის გამოცხადებას, როგორცაა მოსახლეობისათვის სრულიად უფასო სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფა. მკვლევართა აზრით, სახელმწიფო ვალდებულებების შეუსრულებლობა სოციალური კონფლიქტების უფრო მეტ მუხტს შეიცავს, ვიდრე ფასიანი გადახდის რეგულირებული შემოღება. ამიტომ მდიდარ ქვეყნებშიც კი სამედიცინო დახმარების ცალკეულ სახეებზე თანაგადახდის პრინციპი მოქმედებს.

ემპირიული კვლევები ამტკიცებენ, რომ მოსახლეობის თანაგადახდა და მოთხოვნის რეგულირების სხვა მეთოდები წარმოადგენენ ნაკლებად ეფექტურ მექანიზმებს, ვიდრე სამედიცინო დახმარების მიწოდების რეგულირების მექანიზმები. დარგის რესტრუქტურისაცა, ძვირადღირებული რესურსების გამოყენებაზე შეზღუდვების დადგენა, ექიმების ეკონომიკური მოტივაცია სამედიცინო დახმარების მიწოდების ეფექტური მეთოდების ძიებაში – ყველაფერი ეს იძლევა ჯანდაცვის ფუნქციონირების ეფექტურობის უფრო საგრძნობ ზრდას.

ლიტერატურა

1. Шейман И.М. Экономика Здравоохранения, Москва, ТЕИС, 2001.
2. С. Виттер; Т. Енсор; Введение в Экономику Здравоохранения для Стран Восточной Европы и СНГ. Центр Экономики Здравоохранения Университет Уорка.
3. Witter S. and Ensor T. Health economics for Developing Countries. The University of York, Centre for Health Economics International Programme. Macmillan, 2000.
4. Европейская обсерватория по системам здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ
5. Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.

თავი XXVII

სამედიცინო ორგანიზაციების ეკონომიკურ-სამართლებრივი ფორმები

სამედიცინო ორგანიზაციების ეკონომიკური ეფექტურობა, სამედიცინო დახმარების ხარისხის დონე და მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა ბევრად არის დამოკიდებული მათ ორგანიზაციულ-სამართლებრივ ფორმებზე, აგრეთვე სამეურნეო დამოუკიდებლობის და ამ ორგანიზაციების მიერ ამოცანების განხორციელების პასუხისმგებლობის რაციონალურ თანაფარდობაზე.

სახელმწიფო განსაზღვრავს სამედიცინო ორგანიზაციის ფუნქციონირების შესაძლო ორგანიზაციულ-სამართლებრივ ფორმებს, რომლებიც ყველა ქვეყანაში ზუსტად ერთნაირი არ არის. იგი ადგენს მათ ქონებრივ უფლებებს, დაფუძნების ფორმებს და ა.შ. მოცემულ თავში განხილულია ჯანდაცვის კერძო და სახელმწიფო სექტორების თანაფარდობა, სამედიცინო ორგანიზაციების სხვადასხვა ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმები, ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების რაციონალური ფორმების არჩევის საკითხები.

27.1. ჯანდაცვის სახელმწიფო და კერძო სექტორები

ჩვეულებრივ, სახელმწიფო სექტორში იგულისხმება სამედიცინო დახმარების ის სახეები, რომლებიც უფასოა, ხოლო კერძო სექტორად ფასიან ჯანდაცვას გულისხმობენ. აქვე აღსანიშნავია, რომ ნებისმიერ ქვეყანაში არსებობს სახელმწიფო და კერძო სექტორებს შორის (public/private mix) გარკვეული შეთავსება, რომელიც მხოლოდ უფასო და კერძო სამედიცინო დახმარებას შორის თანაფარდობას არ ახასიათებს.

- ჯანდაცვის სახელმწიფო და კერძო სექტორების ფორმირება შეიძლება ორი ნიშნის მიხედვით:
- < დაფინანსების წყაროების მიხედვით;
 - < სამედიცინო ორგანიზაციების საკუთრების დომინირებული ფორმის მიხედვით.

ყოველ ქვეყანაში ჩამოყალიბებულია სამედიცინო დახმარების დაფინანსების განსაზღვრული სტრუქტურა:

- < საზოგადოებრივი წყაროების მიხედვით;
- < კერძო წყაროების მიხედვით.

მეორე მხრივ, სამედიცინო დახმარება შეიძლება ჩატარდეს საკუთრების სხვადასხვა ფორმის სამედიცინო ორგანიზაციებში. შესაბამისად, შეიძლება ვილაპარაკოთ სახელმწიფო და კერძო სექტორების გარკვეულ თანაფარდობაზე როგორც დაფინანსების, ასევე სამედიცინო დახმარების გაწევის თვალსაზრისით. ამასთან შესაძლებელია ასეთი თანაფარდობის სხვადასხვა ვარიანტები. ყველა ვარიანტები მოცემულია ცხრილში.

ცხრილი 1: სახელმწიფო და კერძო სექტორების თანაფარდობის ვარიანტები დაფინანსების და სამედიცინო დახმარების გაწევის თვალსაზრისით

სამედიცინო დახმარების გაწევა	სამედიცინო დახმარების დაფინანსება	
	სახელმწიფო	კერძო
სახელმწიფო	დიდი ბრიტანეთის სახელმწიფო ჯანდაცვის სამსახური, ყოფილი საბჭოთა კავშირის ჯანდაცვის სისტემა	თანაგადახდა, ფასიანი მომსახურება
კერძო	კერძო პრაქტიკის ექიმების მომსახურება დიდ ბრიტანეთში	კერძო სტომატოლოგიური კლინიკის მომსახურება, კერძო დაზღვევა

წყარო: Шейман И.М. Экономика Здравоохранения, Москва, ТЕИС, 2001.

მარტივი შეთანხმება – სახელმწიფო დაფინანსება და სამედიცინო დახმარების გაწევა სახელმწიფო დაფინანსების ქსისტემაში წმინდა სახით მხოლოდ ყოფილ საბჭოთა კავშირში არსებობდა, სადაც პრაქტიკულად ყველა სამედიცინო დაწესებულება ეკუთვნოდა სახელმწიფოს.

კერძო სამედიცინო დახმარების გაწევის და სამედიცინო დახმარების სახელმწიფო დაფინანსების ურთიერთქმედების მაგალითს წარმოადგენს ბრიტანეთის კერძო პრაქტიკის ექიმები, რომლებიც ატარებენ უფასო სამედიცინო დახმარებას და ამავე დროს სახელმწიფო მართვის ორგანოებთან აქვთ ხელშეკრულება გაფორმებული. საქართველოში კერძო სამედიცინო დაწესებულებები ხელშეკრულებას აფორმებენ ჯანმრთელობის დაზღვევის ერთიან სახელმწიფო ფონდთან (ამჟამად ჯანდაცვისა და სოციალური პროგრამების სააგენტოსთან) სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების განსახორციელებლად.

კერძო სამედიცინო მომსახურების და სამედიცინო დახმარების კერძო დაფინანსების შეთავსებისას პაციენტები კერძო სამედიცინო დაწესებულებებში იხდიან მომსახურების ხარჯებს.

კერძო დაფინანსების და სახელმწიფო სამედიცინო დახმარების შეთავსების მაგალითს წარმოადგენს სახელმწიფო დაწესებულებებში განხორციელებული კერძო სამედიცინო მომსახურება, აგრეთვე, სახელმწიფო დაწესებულებებში მომსახურების გარკვეულ სახეებზე თანაგადახდების დაწესება.

ამგვარად, სახელმწიფო დაფინანსება შეიძლება არ დაემთხვას სახელმწიფო სამედიცინო დახმარებას, ხოლო კერძო დაფინანსება – კერძო სამედიცინო დახმარებას. აქედან გამომდინარეობს დაფინანსებაში და სამედიცინო დახმარების გაწევაში სახელმწიფო და კერძო სექტორების ცნებები. ამასთან, კერძო ჯანდაცვის განვითარება არ ნიშნავს ავტომატურად ფასიან სამედიცინო დახმარებაზე გადასვლას.

ზოგ ქვეყანაში მოქმედებს ჯანდაცვის სახელმწიფო, მუნიციპალური და კერძო სისტემები. ამ სისტემების ძირითად კლასიფიკაციურ ნიშნებს წარმოადგენს საკუთრების ფორმა (სახელმწიფო, მუნიციპალური, კერძო), აგრეთვე სამედიცინო ორგანიზაციების ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმა. სამედიცინო ორგანიზაციის ჯანდაცვის ამა თუ იმ სისტემასთან მიკუთვნება განისაზღვრება მისი საუწყებო დაქვემდებარებით და მასზე ჯანდაცვის მართვის შესაბამისი ორგანოს მმართველობითი ზემოქმედებით. ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემა მოიცავს ფედერალურ, სამხარეო და მუნიციპალურ საკუთრებაში მყოფ სამედიცინო დაწესებულებებს. ჯანდაცვის კერძო სისტემა, საკუთრებრივი ურთიერთობების გარდა, სახელმწიფო სისტემისაგან შიდა ადმინისტრაციული დაქვემდებარებით განსხვავდება. კერძო სისტემის ორგანიზაციები სახელმწიფო მართვის ორგანოების მიერ არ იმართება. ჯანდაცვის კერძო სისტემის შემდეგ სუბიექტებს გამოყოფენ:

- < ჯანდაცვის ორგანიზაციები, რომლებიც წარმოდგენილი არიან სხვადასხვა ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმებით;
- < კერძო პრაქტიკის ექიმები და საშუალო სამედიცინო განათლების პირები, რომლებიც ჯანდაცვის სფეროში სამეწარმეო საქმიანობას ეწევიან იურიდიულ პირად ჩამოყალიბების გარეშე.

27.2. ჯანდაცვის კერძო სისტემის განვითარების ამოცანები და პრინციპები

ყველა ქვეყანაში ჯანდაცვის კერძო სისტემა კონკურენტული გარემოს ფორმირებას და ამის საფუძველზე სამედიცინო მომსახურების ბაზრის განვითარებას უწყობს ხელს. აღნიშნული მოსახლეობის სამომხმარებლო არჩევანის (სამედიცინო მომსახურების ადგილი და პირობები) შესაძლებლობების გაფართოების, სპეციალისტების კვალიფიკაციის დონის ამაღლების, სამედიცინო დაწესებულებების ტექნიკური აღჭურვილობის გაფართოების გზით მიიღწევა. სამედიცინო ორგანიზაციების კონკურენტურობის გაძლიერებით იზრდება სამედიცინო მომსახურების მცირე ხარჯებით გაწევის სტიმული.

კერძო სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარება ხელს უწყობს ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემაზე დატვირთვის შემცირებას მოსახლეობის ძალაღმეომოსავლიანი ფენებიდან პირადი სახსრების მოზიდვის საშუალებით. კერძო ჯანდაცვა ხელს უწყობს დამატებითი ინვესტიციების მოზიდვას ჯანდაცვაში.

ჯანდაცვის კერძო სისტემა მოქმედებს შემდეგი მთავარი პრინციპების საფუძველზე:

1. კერძო ორგანიზაციის და ჯანდაცვის კერძო სისტემის პირების მიმდინარე საქმიანობაში სახელმწიფოს პირდაპირი ჩარევების არარსებობა;

2. სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებისას კერძო და სახელმწიფო სისტემების ფუნქციონირების საერთო ეკონომიკური პირობების არსებობა. კერძო ორგანიზაციების საქმიანობა უნდა შეესაბამებოდეს ქვეყანაში არსებულ საერთო საკანონმდებლო და ნორმატიულ აქტებს;

3. კერძო და სახელმწიფო სუბიექტების საქმიანობაზე უნდა ვრცელდებოდეს საერთო მოთხოვნები, კერძოდ:

მოქალაქეთა კანონიერი უფლებების დაცვის ერთიანი პირობები;

სამედიცინო მომსახურების უსაფრთხოების უზრუნველყოფა;

სტატისტიკური მონაცემების შეგროვების და ანგარიშგების ერთიანი წესები.

ჯანდაცვის კერძო დაწესებულებების განვითარება თეორიულად შესაძლებელია ორი გზით განხორციელდეს:

< სახელმწიფო დაწესებულებათა სისტემის გვერდით, დამატებით, ჯანდაცვის ახალი კომერციული და არაკომერციული ორგანიზაციების შექმნა. საკუთარი მატერიალური ბაზის შესაქმნელად ეს დაწესებულებები მოიზიდავენ დამატებით შუალეებს.

< სახელმწიფო დაწესებულებების გარდაქმნა ჯანდაცვის კერძო სისტემის სუბიექტებად. ანუ, სახელმწიფო დაწესებულებების ქონების გადაცემა იურიდიულ და ფიზიკურ პირების საკუთრებაში (პრივატიზაცია).

27.3. ძირითადი ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმები

ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმების ძირითად ნიშნებს წარმოადგენენ:

< მოცემული მეწარმეობრივი გაერთიანების მონაწილეთა რიცხოვნება;

- < გამოყენებული კაპიტალის მესაკუთრე;
- < მოგებისა და ზარალის განაწილების წესი;
- < ფირმის მართვის ფორმა;
- < დაფინანსების წყაროები;
- < ქონებრივი პასუხისმგებლობის საზღვრები.

მეწარმეობრივ საქმიანობას შეიძლება ეწეოდნენ როგორც **ფიზიკური**, ისე **იურიდიული პირები**.

ფიზიკური პირია მოქალაქე, რომელიც იურიდიული პირის სტატუსის მიიღებლად, ერთ-პიროვნულად ეწევა მეწარმეობრივ საქმიანობას. მეწარმეობრივი საქმიანობის უფლება ძალაში შედის ინდივიდუალურ მეწარმედ სასამართლოს მიერ რეგისტრაციის მომენტიდან.

იურიდიული პირია ორგანიზაცია, ანუ განსაზღვრული მიზნის მისაღწევად შექმნილი საკუთარი ქონების მქონე ორგანიზებული გაერთიანება, რომელის თავისი ქონებით დამოუკიდებლად აგებს პასუხს და საკუთარი სახელით იძენს უფლებებსა და მოვალეობებს, დებს გარიგებებს და შეუძლია სასამართლოში გამოვიდეს მოსარჩელედ და მოპასუხედ. ამგვარად, იურიდიული პირი წარმოადგენს ორგანიზაციას, რომელსაც შეუძლია:

- < ჰქონდეს გამოცალკევებული ქონება;
- < ამ ქონებით პასუხი აგოს თავის ვალდებულებებზე;
- < თავისი სახელით მიიღოს და განახორციელოს ქონებრივი და არაქონებრივი უფლებები;
- < იკისროს ვალდებულებები;
- < აღძრას სარჩელი სასამართლოში;
- < ხელი მოაწეროს კონტრაქტებს;
- < ჰქონდეს დამოუკიდებელი ბალანსი ან ხარჯთაღრიცხვა.

იურიდიული პირი შეიძლება იყოს კორპორაციულად ორგანიზებული, წევრობაზე დაფუძნებული, წევრთა მდგომარეობაზე დამოკიდებული ან მისგან დამოუკიდებელი და მისდევდეს ან არ მისდევდეს მეწარმეობას.

განასხვავებენ კერძო სამართლის იურიდიულ პირსა და საჯარო სამართლის იურიდიულ პირს.

საჯარო სამართლის იურიდიული პირი წარმოადგენს ისეთ ორგანიზაციას, რომელიც ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან.

კერძო სამართლის იურიდიულ პირებს აერთიანებთ უმთავრესი პრინციპი, ეს არის ნების თავისუფალი გამოვლენა, რის საფუძველზეც იქმნება საერთოდ იურიდიული პირი. კერძო სამართლის იურიდიული პირები არ ფინანსდებიან სახელმწიფო ბიუჯეტიდან კერძო სამართლის იურიდიული პირს (სამეწარმეოს თუ არასამეწარმეოს) უფლება აქვს განახორციელოს კანონით აუკრძალავი ნებისმიერი საქმიანობა, მიუხედავად იმისა, არის თუ არა ეს საქმიანობა წესდებაში გათვალისწინებული.

საქართველოს მეწარმეთა კანონის შესაბამისად, კერძო სამართლის იურიდიული პირებია: ინდივიდუალური მეწარმე, სააქციო საზოგადოება (ს.ს.), შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება (შ.პ.ს.), კომანდიტური საზოგადოება, (კ.ს.), კოოპერატივი, კონცერნი, სოლიდარული პასუხისმგებლობის საზოგადოება (ს.პ.ს.).

ჯანდაცვის დაყოფა სახელმწიფო და კერძო სექტორებად დაფუძნებულია სამედიცინო ორგანიზაციის ქონებრივი საკუთრების უფლებასზე. მაგრამ თითოეული სექტორის შიგნით შესაძლებელია სხვადასხვა ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმები. ისინი ორ კატეგორიად იყოფა: **კომერციული** და **არაკომერციული ორგანიზაციები**.

კომერციული ორგანიზაცია წარმოადგენს იურიდიულ პირს, რომელიც შექმნილია სამეწარმეო საქმიანობისათვის. ასეთი ორგანიზაციის მუშაობის ძირითად მიზანს წარმოადგენს მოგების მიღება.

არაკომერციული ორგანიზაცია წარმოადგენს იურიდიულ პირს, რომლის მუშაობის მთავარ მიზანს არ წარმოადგენს მოგების მიღება და არ ახდენს მიღებული მოგების მონაწილეებს შორის განაწილებას.

სამედიცინო ორგანიზაციები, რომლებიც მოქმედებენ ჯანდაცვის სახელმწიფო ან კერძო სისტემებში, შეიძლება იყვნენ როგორც კომერციული, ასევე არაკომერციული ორგანიზაციები. მაგალითად, კერძო სამედიცინო ორგანიზაციას შეიძლება ჰქონდეს არაკომერციული ორგანიზაციის სტატუსი.

კომერციულ ორგანიზაციებს განეკუთვნებიან შემდეგი ფორმები:

- < ინდივიდუალური კერძო (ერთპიროვნული) საწარმო;
- < ამხანაგობები;
- < შეზღუდული პასუხისმგებლობების საზოგადოება;
- < დამატებითი პასუხისმგებლობის საზოგადოება;
- < ღია აქციონერული საზოგადოება;
- < დახურული აქციონერული საზოგადოება

არაკომერციულ ორგანიზაციებს განეკუთვნებიან:

- < საზოგადოებრივი და რელიგიური ორგანიზაციები;
- < ფონდები;
- < დაწესებულებები;
- < ავტონომიური არაკომერციული ორგანიზაციები;
- < არაკომერციული პარტნიორობა;
- < იურიდიული პირების გაერთიანებები.

27.3.1. ინდივიდუალური კერძო (ერთპიროვნული) საწარმო

ინდივიდუალური საწარმო ბიზნესის ყველაზე გავრცელებულ ფორმას წარმოადგენს მთელს მსოფლიოში და განსაკუთრებით განვითარებული საბაზრო ეკონომიკის ქვეყნებში. ა.შ.შ.-ში ინდივიდუალურ საკუთრებაშია 11,9 მლნ საწარმო (საწარმოთა საერთო რიცხოვნობის 70 %).

ინდივიდუალური საწარმო წარმოადგენს კერძო მეწარმეობის ყველაზე მარტივ და ყველაზე ძველ ტიპს. საწარმოს ყველა საშუალებებს (ფონდებს) ფლობს ერთი მესაკუთრე, მას რჩება მთელი შემოსავალი (ხარჯების დაფარვის და გადასახადების გადახდის შემდეგ), ამიტომ ბიზნესთან დაკავშირებულ ყველა რისკს თავად სწევს, დამოუკიდებლად წყვეტს საკითხს, თუ რა, როგორ და ვისთვის აწარმოოს.

ინდივიდუალური მეწარმე არ არის იურიდიული პირი. მისი ქონება განუყოფელია მეწარმის პირადი ქონებისგან, ერთპიროვნულად განაგებს მიღებულ შემოსავლებს, აკისრია შეუზღუდავი მატერიალური პასუხისმგებლობა სხვა საწარმოთა (ორგანიზაციების) მიმართ და პასუხს აგებს ვალდებულებებზე მთელი თავისი (როგორც მეწარმეობრივი, ასევე პირადი) ქონებით. ეს იმას ნიშნავს, რომ გაკოტრების შემთხვევაში მეწარმე დაკარგავს არა მარტო საქმეში ჩადებულ ქონებას, არამედ (თუ ეს საკმარისი არ აღმოჩნდა) პირად ქონებასაც კი – სახლს, მანქანას და სხვ.

მეწარმეობის შესახებ საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობით, გარკვეული ხნის განმავლობაში არსებობდა ერთი პირის ისეთი საწარმოც, რომელიც იურიდიული პირის უფლებით სარგებლობდა. ასეთი საწარმოს ქონება წარმოადგენდა მისი მესაკუთრის პირადი ქონების განკერძოებულ ნაწილს. მესაკუთრე საწარმოს ვალდებულებებზე პასუხს აგებდა მეწარმეობრივი საქმიანობისთვის განკუთვნილი (და არა მთელი პირადი) ქონებით. ერთი პირის ასეთი საწარმო

მოქმედებდა თავისი წესდებით. მას ჰქონდა საკუთარი სახელწოდება, რომელშიც მითითებული იყო საწარმოს ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმა. კანონმდებლობაში შეტანილი ცვლილებების თანახმად, ამჟამად იგი შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოების ნაირსახეობად წარმოვიდგება.

დადებითი მხარეები:

< მისი ორგანიზება (დაარსება) ადვილია. ამისათვის არაა საჭირო წესდების (დებულების) ან სხვა იურიდიული საბუთების შემუშავება-დამტკიცება. თუ ამგვარი წამოწყება გრძელვადიანია, მაშინ აუცილებელია ლიცენზია ან პატენტი.;

< რამდენადაც მელი საწარმოს საქმიანობაზე კონტროლი თავმოყრილია ერთი ადამიანის ხელში და მფლობელი თავადაა თავისი თავის უფროსი, გამოირჩევა თავისუფლებით, დამოუკიდებლობით და მოქმედების ოპერატიულობით. მას შეუძლია დამოუკიდებლად, პარტნიორებთან შეთანხმების (ასეთთა არარსებობის გამო), დირექტორთა საბჭოსადმი მიმართვის, კამათისა თუ ბიუროკრატიული გაჭიანურების გარეშე მიიღოს ყველა საჭირო გადაწყვეტილება;

< რამდენადაც მთელი შემოსავალი (მოგება) ინდივიდუალური მეწარმის საკუთრებაა, იგი მაქსიმალურად დაინტერესებულია წარმოების მაღალი ეფექტიანობით, გადაწყვეტილებათა მიღებაში იჩენს დიდ სიფრთხილეს და გულმოდგინეთ ახორციელებს თვითკონტროლს. ცდილობს შესაძლებლობის ფარგლებში საქმიანი ოპერაციების მაქსიმალურად გაფართოებას;

< ვიდრე მესაკუთრე რეგულარულად და გამართულად იხდის ანგარიშგების მიხედვით, იგი უფლებას ინარჩუნებს ნებისმიერ მომენტში შეწყვიტოს თავისი სამეწარმეო საქმიანობა;

< ერთპიროვნული მფლობელობა ფირმის საიდუმლოებათა დაცვის საუკეთესო გარანტიას წარმოადგენს;

< ხასიათდება დაბალი საორგანიზაციო ხარჯებით;

< წარმოადგენს მოქნილს და მობილურ ფორმას, რადგან ბაზრის კონიუნქტურის გათვალისწინებით შეუძლია სწრაფად შეცვალოს მოქმედების მიმართულებები;

< სარგებლობს სპეციალური შეღავათებით, არ იხდის სპეციალურ გადასახადს, რომელიც დაწესებულია მსხვილი საწარმოსათვის. იგი იხდის მხოლოდ ერთ გადასახადს და ამდენად სახელმწიფო ხაზინაში შეაქვს მოგების მცირე ნაწილი;

< პირად კონტაქტებს ამყარებს მომხმარებლებთან და უკეთ აკმაყოფილებს მათ სპეციფიკურ მოთხოვნებს არამასობრივი ნაწარმით.

უარყოფითი მხარეები:

< ინდივიდუალური მეწარმე ვერ ახერხებს დიდი მოცულობის კაპიტალის მოზიდვას. წარმოების გაზრდა შეზღუდულია მეპატრონის პირადი სახსრებით და იმ სესხებით, რომელიც მას შეუძლია ბანკიდან გამოიტანოს, ამიტომ მეპატრონეს არ შეუძლია ბიზნეს საქმიანობის სერიოზული გაფართოება, მისი მასშტაბი რამდენადმე შეზღუდულია;

< მაღალი რისკი. შეუზღუდავი ქონებრივი პასუხისმგებლობის გამო, დიდი ზარალის დაფარვამ ან ვალის გადახდის საჭიროებამ შეიძლება დააკარგვინოს არამართო საქმეში ჩადებული ქონება, არამედ მთელი თავისი პირადი ქონებაც;

< მმართველური პროფესიონალიზმის უკმარისობა. ინდივიდუალური მეწარმე თვითონ უძღვება წარმოების მთელ პროცესს, ამიტომ უჭირს მისი ყველა ფუნქციის მაღალპროფესიონალურ დონეზე შესრულება;

< ინდივიდუალური მეწარმეობა ნაკლებ ხანგრძლივმოქმედა ვიდრე ბიზნესის სხვა ფორმები. იურიდიულად იგი თავის არსებობას წყვეტს მფლობელის დაინვალიდების, დაპატიმრების ან გარდაცვალების შემთხვევაში. ზოგჯერ საქმეს ვერ შევლის თვით მექვიდრის ჩანაცვლება.

27.3.2. ამხანაგობა (პარტნიორობა)

ამხანაგობა წარმოადგენს ბიზნესის ორგანიზაციის კოლექტიურ ფორმას, რომლის შექმნისათვის ორი ან მეტი ფიზიკური ან იურიდიული პირი დებს ხელშეკრულებას ორგანიზაციის ერთობლივ მფლობელობაზე. ისინი აერთიანებენ თავიანთ კერძო კაპიტალს (საკუთარს ან ნასესხებს), ვალდებულებას იღებენ ორგანიზაციის ვალების გასტუმრებაზე და თანხმდებიან მოგების განაწილებაზე.

მოქმედი დებულების თანახმად საქართველოში არსებობს **სრული მეურნეობრივი ამხანაგობები და შერეული (კომანდიტური) მეურნეობრივი ამხანაგობები.**

სრული მეურნეობრივი ამხანაგობა

სრული მეურნეობრივი ამხანაგობა ყალიბდება მაშინ, როდესაც ფიზიკური და იურიდიული პირები რაიმე ერთობლივი მეურნეობრივი საქმიანობისათვის თანხმდებიან საწარმოს შექმნაზე. ამხანაგობის შექმნისა და საქმიანობის საფუძველია ერთობლივი საქმიანობის შესახებ ხელშეკრულება, რომელიც იღება ამხანაგობის წევრებს შორის. რეგისტრაციის დროს წარადგენს მხოლოდ სადამფუძნებლო ხელშეკრულებას.

სრული ამხანაგობა არის საწარმო და აქვს საწარმოსათვის დამახასიათებელი ყველა უფლება. მართალია მისი წევრების ქონება ერთიანდება, მაგრამ ეს არ არის იურიდიული პირის ქონება. ეს არის ამხანაგობის ერთობლივი ქონება, რომელშიც განსაზღვრულია მისი თითოეული წევრის წილი. ამგვარად სრული ამხანაგობა არ წარმოადგენს დამოუკიდებელ იურიდიულ პირს. იურიდიულ პასუხისმგებლობას ატარებს თითოეული პარტნიორი ცალ-ცალკე, მაგრამ არა ორგანიზაცია მთლიანად.

პარტნიორებს სრულ ამხანაგობაში აკისრიათ შეუზღუდავი მატერიალური პასუხისმგებლობა. გაკოტრების შემთხვევაში ვალების დასაფარავად მონაწილეები პასუხს აგებენ არამარტო ამხანაგობის ერთობლივი ქონებით, არამედ, მისი უკმარისობის შემთხვევაში შეიძლება გაიყიდოს მათი პირადი ქონებაც (თითოეულის მიერ შეტანილი კაპიტალის პროპორციულად). ამასთან, პარტნიორების პასუხისმგებლობა ვალებზე, როგორც წესი, არის “სოლიდარული”. ეს იმას ნიშნავს, რომ თუ ქონებრივი სარჩელი, რომელიც წაყენებულია ამხანაგობის ერთ-ერთი წევრის მიმართ არ კმაყოფილდება მისი წილი ქონებიდან, მაშინ იგი გადანაწილდება დანარჩენ პარტნიორებზეც.

ამხანაგობაში მის წევრთა შენატანი შეიძლება იყოს როგორც ფულადი და მატერიალური, ასევე ინტელექტუალური ფორმით. მატერიალური და ინტელექტუალური შენატანები უნდა შეფასდეს ამხანაგობის თანხმებით, გამოიხატოს ფულში და დაფიქსირდეს ერთობლივი საქმიანობის ხელშეკრულებით.

ამხანაგობის დადებით მხარეებს წარმოადგენენ:

- < დაფუძნების მარტივი პროცედურა, ჩვეულებრივ, პარტნიორებს შორის მხოლოდ წერილობით ხელშეკრულება იღება
- < მისი წევრებიც თავიანთი შემოსავლებიდან იხდიან ერთი სახის გადასახადს;
- < დიდი მოქნილობა, რაც “ურთიერთშემავსებელი ტალანტების” შეერთებით მიიღება ამხანაგობის უარყოფით მხარეებს წარმოადგენენ:
- < მაღალი რისკი, რამდენადაც მის წევრებზეც ვრცელდება შეუზღუდავი პასუხისმგებლობის პრინციპი. ამასთან ამხანაგობის ფინანსური შესაძლებლობები არც თუ ისე დიდია და ამ მხრივ მნიშვნელოვნად ჩამორჩება სააქციო კომპანიების კაპიტალს;
- < ორგანიზაციის მართვაში “ტალანტების შეერთებას” შეუძლია პარტნიორთა შორის სერიოზული უთანხმოება გამოიწვიოს, რასაც შედეგად მოჰყვება ნაკლები ოპერატიულობა გადაწყვეტილებების მიღებაში;

შერეული (კომანდიტური) მეურნეობრივი ამხანაგობა

საზოგადოება, რომელშიც რამდენიმე პირი ერთობლივად, ერთიანი საფირმო სახელწოდებით ეწევა არაერთჯერად და დამოუკიდებელ მეწარმეობას, არის კომანდიტური საზოგადოება. თუ ერთი ან რამდენიმე პარტნიორის პასუხისმგებლობა საზოგადოების კრედიტორების წინაშე განსაზღვრული საგარანტიო თანხის გადახდით შემოიფარგლება (კომანდიტები), ხოლო სხვა პარტნიორების პასუხისმგებლობა შეზღუდული არ არის (პერსონალურად პასუხისმგებელი პარტნიორები - კომპლემენტარები).

შეზღუდული პასუხისმგებლობის ამხანაგობა (კომანდიტური ამხანაგობა) სრული ამხანაგობისაგან იმით გამოირჩევა, რომ იგი შედგება ნამდვილი და მეპაიე (მენაბრე) ე. წ. კომანდიტორი წევრებისაგან. მასში შეუზღუდავი პასუხისმგებლობა გააჩნია მხოლოდ პარტნიორების ნაწილს – ნამდვილ წევრებს. მეპაიეები აქტიურად არ ერევიან ორგანიზაციის მეწარმეობრივ საქმიანობაში და სჯერდებიან მხოლოდ საფინანსო ხელშეწყობას, მოგებას ღებულობენ და სწევენ ზარალის რისკს მხოლოდ თავიანთი ფულადი შენატანების საზღვრებში. ეს იმას ნიშნავს, რომ გაკოტრების შემთხვევაში წევრი მეპაიე კარგავს საქმეში ჩადებულ თავის პაის, მაშინ როდესაც ამხანაგობის ნამდვილი წევრები შეიძლება თავიანთ პირად ქონებასაც გამოემშვიდობონ.

ამხანაგობაში უნდა იყოს არანაკლებ ერთი ნამდვილი და ერთი მეპაიე-კომანდიტორი წევრი. ასეთი ამხანაგობა არ არის იურიდიული პირი, რადგან მას ეკისრება შერეული პასუხისმგებლობა. მისი ქონება განუყოფელია ნამდვილი წევრების პირადი ქონებისაგან. ამხანაგობის ვალდებულებებზე მისი ნამდვილი წევრები, ისე როგორც სრულ ამხანაგობაში, პასუხისმგებელნი არიან სოლიდარულად, მთელი თავიანთი პირადი ქონებით, მეპაიე წევრები კი იმ ქონებით, რომელიც მათ ხელშეკრულებით გადასცეს ამხანაგობას.

შერეულ ამხანაგობას სხვანაირად “ნდობის ამხანაგობასაც” უწოდებენ. ნამდვილი წევრებიდან თითოეულს უფლება აქვს საზოგადოების სახელით გამოვიდეს და დადოს ნებისმიერი გარიგება. შეიძლება ამ გარიგებამ ამხანაგობა გააკოტროს, რაც ყველა წევრს დააზარალებს. აქ ნდობის ფაქტორია გადაწყვეტი. აგრეთვე ამხანაგობაში თავიანთი სახსრების შეტანით წევრები გარკვეულ რისკზე მიდიან, რადგან ამხანაგობის გაკოტრებისას მათ შეიძლება სახსრები დაკარგონ.

შეზღუდული პასუხისმგებლობის ამხანაგობა (კომანდიტური) არის გარდამავალი ფორმა სრულ ამხანაგობასა და მეწარმეობის სხვა, თანამედროვე კოლექტიურ ფორმას (სააქციო საზოგადოებას) შორის.

27.3.3. შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება

ინდივიდუალური საწარმოს შემდეგ, შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება (შპს) არის ყველაზე გავრცელებული ფორმა მსოფლიოში.

შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება არის საზოგადოება, რომლის პასუხისმგებლობა მისი კრედიტორების წინაშე შემოიფარგლება მთელი მისი ქონებით. საზოგადოების პარტნიორი არ არის პასუხისმგებელი საზოგადოების ვალდებულებებზე, გარდა კანონით გათვალისწინებული შემთხვევებისა. ასეთი საზოგადოების დაფუძნება შეუძლია ერთ პირსაც.

შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოების წევრების შენატანებისგან წარმოქმნილი საწესდებო ფონდი არ უნდა იყოს კანონით გათვალისწინებული თანხის ოდენობაზე ნაკლები. ფირმის ვალებზე თითოეული წევრის პასუხისმგებლობა შემოფარგლულია მათ მიერ შეტანილი პაის ოდენობით. იგი არის იურიდიული პირი და ვალებზე პასუხს აგებს იმ ქონებით, რომელიც მის აქტივშია. საზოგადოების ქონებიდან თითოეულ მონაწილეს ეკუთვნის გარკვეული წილი,

რომლის დასტურად ღებულობს მოწმობას ან სერთიფიკატს. მისი გაყიდვა არ შეიძლება, ვინაიდან იგი არ არის ფასიანი ქაღალდი.

შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოებას ჰყავს აქციონერები და ზოგ შემთხვევაში სამეთვალყურეო საბჭო. ორგანიზაციის საქმიანობის პრინციპული მნიშვნელობის საკითხები წყდება უმაღლეს ორგანოში – წევრთა საერთო კრებაზე, რომელიც მიმდინარე ხელმძღვანელობის განსახორციელებლად ქმნის აღმასრულებელ ორგანოს. ეს უკანასკნელი შეიძლება იყოს კოლექტიური ან ერთპიროვნული, მაგრამ საერთო კრებისადმი აუცილებლად დაქვემდებარებული.

27.3.4. დამატებითი პასუხისმგებლობის საზოგადოება

დამატებითი პასუხისმგებლობის საზოგადოების თავისებურებას წარმოადგენს ის გარემოება, რომ ორგანიზაციის ერთ-ერთი მონაწილის გაკოტრებისას საზოგადოების მიერ ნაკისრ ვალდებულებებზე მის პასუხისმგებლობას ინაწილებენ დანარჩენი წევრები, მათი შენატანების პროპორციულად. მონაწილეთა ესოდენ გაზრდილი პასუხისმგებლობის გამო, დამატებითი პასუხისმგებლობის საზოგადოებები შედარებით ნაკლებად გვხვდება.

27.3.5. სააქციო საზოგადოება

სააქციო საზოგადოება იქმნება ნებაყოფლობით გაერთიანებულ ფიზიკურ და იურიდიულ პირთა მიერ და წარმოადგენს მათ საკუთრებას, ფლობს რა თითოეული მათგანი საერთო კაპიტალის ნაწილს აქციების სახით. ასეთი საზოგადოების თანამესაკუთრენი იწოდებიან აქციონერებად. საწარმოს მოგების ნაწილს ისინი ღებულობენ დივიდენდების სახით. აქციონერული საზოგადოების ქონება აქციონერთა საკუთრებაა, მაგრამ იგი განსხვავდება როგორც კერძო, ისე კოლექტიური საკუთრებისაგან, თუმცა ამავე დროს ორივე მათგანის ნიშნების მატარებელიცაა. იგი ინდივიდუალურ კერძო საკუთრებას ემსგავსება იმით, რომ თითოეული აქციონერის კერძო საკუთრება განისაზღვრება მის ხელში არსებული აქციების რაოდენობით, მაგრამ განსხვავდება იმით, რომ გამოიყენება სხვა თანამონაწილე აქციონერთა საკუთრებისაგან გაუმიჯნავად, ერთობლივად. კოლექტიური საკუთრების მსგავსად აქციონერული საზოგადოების ქონება გამოიყენება ჯგუფურად, აქციონერთა საერთო ინტერესების შესაბამისად, მაგრამ მთავარი განსხვავება ისაა, რომ თითოეულმა აქციონერმა ზუსტად იცის თავისი წილი ფირმის ერთობლივ საკუთრებაში. ამხანაგობაზე (კოლექტიურობაზე) დაფუძნებულ ფირმაში კი თანამონაწილეთა წილი, როგორც წესი, განუსაზღვრელია და ქონება მის ყველა წევრს თანაბრად ეკუთვნის.

როგორც მენაბრებისაგან თავისუფალ იურიდიულ პირს, სააქციო საზოგადოებას გააჩნია რიგი უფლებები და მოვალეობები. მაგ., მას შეუძლია ვალად აიღოს და მიიღოს კრედიტი, სასამართლოში წარადგინოს სარჩელი და გამოვიდეს როგორც მოპასუხე, დადოს ხელშეკრულება და იხადოს გადასახადი. სახელლობრ, თვით სააქციო საზოგადოება, როგორც იურიდიული პირი (და არა მისი მფლობელები) არის პასუხისმგებელი საწარმოს ვალეებზე.

აქციონერული საზოგადოების სახელწოდება აქციებიდან წარმოდგება. **აქცია არის ფასიანი ქაღალდი, რომელიც მის მფლობელს (აქციონერს) აქციონერული საზოგადოების შემოსავლის განსაზღვრული ნაწილის (დივიდენდის) მიღებისა და, როგორც წესი, ამ საწარმოს მმართველობით საქმიანობაში მონაწილეობის უფლებას აძლევს.**

აქციის მყიდველი გადახდილი ფულის სანაცვლოდ ხდება კომპანიის სრულუფლებიანი მესაკუთრე ანუ მონაწილეობს მის მართვასა და გამგეობაში. აქცია შეიძლება იყოს **სახელობითი**

და **უსახელო** (ინგლ. shares to bearer), შემოსავლის ოდენობის მიხედვით კი – **ჩვეულებრივი** (ინგლ. common stock) და **პრივილეგიური** (ინგლ. prefer stock). სახელობით აქციებზე აღინიშნება მფლობელის მონაცემები, ხოლო თვით მფლობელის რეგისტრირება ხდება აქციონერული საზოგადოების საბუთებში. ასეთი აქციების გასხვისება უნდა შეთანხმდეს აქციონერულ საზოგადოებასთან, რომლის შემდეგ იგი გადაფორმდება ახალ მფლობელზე. უსახელო აქციები ანონიმურ ხასიათს ატარებს.

ჩვეულებრივ აქციას პრივილეგიურთან შედარებით ის უპირატესობა აქვს, რომ მისი მფლობელი იღებს დივიდენდს, რომელიც დამოკიდებულია სააქციო საზოგადოების მოგების სიდიდეზე და მატულობს მისი ზრდის პროპორციულად. ჩვეულებრივი აქციის მფლობელს აქვს აქციონერული საზოგადოების საერთო კრებაზე ხმის უფლება, რომლის საფუძველზე მას შეუძლია მონაწილეობა მიიღოს ამ საზოგადოების მართვაში. აქვე აღსანიშნავია, რომ აქციების ბევრი წვრილი მფლობელის ხელში გაფანტვისას ფირმას რეალურად მართავენ ისინი, ვის ხელშიცაა აქციების საკონტროლო პაკეტი – აქციების მოცულობა, რომელიც უზრუნველყოფს ხმების გადამწყვეტ რაოდენობას აქციონერული საზოგადოების მართვაში. თეორიულად ესაა – აქციების 50 % + 1. პრაქტიკულად კი იგი შეიძლება გაცილებით ნაკლები იყოს, ვთქვათ, 20-30 %, მაგრამ იმ შემთხვევაში, როდესაც სხვა მონაწილეთა აქციების წილი ამაზე ნაკლებია.

ცალკეული აქციონერული საზოგადოებები, ჩვეულებრივთან ერთად, უშვებენ პრივილეგიურ ბულ აქციებს. დაფუძნებისას აქციონერული საზოგადოების წესდებაში აღინიშნება თუ როგორი თანაფარდობა უნდა იყოს დაცული ჩვეულებრივი და პრივილეგიურული აქციების ოდენობას შორის. პრივილეგიურული აქციების თავისებურებაა ის, რომ დივიდენდი, რომელსაც ღებულობენ მათი მფლობელები არ არის დამოკიდებული სააქციო საზოგადოების მოგების სიდიდეზე და ფიქსირებულ ხასიათს ატარებს, ე.ი. მისი ოდენობა წინასწარ განსაზღვრული და მუდმივია. სანაცვლოდ დივიდენდს პირველ რიგში აძლევენ პრივილეგიურული აქციის მფლობელებს. ჩვეულებრივი აქციების მფლობელებმა გაუთვალისწინებელ საგანგებო ვითარებათა გამო, ან აქციონერული საზოგადოების საერთო კრების გადაწყვეტილებით შესაძლებელია დივიდენდი საერთოდ ვერ მიიღოს. პრივილეგიურული აქციების მფლობელების მიმართ ასეთი რამ გამორიცხულია – მათ სტაბილურად უნდა მიიღონ დივიდენდი, წინასწარ დადგენილი განაკვეთის მიხედვით. სააქციო საზოგადოების ლიკვიდაციის შემთხვევაში მათ უბრუნდებათ დაბანდებული სახსრები (კაპიტალი).

აქციებს აქვს ნომინალური ღირებულება (აქციაზე აღნიშნული თანხა) და ფასი ანუ კურსი, რომლითაც იყიდება საფონდო ბირჟაზე. აქციის კურსი დივიდენდის ზომის პირდაპირპროპორციული და სესხზე სარგებლის დონის უკუპროპორციულია.

სააქციო საზოგადოება შეიძლება იყოს **ღია და დახურული** ტიპის. ღია ტიპის საზოგადოებას შეუძლია განაგოს შეუზღუდავი საშუალებანი, მაგრამ ამავდროულად იგი ვალდებულია გასცეს საკმარისად ამომწურავი ინფორმაცია საკუთარ ფინანსურ მდგომარეობაზე. ღია აქციონერული საზოგადოების წევრებს სხვა აქციონერებთან შეთანხმების გარეშე შეუძლიათ თავიანთი კუთვნილი აქციების გასხვისება.

მწვავე კონკურენციის პირობებში ბევრი საწარმო ფაქტების განხაურებას თავს არიდებს, ამიტომ რიგი კომპანიებისა უპირატესობას ანიჭებს დახურული ტიპის სააქციო საზოგადოებად დაფუძნებას, რომლის საწარმოო ფონდები არ უნდა აღემატებოდეს განსაზღვრულ სიდიდეს, მაგრამ ეძლევა უფლება არ გაამჟღავნოს თავისი ფინანსური მდგომარეობა. დახურულ საზოგადოებაში აქციები ვრცელდება დამფუძნებელ ან წინასწარ განსაზღვრული წრის პირთა (მაგ., მოცემული საწარმოს მუშაკთა) შორის.

მსხვილი აქციონერული საზოგადოებების მართვა რთულია, ამიტომ აქციონერები ირჩევენ დირექტორთა საბჭოს. დირექტორთა საბჭო ნიშნავს პრეზიდენტს და თანამდებობათა პირებს ორ-

განიზაციის მართვის უზრუნველსაყოფად. საბჭო იღებს გადაწყვეტილებებს განვითარების ფონდის გამოყოფაზე, ზრდის მიმართულებაზე, დივიდენდის ოდენობაზე და ა.შ.

დადებითი მხარეები:

< აქციონერები პასუხს არ აგებენ საწარმოს ვალებზე მთელი თავიანთი ქონებით. გაკოტრების შემთხვევაში ისინი დაკარგავენ მხოლოდ იმ თანხას, რაც მათ აქციების შეძენაზე დაეხარჯათ. ეს იმას ნიშნავს რომ აქციონერებს შეზღუდული პასუხისმგებლობა გააჩნიათ;

< ოპერაციების ჩატარების სიმარტივე, რომელიც დაკავშირებულია აქციების თავისუფალ ყიდვა-გაყიდვასთან. სააქციო საზოგადოებაში ქონებრივი მონაწილის უფლების მოპოვება შესაძლებელია აქციის ყიდვა-გაყიდვის გზით, რაც მარტივ პროცედურას წარმოადგენს. ასეთი ოპერაციები ყოველდღიურად წარმოებს სპეციალურად ორგანიზებულ ბაზარზე, რომელსაც საფონდო ბირჟა ეწოდება;

< პროფესიონალური მართვა, რომელიც ზოციელდება მენეჯერთა მეშვეობით;

< იგი წარმოადგენს დამატებითი კაპიტალის მოზიდვის ეფექტურ ფორმას. ყიდის რა აქციებს თავისუფლად და აქციონერებს ანიჭებს შეზღუდული პასუხისმგებლობის უფლებას, სააქციო საზოგადოებას ამით შეუძლია მოიზიდოს უამრავი მეწარმე.

< ფინანსური რესურსების მოზიდვა წარმოების ფართო მასშტაბებს განაპირობებს, რაც თავის მხრივ, პროდუქციის შედარებით სიააფეს და მაღალ რენტაბელობას იწვევს;

< საზოგადოებრივი აღიარება და ნდობა პროდუქციის ხარისხზე;

< არსებობის შეუზღუდველობა. აქციონერის გარდაცვალებისას მისი აქციები გადადის მემკვიდრის ხელში, რაც გავლენას არ ახდენს კომპანიის მდგომარეობაზე, ამიტომ სააქციო საზოგადოება უფრო ხანგრძლივმოქმედაა. ამასთან სამეურნეო უფლების თვალსაზრისით, საერთოდ არ გააჩნია ზღვარი მისი არსებობის ხანგრძლივობას, მფლობელობის გადაცემა ადვილად ხდება აქციების გაყიდვის გზით;

უარყოფითი მხარეები:

< დაფუძნება რთულ და შრომატევად საქმეს წარმოადგენს, რამდენადაც იგი დაკავშირებულია მთელ რიგ სპეციალურ, ნოტარიულად დამოწმებული დოკუმენტების გაფორმებასთან, რაც შესაბამისად ზრდის ხარჯებს (იურიდიული მომსახურების სოლიდური ხარჯები);

< ფორმის ბიზნეს-საქმიანობაზე მკაცრი კონტროლი;

< მმართველობის დიდმასშტაბურობა და მოქმედების დაბალი ოპერატიულობა;

< საქმიანობის მონოპოლიზაციისკენ მიდრეკილება;

< ბიზნესის სხვა ფორმებისაგან განსხვავებით სააქციო საზოგადოება წარმოადგენს ორმაგი დაბეგურის ობიექტს. ჯერ ერთი როგორც დამოუკიდებელი იურიდიული პირი, სააქციო საზოგადოება იხდის კომპანიის მოგების გადასახადს. მეორე მხრივ, საწარმოს მოგების ნაწილი, რომელიც დივიდენდის სახით უნდა განაწილდეს აქციონერებს შორის, გადასახადით იბეგრება კიდევ ერთხელ, უკვე როგორც მოქალაქეთა პირადი შემოსავლები. ეს იმას ნიშნავს, რომ საერთო ჯამში, სააქციო საზოგადოების ნაწილი მიდის სახელმწიფო ხაზინაში. ორმაგი დაბეგურის გამო მცირე ზომის საწარმოებისთვის მეწარმეობის აქციონერული ფორმა ნაკლებ მიმზიდველს წარმოადგენს.

< გადაწყვეტილების მისაღებად სააქციო საზოგადოებაში საჭირო ხდება უამრავი შეთანხმება, დამტკიცებები და ა.შ. არცთუ იშვიათად, კონფლიქტი აღიმგრება ხოლმე რიგითი მესაკუთრე-აქციონერებისა და მმართველების ინტერესთა შეუსაბამობის გამო.

საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად, კომპანია, სადაც 60-ზე მეტი პარტნიორია, უნდა ჩამოყალიბდეს სააქციო საზოგადოებად. სააქციო საზოგადოების საწესდებო კაპიტალი უნდა შეადგენდეს სულ მცირე 15000 ლარს. პასუხისმგებლობა კრედიტორების წინაშე შემოიფარგლება მთელი მისი ქონებით.

1999 წლის პრეზიდენტის ბრძანებულების თანახმად სამედიცინო დაწესებულებების სამართლებრივი სტატუსი ძირითადად არის სააქციო საზოგადოება და შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება. ასეთი ორგანიზაციების მფლობელია საჯარო სამართლის იურიდიული პირი – საწარმოთა მართვის სააგენტო და ზოგ შემთხვევაში მერია. მფლობელობა გამოიხატება ტექნიკური ნაწილის, კერძოდ შენობა-ნაგებობების ფლობაში. მართვა მთლიანად მენეჯერთა კომპეტენციას წარმოადგენს. პოლიკლინიკების, ამბულატორიების, საავადმყოფოების და სხვა სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერები ვალდებული არიან, ჩაერთონ ორგანიზაციის ყოველდღიურ საქმიანობაში, გაანაწილონ ფინანსები და გამოვიდნენ წარმომადგენლებად საზოგადოების წინაშე.

27.3.6. სოლიდარული პასუხისმგებლობის საზოგადოება

სოლიდარული პასუხისმგებლობის საზოგადოება არის საზოგადოება, რომელშიც რამდენიმე ფიზიკური პირი ერთობლივად, ერთიანი საფირმო სახელწოდებით ეწევა არაერთჯერად და დამოუკიდებელ მქარმეობას და პარტნიორები – უშუალოდ პირდაპირ, მთელ ვალდებულებებზე, შეუზღუდავად, მთელი თავისი ქონებით. პარტნიორები შეიძლება იყვნენ მხოლოდ ფიზიკური პირები.

27.3.7. კოოპერატივი

კოოპერატივი არის წევრთა შრომით საქმიანობაზე დაფუძნებული ან წევრთა მეურნეობის განვითარებისა და შემოსავლის გადიდების მიზნით შექმნილი საზოგადოება, რომლის ამოცანაა წევრთა ინტერესების დაკმაყოფილება და იგი მიმართული არ არის უპირატესად მოგების მიღებაზე.

ცხრილი 2: კომერციული ორგანიზაციების ორგანიზაციულ -სამართლებრივი ფორმების შედარებით დახასიათება

კონტრაქტები	სრული ამხანაგობა	შერეული ამხანაგობა (კომინდიტური ამხანაგობა)	შეხვედრული კაპიტალიზაციის მქონე მსხვილი	დამატებითი კაპიტალიზაციის მქონე მსხვილი	და აქციონერული საზოგადოება	და ხურული აქციონერული საზოგადოება
დამფუძნებლები და მინაწილეები	სრული ამხანაგები – ფიზიკური პირები და კომერციული ორგანიზაციები	სრული ამხანაგობა და მინაწილე-მუხაპეები-ფიზიკური პირები და კომერციული ორგანიზაციები	ნებისმიერი ფიზიკური და იურიდიული პირები	ნებისმიერი ფიზიკური და იურიდიული პირები	ნებისმიერი ფიზიკური და იურიდიული პირები	ნებისმიერი ფიზიკური და იურიდიული პირები
შეხვედრეულები მთავარულულები და მოვალეობების განსაზღვრაში	საქმიანობის ნებისმიერი სახე, რომელსაც არ კრძალავს კანონი	საქმიანობის ნებისმიერი სახე, რომელსაც არ კრძალავს კანონი	საქმიანობის ნებისმიერი სახე, რომელსაც არ კრძალავს კანონი	საქმიანობის ნებისმიერი სახე, რომელსაც არ კრძალავს კანონი	საქმიანობის ნებისმიერი სახე, რომელსაც არ კრძალავს კანონი	საქმიანობის ნებისმიერი სახე, რომელსაც არ კრძალავს კანონი
დამფუძნებელია რაოდენობა უმეტეს ორი ამხანაგი	არაუმეტეს ერთი სრული ამხანაგი და ერთი მუხაპე	ერთიდან 50-მდე	ერთიდან 50-მდე	ერთიდან 50-მდე	ნებისმიერი	ერთიდან 50-მდე
ქონების რეგულაციები	საკუთრების რეგულაცია	საკუთრების რეგულაცია	მთელი საკუთრების რეგულაცია	მთელი საკუთრების რეგულაცია	მთელი საკუთრების რეგულაცია	მთელი საკუთრების რეგულაცია
ორგანიზაციის მართვის ორგანოები	მართავს ხორციელდება კვლევა წევრის სრული თანხმობით ან ხმათა უმრავლესობით	მართავს ხორციელდება სრული ამხანაგებით	მინაწილეებს საერთო კრება და აღმასრულებლები ორგანო (კოლექტიური ან ერთპიროვნული)	მინაწილეებს საერთო კრება და აღმასრულებლები ორგანო (კოლექტიური ან ერთპიროვნული)	მინაწილეებს საერთო კრება და აღმასრულებლები ორგანო (კოლექტიური ან ერთპიროვნული)	მინაწილეებს საერთო კრება და აღმასრულებლები ორგანო (კოლექტიური ან ერთპიროვნული)
დამფუძნებელია უფლებები მართვის ორგანოების ფორმირებაში			ხორციელდება მინაწილეებს საერთო კრებაზე მინაწილეების მიღების გზით	ხორციელდება მინაწილეებს საერთო კრებაზე მინაწილეების მიღების გზით	ხორციელდება მინაწილეებს საერთო კრებაზე მინაწილეების მიღების გზით	ხორციელდება მინაწილეებს საერთო კრებაზე მინაწილეების მიღების გზით
მომხმარებელთა უწყისი	დაგროვილი კაპიტალიზაციის პროპორციულად	დაგროვილი კაპიტალიზაციის პროპორციულად	თითოეული მინაწილის წილის პროპორციულად	თითოეული მინაწილის წილის პროპორციულად	თითოეული მინაწილის წილის პროპორციულად	თითოეული მინაწილის წილის პროპორციულად
კაპიტალიზაციის რეგულაციები	სრული ამხანაგობის ქონებით	სრული ამხანაგობის ქონებით და მუხაპეთა მენატრებით	მინაწილეებს მუხაპეების და მენატრების გადაუხდელი ნაწილის დივიდენდების საზღვრებში	მინაწილეებს მუხაპეების და მენატრების გადაუხდელი ნაწილის დივიდენდების საზღვრებში	მინაწილეებს მუხაპეების და მენატრების გადაუხდელი ნაწილის დივიდენდების საზღვრებში	მინაწილეებს მუხაპეების და მენატრების გადაუხდელი ნაწილის დივიდენდების საზღვრებში
კლიენტების უმრავლესობა	ხელშეკრულებები	ხელშეკრულებები	ხელშეკრულებები	ხელშეკრულებები	ხელშეკრულებები	ხელშეკრულებები
ანგარიშების პერიოდის რეგულაცია	არა	არა	არა	არა	არა	არა
ანგარიშის ფუნქციონირების რეგულაცია	არა	არა	არა	არა	არა	არა
ანგარიშის ფუნქციონირების რეგულაცია	არა	არა	არა	არა	არა	არა

27.3.8. არაკომერციული ორგანიზაციები

არაკომერციული ორგანიზაციის შექმნის მიზნებს წარმოადგენს: სოციალური, საქველმოქმედო, კულტურული, საგანმანათლებლო, სამეცნიერო, მართული ღონისძიებების განხორციელება. მისი მიზანი, აგრეთვე, შეიძლება იყოს მოქალაქეთა ჯანდაცვა, ფიზიკური კულტურის და სპორტის განვითარება, სულიერი და სხვა არამატერიალური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება.

არაკომერციულ ორგანიზაციას შეუძლია სამეწარმეო საქმიანობის განხორციელებაც. ასეთ საქმიანობად განიხილება მომგებიანი საქონლისა და მომსახურების წარმოება, რომელიც ემსახურება არაკომერციული ორგანიზაციის შექმნის მიზნებს, აგრეთვე ფასიანი ქაღალდების, ქონებრივი და არაქონებრივი უფლებების შექმნა და რეალიზაცია, სამეურნეო საზოგადოებებში და ამხანაგობებში მონაწილეობა.

არაკომერციულ ორგანიზაციებს აქვთ საკუთრებაში ან ოპერატიულ მმართველობაში განკერძოებული ქონება, იღებენ პასუხისმგებლობას საკუთარ ვალდებულებებზე ამ საკუთრებით, შეუძლიათ თავისი სახელით შეიძინონ და განახორციელონ საკუთრებრივი და არასაკუთრებრივი უფლებები.

სახელმწიფო ხელისუფლების ორგანოებს და ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებს შეუძლიათ თავიანთი კომპეტენციის ფარგლებში არაკომერციულ ორგანიზაციებს გაუწიონ ეკონომიკური დახმარება სხვადასხვა ფორმებში, მათ შორის:

- < კანონმდებლობის შესაბამისად დააწესონ შეღავათები გადასახადების გადახდაში (არაკომერციული ორგანიზაციის ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის შესაბამისად);
- < სახელმწიფო და მუნიციპალური ქონების გამოყენებისას მისი გადასახადისგან სრული ან ნაწილობრივი განთავისუფლება;
- < არაკომერციულ ორგანიზაციებში კონკურსის საფუძველზე სახელმწიფო და მუნიციპალური შეკვეთების განხორციელება;
- < კანონმდებლობის შესაბამისად გადასახადების გადახდაზე შეღავათების დაწესება იმ სამოქალაქო და იურიდიულ პირებზე, რომლებიც არაკომერციულ ორგანიზაციებს მატერიალურ დახმარებას უწევენ.

დაწესებულება წარმოადგენს ორგანიზაციას, რომელიც შექმნილია სახელმწიფო ან ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების, იურიდიული და ფიზიკური პირების მიერ, მმართველობითი, სოციალურ-კულტურული ან სხვა არაკომერციული ხასიათის ფუნქციების შესასრულებლად და ფინანსდება მათ მიერ სრულად ან ნაწილობრივ.

მესაკუთრე-დამფუძნებელი (ან მისგან უფლებამოსილი ორგანო) ნიშნავს დაწესებულების ხელმძღვანელს ერთპიროვნული აღმასრულებელი ორგანოს სახით. დაწესებულების საქმიანობა მთლიანად ან ნაწილობრივ ფინანსდება მესაკუთრის მიერ. დაწესებულება პასუხს აგებს მის განკარგულებაში არსებულ ფულად საშუალებებზე. მისი ნაკლებობის შემთხვევაში მესაკუთრე ღებულობს სუბსიდიარულ პასუხისმგებლობას. დაწესებულების წესდებით მას შეიძლება მიეცეს გარკვეული სახის საქმიანობის განხორციელების უფლება, რომელიც მისთვის მოგების მომტანია (ანუ სამეწარმეო საქმიანობა). ეს შემოსავლები, ისევე როგორც მის ხარჯზე შექმნილი ქონება რჩება დამფუძნებლის საკუთრებაში და არ განეკუთვნება დაწესებულების საკუთრებას. დაწესებულება არანაირ პირობებში არ შეიძლება გახდეს საკუთარი ქონების მესაკუთრე.

სახელმწიფო და მუნიციპალური დაწესებულების ქონება შეიძლება გადაეცეს სხვა იურიდიული და ფიზიკური პირების საკუთრებაში მხოლოდ სპეციალური კანონის საფუძველზე. ასეთი ორგანიზაციების სხვა ორგანიზაციულ-სამართლებრივ ფორმებად (უნიტარული საწარმოს გარდა) გარდაქმნა ასევე საჭიროებს კანონის მიღებას. დაწესებულების ლიკვიდაცია ხორციელდება სამოქალაქო კანონმდებლობის საერთო წესებით.

ცხრილი 3: არაკომერციული ორგანიზაციების ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმების შედარებითი დახასიათება

კრიტერიუმები	დაწესებულება	არაკომერციული პარტნიორობა	ავტონომიური არაკომერციული ორგანიზაცია
დამფუძნებლები და მონაწილენი	ნებისმიერი ფიზიკური და იურიდიული პირები	ნებისმიერი ფიზიკური და იურიდიული პირები	ნებისმიერი ფიზიკური და იურიდიული პირები
შესლევები მიმართულებების და მოცულობების განსაზღვრაში	მოქმედების მიზნები და საგანი განისაზღვრება დამფუძნებლის მიერ დამტკიცებული წესდებით, საქმიანობა შეიძლება რეგულირდებოდეს დამფუძნებლის გადაწყვეტებით	წესდებით დადგენილი საქმიანობა, მიმართული საზოგადოებრივი კეთილდღეობის მისაღწევად	წესდებით დადგენილი საქმიანობა, მიმართული საზოგადოებრივი კეთილდღეობის მისაღწევად
დამფუძნებელთა რაოდენობა	ერთი	არანაკლებ ორი	ნებისმიერი
ქონებრივი უფლებები	ოპერატიული მართვის უფლება	საკუთრების უფლება, პარტნიორობიდან გასვლის შემდეგ მონაწილეს უბრუნდება ქონება მის მიერ შეტანილი წილის საზღვრებში	საკუთრების უფლება
ორგანიზაციის მართვის ორგანოები	მესაკუთრეთა მიერ დანიშნული ხელმძღვანელი	მონაწილეთა საერთო კრება (შესაძლებელია სამეთვალყურეო საბჭოს შექმნა) და აღმასრულოებელი ორგანო (კოლეგიალური ან ერთპიროვნული)	უმაღლესი კოლეგიალური ორგანო (სამეთვალყურეო საბჭოს ტიპის) და აღმასრულოებელი ორგანო (კოლეგიალური ან ერთპიროვნული)
დამფუძნებელთა უფლებები ორგანიზაციის მართვის ორგანოების ფორმირებაში	დამფუძნებელი ნიშნავს ხელმძღვანელს	ხორციელდება მონაწილეთა საერთო კრებაზე მონაწილეობის მიღების გზით	მონაწილენი ღებულობენ მონაწილეობას უმაღლესი კოლეგიალური ორგანოს ფორმირებაში, მართვა მის მიერ დამტკიცებული წესდებით
ფინანსური დამოკიდებულება დამფუძნებელთან	დამფუძნებელი აფინანსებს (ნაწილობრივ ან მთლიანად) დაწესებულების საქმიანობას მის მიერ დამტკიცებული ხარჯთაღრიცხვით		
მოგების განაწილების წესი	სამწარმო საქმიანობისგან მოგება რჩება დაწესებულების განკარგულებაში და შეიძლება მიმართული იყოს საწესდებო ამოცანების შესასრულებლად	სამწარმო საქმიანობისგან მოგება არ ნაწილდება წევრებს შორის და მიმართულია საწესდებო ამოცანების შესასრულებლად	სამწარმო საქმიანობისგან მოგება არ ნაწილდება წევრებს შორის და მიმართულია საწესდებო ამოცანების შესასრულებლად
პასუხისმგებლობა ვალდებულებებზე	დაწესებულების ფინანსური საშუალებებით, მათი უკმარისობისას – დამფუძნებლის სუბსიდიარული პასუხისმგებლობა	პარტნიორობის პასუხისმგებლობა მის საკუთრებაში მყოფი ქონების ფარგლებში	პარტნიორობის პასუხისმგებლობა მის საკუთრებაში მყოფი ქონების ფარგლებში
კლიენტებთან ურთიერთობები	ხელშეკრულებები	ხელშეკრულებები	ხელშეკრულებები
ანგარიშების პუბლიკაციის ვალდებულება	არა, ანგარიშები წარედგინება დამფუძნებელს და სხვა კანონმდებლობით გათვალისწინებულ ორგანოებს	არა, ანგარიშები წარედგინება დამფუძნებელს და სხვა კანონმდებლობით გათვალისწინებულ ორგანოებს	არა, ანგარიშები წარედგინება დამფუძნებელს და სხვა კანონმდებლობით გათვალისწინებულ ორგანოებს

იურიდიული პირი, რომლის მიზანსაც არ შეადგენს სამეწარმეო საქმიანობა, შეიძლება არსებობდეს, როგორც კავშირი (ასოციაცია) და ფონდი. კავშირი და ფონდი არასამთავრობო და არამომგებიანი ორგანიზაციებია. მიღებული მოგების განაწილება წევრებს შორის დაუშვებელია, მოგება უნდა მოხმარდეს კავშირისა და ფონდის მიზნებს. დამფუძნებლები იღებენ ანაზღაურებას მხოლოდ კანონით დადგენილი წესით.

კავშირი წარმოადგენს იურიდიულ პირს, სადაც გათვალისწინებულია საერთო მიზნის მქონე პირები. კავშირის დასაფუძნებლად საჭიროა მინიმუმ 5 დამფუძნებელი. ნებისმიერ ფიზიკურ პირს აქვს უფლება იყოს კავშირის დამფუძნებელი.

ფონდი წარმოადგენს კერძო სამართლის იურიდიულ პირს, სადაც ერთი ან რამდენიმე დამფუძნებელი დამოუკიდებელ სუბიექტს საკუთრებაში გადასცემს ქონებას საერთო-საზოგადო სასარგებლო მიზნის მისაღწევად. ფონდს, ასოციაციისგან განსხვავებით წევრები არ ჰყავს.

საკონტროლო კითხვები და ამოცანები

1. ჩამოთვალეთ ძირითადი ნიშნები, რომლითაც ერთმანეთისაგან განასხვავებენ მეწარმეობის ორგანიზაციულ-სამართლებრივ ფორმებს.
2. რას წარმოადგენენ ფიზიკური და იურიდიული პირები?
3. რას წარმოადგენს კომერციული ორგანიზაცია?
4. რას წარმოადგენს არაკომერციული ორგანიზაცია?
5. ჩამოთვალეთ კომერციული და არაკომერციული ორგანიზაციების ფორმები.
6. რაში გამოიხატება კომერციულ და არაკომერციულ ორგანიზაციებს შორის მთავარი განსხვავება?
7. რას წარმოადგენს ინდივიდუალური საწარმო?
8. რაში გამოიხატება ინდივიდუალური საწარმოს დადებითი და უარყოფითი მხარეები?
9. რომელი ქვემომთმყოფანილი ნიშანი წარმოადგენს ინდივიდუალური კერძო მეურნეობის უპირატესობას?
 - ა) შეზღუდული პასუხისმგებლობა;
 - ბ) დაფუძნების მარტივი პროცედურა;
 - გ) საფონდო ბირჟიდან დამატებითი კაპიტალის მოზიდვის შესაძლებლობა
10. რას წარმოადგენს ამხანაგობა?
11. ჩამოთვალეთ სრული და შერეული ამხანაგობების საერთო და განმასხვავებელი ნიშნები.
12. ჩამოთვალეთ ამხანაგობების დადებითი და უარყოფითი მხარეები?
13. სრული ამხანაგობის პარტნიორი ვალდებულია გაკოტრების შემთხვევაში საწარმოს ვალები გადაიხადოს პირადი ქონებიდან. ამხანაგობის რომელი ქვემომთმყოფანილი ნაკლოვანება წარმოადგენს ამის ილუსტრაციას?
 - ა) არახანგრძლივობა;
 - ბ) საფინანსო რესურსების შეზღუდულობა;
 - გ) შეუზღუდავი პასუხისმგებლობა;
 - დ) ორმაგი დაბეგვრა.
14. რას წარმოადგენს შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება?
15. რას წარმოადგენს დამატებითი პასუხისმგებლობის საზოგადოება?
16. საკუთრების რომელ ფორმას განეკუთვნება აქციონერული საზოგადოების ქონება?
17. ვინ ითვლება სააქციო საზოგადოების მესაკუთრედ?
 - ა) აქციონერი;

- ბ) სამეთვალყურეო საბჭო;
 - გ) პრეზიდენი;
 - დ) გამგეობის წევრი
18. ახსენით სააქციო საზოგადოების ძირითადი პრინციპები.
19. რა არის აქცია?
20. ერთმანეთისაგან განასხვავეთ სახელობითი და უსახელო, მარტივი და პრივილეგირებული აქციები?
21. ტერმინი “ორმაგი დაბეგვრა” ნიშნავს იმას, რომ:
- ა) სააქციო საზოგადოებამ გადასახადი უნდა შეიტანოს როგორც ცენტრალურ, ასევე ადგილობრივი მართვის ორგანოში;
 - ბ) სააქციო საზოგადოება გადასახადს იხდის მოგებიდან; გარდა ამისა, მოგების ნაწილი, რომელიც გაიცემა აქციონერებზე დივიდენდების სახით იბეგრება მეორეჯერ, როგორც მათი შემოსავლების ნაწილი;
 - გ) სააქციო საზოგადოება გადასახადს იხდის მოგებიდან და შემოსავლიდან.
22. რით განსხვავდებიან ღია და დახურული სააქციო საზოგადოებები ერთმანეთისგან?
23. ქვემოთმოყვანილი რომელი ფუნქციის შესრულება არ ეხებათ რიგით აქციონერებს ღია ტიპის სააქციო საზოგადოებაში?
- ა) მოგების ნაწილის მიღება;
 - ბ) წარმოების პროცესების მართვა;
 - გ) სამეთვალყურეო საბჭოს არჩევა
 - დ) საწარმოს მესაკუთრეობა
24. რაში გამოიხატება სააქციო საზოგადოების დადებითი და უარყოფითი მხარეები?
25. მეწარმეობის რომელი ფორმებისთვისაა დამახასიათებელი შემდეგი ნიშნები: ხანგანმძლეობა, შეზღუდული პასუხისმგებლობა, ორმაგი დაბეგვრა?
- ა) ერთპიროვნული მეურნეობისათვის;
 - ბ) ამხანაგობისათვის;
 - გ) სააქციო საზოგადოებისათვის.
26. ბიზნესის რომელი სამართლებრივი ფორმაა ყველაზე მეტად გავრცელებული განვითარებული ა) საბაზრო ეკონომიკის ქვეყნებში?
- ა) ერთპიროვნული მფლობელობა;
 - ბ) ამხანაგობა;
 - გ) სააქციო საზოგადოება.
27. ჩამოთვალეთ არაკომერციული ორგანიზაციების დამახასიათებელი ნიშნები.

ლიტერატურა

1. Шейман И.М. Экономика Здравоохранения, Москва, ТЕИС, 2001.
2. С. Виттер; Т. Енсор; Введение в Экономику Здравоохранения для Стран Восточной Европы и СНГ. Центр Экономики Здравоохранения Университет Уорка.
3. Witter S. and Ensor T. Health economics for Developing Countries. The University of York, Centre for Health Economics International Programme. Macmillan, 2000.
4. Европейская обсерватория по системам здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ
5. Thomas E. Getzen. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 1997.

თაზი XXVIII

სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების მეთოდები

სამედიცინო დახმარების დაფინანსების მეთოდები განსაზღვრავენ დამფინანსებელ მხარესა და სამედიცინო დაწესებულებას შორის ეკონომიკურ ურთიერთობებს. სამედიცინო დახმარების დაფინანსების მეთოდებით ხორციელდება სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების მიერ გარკვეული მოცულობით გაწეული სამედიცინო დახმარების ხარჯების ანაზღაურება.

სამედიცინო ბაზარზე არსებული აგენტური ურთიერთობებისა და ინფორმაციის ასიმეტრიის გამო სამედიცინო დაწესებულებასა და პერსონალს შესაძლებლობა აქვთ ზეგაეყენა მოახდინონ სამედიცინო დახმარების ფორმაზე. იგი განპირობებულია მათი დაინტერესებით, მიიღონ მაქსიმალური მოგება და შესაბამისად მათთვის სასურველი შემოსავალი. ყოველივე ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების დაფინანსების მეთოდების განსაზღვრას.

სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების მეთოდების გამოყენება შესაძლებელია შემდეგი ამოცანების გადაწყვეტის თვალსაზრისით:

< ექიმების მიერ სტიმულირებადი ზედმეტი მოთხოვნის შეზღუდვა;

< ექიმთა დაინტერესების გაზრდა პაციენტის მოთხოვნების დაკმაყოფილებაზე, შრომის წარმოების და ხარისხის, კვალიფიკაციის გაზრდა.

აღნიშნული მოთხოვნები წინააღმდეგობრივია, მაგრამ მთლიანობაში ისინი შეიძლება განესაზღვროთ როგორც ექიმებისა და სამედიცინო დაწესებულებებისათვის ქცევის ეკონომიკური ეფექტურობის (საზოგადოების თვალსაზრისით) სტიმულების შექმნა. სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების სისტემა წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის მაკროეფექტურობის უზრუნველყოფის და ხარჯების ზრდის შემცირების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მექანიზმს.

სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების სისტემის პროექტირებისას აუცილებელია გავითვალისწინოთ, რომ ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური რესურსები შეზღუდულია. ამავე დროს, როგორც ცნობილია, მოსახლეობის მოთხოვნას სამედიცინო მომსახურებაზე არ აქვს ზღვარი, განსაკუთრებით ჯანდაცვის სახელმწიფო და საჯაროებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემებში, სადაც სამედიცინო მომსახურება უფასოა. აქედან გამომდინარე, მოსახლეობის მოთხოვნები სამედიცინო დახმარებაზე ადვილად სამართავია ექიმების მიერ. მკვლევართა აზრით, სამედიცინო მომსახურების სპექტრის ფორმირებისას მნიშვნელოვან მამოძრავებელ მოტივს წარმოადგენს ექიმების ეკონომიკური ინტერესები.

აქვე აღსანიშნავია, რომ, სამედიცინო დაწესებულებების და მათი პერსონალის ეკონომიკური დაინტერესების ვექტორი მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული მათი მომსახურების ანაზღაურების მეთოდებზე. ასე მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში ექიმთან ვიზიტების რაოდენობა, რომლის ანაზღაურებაც არ არის დამოკიდებულია ვიზიტების რაოდენობაზე, თითქმის ორჯერ დაბალია გერმანიასთან და საფრანგეთთან შედარებით, სადაც გამოიყენება სერვისების მიხედვით ანაზღაურების (fee for service) მეთოდი. როდესაც ანაზღაურება დამოკიდებულია გამოკვლევების, გასინჯვების, კონსულტაციების რაოდენობაზე, იზრდება ამ მომსახურებების რაოდენობა. ა.შ.შ-ის კონგრესის კომისიის მონაცემებით, რომელიც მიღებულ იქნა სპეციალური მონიტორინგის შედეგად, პაციენტებზე ჩატარებული გამოკვლევების, ოპერაციების და მანიპულაციების (რომელიც ფინანსდებოდა სამედიცინო სადაზღვევო სისტემით) მესამედზე მეტი ზედმეტი აღმოჩნდა. მკვლევართა აზრით, თითოეული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებისას, სადაზღვევო ორგანიზაციის კონტროლის გაძლევებას (რაც თავის მხრივ

არანაკლებ ხარჯებს მოითხოვს) არ შეუძლია სამედიცინო მომსახურებაზე ხარჯების ზრდის შეზღუდვა.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების რაციონალური მეთოდის არჩევა. ასე მაგალითად, გასული საუკუნის 60-70-იან წლებში დასავლეთ ევროპის ქვეყნების ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემებში საავადმყოფოების მომსახურება ფინანსდებოდა საწოლ-დღეების ფაქტიური რაოდენობის მიხედვით. როგორც ცნობილია, საავადმყოფოების მომსახურების დაფინანსება შეადგენს სამედიცინო მომსახურების მთლიან ხარჯების დაახლოებით 60%-ს. აღნიშნულ პერიოდში ჯანდაცვის ხარჯები მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში თითქმის 40%-ით გაიზარდა (3,7%-დან 5,1%-მდე 1960-1970 წლებში, ხოლო 1980 წლისათვის 7,0%-მდე).

ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შესაჩერებლად, ევროპის ბევრ ქვეყნებში 80-იან წლებიდან სტაციონარების დაფინანსება ხორციელდება გლობალური ბიუჯეტის მეთოდით, რომლის მიხედვით სტაციონარების ბიუჯეტის დადგენა ხორციელდება ერთი წლით ადრე, წინდაწინ (როგორც წესი ნორმირება ხორციელდება ნამკურნალევ პაციენტთა რაოდენობის მიხედვით მათი შემადგენლობის გათვალისწინებით). დადგენილი ლიმიტის გადაჭარბების შემთხვევაში სტაციონარის დაფინანსება ხდება სადაზღვევო ორგანიზაციასთან შეთანხმებით. შედეგად სტაციონარული დახმარების ხარჯები პროგნოზირებადი გახდა, და 80-იან წლებში აღნიშნულ რეგიონში ჯანდაცვის ხარჯები მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებაში მხოლოდ 7 %-ით გაიზარდა.

განვითარებად ქვეყნებში, განსაკუთრებით სოციალისტური ბანაკის ქვეყნებში შედარებით ნაკლები ყურადღება ექცეოდა ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდების განხილვას. იგივე მდგომარეობა აღინიშნებოდა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაშიც, სადაც რეორიენტაციის პერიოდამდე სახელმწიფო სექტორში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება ხორციელდებოდა ფიქსირებული ხელფასის საშუალებით, ხოლო სამედიცინო დაწესებულების დაფინანსება – ფიქსირებული წლიური ბიუჯეტით. აღნიშნულ ქვეყნებში ჯანდაცვის ბიუჯეტის დადგენა ხდებოდა წინა წლების ბიუჯეტის შესაბამისად, რისთვისაც ითვალისწინებდნენ სახელმწიფოს მთლიან ბიუჯეტს და სხვა ფაქტორებს, როგორცაა ინფლაციის არსებული დონე.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შედეგად დამკვიდრდა სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდები. ეფექტური და მაღალი ხარისხის სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის, აგრეთვე მწირი დაფინანსების პირობებში ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების მისაღწევად დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სამედიცინო დახმარების დაფინანსების ოპტიმალური მეთოდების დანერგვას. ამ თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია მსოფლიოში არსებული ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდების მეცნიერული ანალიზი და სხვადასხვა ქვეყნებში მიმდინარე ამ მეთოდების რეფორმირების მექანიზმების განხილვა.

28.1. სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების მეთოდების კლასიფიკაცია

სამედიცინო დაწესებულებებისა და პერსონალის ანაზღაურების მეთოდების კლასიფიკაცია დაკავშირებულია თუ რაზეა დაფუძნებული დაფინანსება – **დროზე, მომსახურებაზე, თუ მოსახლეობაზე** (Ensor & Langenbrunner, 2002). ანაზღაურება, რომელიც დროზეა დაფუძნებული გულისხმობს პროვაიდერების დაფინანსებას მათ მიერ გაწეული დროის მიხედვით. მომსახურებაზე დაფუძნებული ანაზღაურება დამოკიდებულია პროვაიდერების მიერ გაწეული მომსახურების რაოდენობაზე, ან ნამკურნალევ პაციენტთა რაოდენობაზე. მოსახლეობაზე დაფუძნებული

ანაზღაურება დამოკიდებულია მოცული მოსახლეობის რაოდენობაზე.

ცხრილი 1: პროვაიდერთა ანაზღაურების მეთოდების კლასიფიკაცია

	სამედიცინო პერსონალი	სამედიცინო დაწესებულება
დროზე დაფუძნებული	ფიქსირებული ხელფასი	ფიქსირებული ბიუჯეტი (ჩვეულებრივ ისტორიულ მეთოდზე დაფუძნებული)
მომსახურებაზე დაფუძნებული	სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი; პაციენტის ეპიზოდის მიხედვით ანაზღაურება (მაგ., მიმართვა); მიზნობრივი ანაზღაურება	სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი; საწოლ/დღის მიხედვით ანაზღაურება (პერ დიემი); პაციენტის ეპიზოდის მიხედვით ანაზღაურება; ბიუჯეტი დაფუძნებული უტილიზაციაზე
მოსახლეობაზე დაფუძნებული	სულადობრივი ანაზღაურება; ტერიტორიული ანაზღაურება	ბლოკ კონტრაქტები

წყარო: Ensor & Langenbrunner (2002); J. Figueras, R. Robinson, E. Jakubowski Purchasing to improve health systems performance, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006.

ისტორიულად, აღმოსავლეთ და დასავლეთ ევროპაში, პროვაიდერთა ანაზღაურება ძირითადად დროზე და მოსახლეობაზე იყო დაფუძნებული. დიდ ბრიტანეთში, აგრეთვე აღმოსავლეთ ევროპის და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში 1990-იან წლებამდე სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება ხორციელდებოდა ფიქსირებული ხელფასით, რომელიც დროზე იყო დაფუძნებული და არ იყო დამოკიდებული მოსახლეობის რაოდენობაზე ან მომსახურების მოცულობაზე. დროზე დაფუძნებული ანაზღაურება დამოკიდებულია შენატანების მახასიათებლებზე, მაგ., პერსონალის შემთხვევაში კვალიფიკაციაზე და მუშაობის წლებზე (გამოცდილება), ხოლო სამედიცინო დაწესებულების შემთხვევაში საწოლებზე და პერსონალზე. შენატანებზე დაფუძნებული ანაზღაურება მოუქნელს წარმოადგენს და არ რეაგირებს ადგილობრივ საჭიროებებზე, ან მკურნალობის და ტექნოლოგიების ცვლილებებზე.

სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების მეთოდების კლასიფიკაციის სამი მიდგომა არსებობს:

- < სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების ფორმის მიხედვით (რეტროსპექტული და პროსპექტული დაფინანსება);
- < სამედიცინო მომსახურების დონეების დაფინანსების ფორმის მიხედვით (დანაწევრებული და ინტეგრირებული დაფინანსება);

სამედიცინო მომსახურების დონეების მიხედვით;

სამედიცინო დახმარების ანაზღაურება გულისხმობს დამფინანსებელსა და სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელს შორის ეკონომიკურ ურთიერთობას, რომლის საშუალებითაც ხორციელდება ამ უკანასკნელის მიერ შესრულებული სამუშაოს დაფინანსება. სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლის მიერ შესრულებული სამუშაოს დაფინანსების ორი მთავარი პრინციპი არსებობს:

- < რეტროსპექტული დაფინანსების მეთოდი;
- < პროსპექტული დაფინანსების მეთოდი.

28.2 რეტროსპექტული დაფინანსების მეთოდი

რეტროსპექტული მეთოდის გამოყენებისას წინდაწინ არ არის დადგენილი სამედიცინო დახმარების მოცულობა, ფასი, მთლიანი ხარჯები, რომლებსაც განსაზღვრავს სამედიცინო დაწესებულება, ხოლო დამფინანსებელი ახორციელებს სამედიცინო დაწესებულების მიერ ფაქტიურად

შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურებას.

სამედიცინო დახმარების მოცულობასა და ხარჯებზე წინასწარი შეთანხმების არარსებობის გამო, ყველა ფინანსურ რისკს თავის თავზე იღებს დამფინანსებელი. დამფინანსებელ მხარეს არანაირი გავლენის მოხდენა არ შეუძლია სამედიცინო დახმარების მოცულობაზე და სტრუქტურაზე.

რეტროსპექტული დაფინანსება ღია სისტემას წარმოადგენს, რომელიც სამედიცინო პერსონალს საშუალებას აძლევს შემოსავლების მაქსიმალურად მიღების მიზნით გაზარდოს შესრულებული სამუშაოს მოცულობა (საავადმყოფოში დაყოვნების ხანგრძლივობის გაზრდა, ძვირადღირებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევებისა და პროცედურების დანიშვნა), რაც თავის მხრივ, ჯანდაცვის ხარჯების ზრდას განაპირობებს.

რეტროსპექტული დაფინანსებისას უფრო მოსალოდნელია სამედიცინო დაწესებულებისა და პერსონალის მხრიდან უარყოფითი სტიმულების განვითარება. ინფორმაციული ასიმეტრიის არსებობის გამო, რაც გამოიხატება სამედიცინო მომსახურებაზე პაციენტის არასაკმარისი ინფორმირებულობით, ექიმები დაინტერესებული არიან არააუცილებელი სამედიცინო დახმარების ჩატარებით (დაუსაბუთებელი ჰოსპიტალიზაციის, ან ძვირადღირებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევებისა და პროცედურების დანიშვნის ხარჯზე) გაზარდონ თავიანთი შემოსავლები, ხოლო პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის გასამართლებლად დაამძიმონ შემთხვევის სირთულე.

ყოფილი სოციალისტური ბანაკის ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების საწყის ეტაპზე გავრცელებული იყო რეტროსპექტული ანაზღაურების მეთოდი. დღეისათვის ბევრმა ქვეყანამ უკვე გაიარა აღნიშნული ეტაპი და სულ უფრო ფართოდ ინერგება ანაზღაურების ისეთი მეთოდი, სადაც წინდაწინაა დადგენილი სამედიცინო დახმარების მოცულობა და მოსალოდნელი ხარჯები.

ა.შ.შ.-ში, სადაც ანაზღაურების რეტროსპექტული მეთოდის ფართოდ გამოყენება ისტორიულ ტრადიციებზე იყო დაფუძნებული და დამფინანსებელი ახორციელებდა გაწეული სამედიცინო მომსახურების ყველა ხარჯის ანაზღაურებას, 80-იანი წლებიდან თანდათან სულ უფრო მკვიდრდება პროსპექტული ანაზღაურება, რაც სამედიცინო დახმარების მოცულობის წინასწარ განსაზღვრას ითვალისწინებს.

28.3. პროსპექტული დაფინანსების მიმოხილვა

პროსპექტული დაფინანსებისას წინასწარ არის დადგენილი სამედიცინო დახმარების მოცულობა, მისი ერთეულის ფასი და მთლიანი ხარჯები. დამფინანსებელსა და სამედიცინო დაწესებულებას შორის დადებული ხელშეკრულების პირობები ურთიერთშეთანხმებით დგინდება. მასში გათვალისწინებულია არსებული მონაცემების საფუძველზე დადგენილი პაციენტთა სამედიცინო დახმარების მოცულობა, ფასი, დახმარების რეალური საჭიროება, მათი დაკმაყოფილების პრიორიტეტები და ფინანსური საშუალებები. დამფინანსებელი მხარის მიერ აღებული პასუხისმგებლობა და ვალდებულებები შემოსაზღვრულია დროის განსაზღვრული პერიოდით (ხშირ შემთხვევაში წლის განმავლობაში).

ხელშეკრულებაში განსაზღვრულია სამედიცინო დახმარების თითოეული ერთეულის ღირებულება. შესაძლებელია მისი როგორც მკაცრად განსაზღვრა, ასევე ღირებულების ზედა და ქვედა ზღვარის დადგენა.

ურთიერთშეთანხმება ითვალისწინებს აგრეთვე ფინანსურ რისკს, რომელიც წარმოადგენს გვერდით განსაზღვრული და ფაქტიურად ჩატარებული სამედიცინო დახმარების მოცულობებს შორის სხვაობას. ფინანსური რისკი თანაბრად ნაწილდება სადაზღვევო ორგანიზაციასა და სამედიცინო

დაწესებულებას შორის. ასეთ შემთხვევაში დგინდება სამედიცინო დახმარების ფაქტიურად შესრულებული მოცულობის გვემიურიდან შესაძლო გადახრა, რომელიც ურთიერთშეთანხმების საფუძველზე შესაძლებელია უფრო დაბალი ფასით ანაზღაურდეს.

პროსპექტული მეთოდი ეკონომიკური ეფექტურობით ხასიათდება. სამედიცინო დახმარების წინასწარ განასზღვრული ღირებულების გამო მოსალოდნელი ხარჯები ადვილად პროგნოზირებადია. მნიშვნელოვნად მცირდება სამედიცინო დაწესებულებისა და პერსონალის უარყოფითი სტიმული დაუსაბუთებელი ჰოსპიტალიზაციისა და ძვირადღირებული პროცედურების დანიშვნის ხარჯზე გაზარდოს თავისი შემოსავლები. აღნიშნული ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შეკავებას განაპირობებს.

აღნიშნება არამართო დამფინანსებლის, არამედ სამედიცინო დაწესებულების ეკონომიკური ეფექტურობით დაინტერესება. სამედიცინო დაწესებულება ცდილობს შეამციროს დაუსაბუთებელი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევათა რაოდენობა, ხოლო ეკონომიის შედეგად დაგროვილი სახსრები ოპტიმალურად გამოიყენოს ამბულატორიული რგოლის განვითარებისათვის (დღის სტაციონარი).

პროსპექტული ანაზღაურების მეთოდებს წარმოადგენენ გლობალური ბიუჯეტი, სულადობრივი ანაზღაურება, ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსება.

80-იან წლებში ა.შ.შ.-ში ფაქტიური დანახარჯებით ანაზღაურება (რეტროსპექტული მეთოდი) შეცვლილ იქნა წინასწარ დადგენილი ტარიფებით ანაზღაურების პრინციპით (პროსპექტული მეთოდი). იგი გულისხმობს დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებების (DRG) მეთოდით ანაზღაურებას (DRG-ის მეთოდი), რომელიც ითვალისწინებს მხოლოდ ამ ნოზოლოგიური დაჯგუფებებით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებას.

შესაძლებელია რეტროსპექტული და პროსპექტული მეთოდების ერთდროული გამოყენება. ამ შემთხვევაში სამედიცინო დაწესებულების მიერ შესრულებული სამუშაოს ნაწილის ანაზღაურება ხორციელდება პროსპექტული მეთოდით, ხოლო გვემის ზევით შესრულებული სამუშაოს მოცულობა ანაზღაურდება რეტროსპექტული მეთოდით.

28.4. დანაწევრებული და ინტეგრირებული დაფინანსება

სამედიცინო დახმარების ორი ძირითადი სახე არსებობს: ამბულატორიული და სტაციონარული. მათი დაფინანსება შესაძლებელია როგორც ცალ-ცალკე, ასევე გაერთიანებული სახით. ამ თვალსაზრისით, სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსების ორი ფორმა გამოიყენება:

- < დანაწევრებული დაფინანსება;
- < ინტეგრირებული დაფინანსება.

დანაწევრებული დაფინანსებისას სამედიცინო დახმარების თითოეულ სახეზე (ამბულატორიული, სტაციონარული, სასწრაფო სამედიცინო დახმარება...) ანაზღაურება ხორციელდება ცალ-ცალკე.

ინტეგრირებული დაფინანსებისას სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა სახეების ანაზღაურება ერთიან სისტემაშია ინტეგრირებული. იგი გულისხმობს სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსების კომპლექსურ, ინტეგრირებულ სქემას, რომელიც მოიცავს როგორც ამბულატორიულ, ასევე სტაციონარულ სამედიცინო დახმარებას.

ინტეგრირებული დაფინანსების მიზანია ჯანდაცვაზე გამოყოფილი თანხების ოპტიმალურად გამოყენება. იგი სამედიცინო დაწესებულებათა მთელი კომპლექსის სხვადასხვა ინტერესების გაერთიანებას განაპირობებს, რაც თავის მხრივ, ამ კომპლექსის თითოეული რგოლის პასუხისმგებლობისა და ეკონომიკური დაინტერესების საფუძველზე ხელს უწყობს სამედიცინო დახმარე-

ბის ხარისხისა და ეკონომიკური ეფექტურობის ამაღლებას.

სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსების ფორმები შესაძლებელია არ იყოს ასე მკვეთრად დაყოფილი. ასე მაგალითად, ამბულატორიული დახმარების ანაზღაურება შესაძლებელია ისეთი ფორმით განისაზღვროს, რომ გავლენა იქონიოს როგორც ამბულატორია-პოლიკლინიკების, ასევე სტაციონარების მუშაობის ხასიათზე (მაგალითად, ფონდის მესაკუთრის – fundholder-ის სქემა). ამ შემთხვევაში დანაწევრებული ანაზღაურება ახლოსაა ინტეგრირებული დაფინანსების ფორმასთან.

საკონტროლო კითხვები

შემოხაზეთ სწორი პასუხი

1. რეტროსპექტული მეთოდის გამოყენებისას:

- ა) წინდაწინაა განსაზღვრული სამედიცინო დახმარების მოცულობა;
- ბ) წინდაწინ არაა განსაზღვრული სამედიცინო დახმარების მოცულობა
- დ) ყველა პასუხი სწორია.

შემოხაზეთ სწორი პასუხი

2. პროსპექტული მეთოდის გამოყენებისას:

- ა) წინდაწინაა განსაზღვრული სამედიცინო დახმარების მოცულობა;
- ბ) წინდაწინ არაა განსაზღვრული სამედიცინო დახმარების მოცულობა
- დ) ყველა პასუხი სწორია.

თაპი XXIX

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურების დაფინანსების მეთოდები

სამედიცინო მომსახურების შემთხვევათა მეტი წილი ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დონეზე ხორციელდება. იგი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს შემდგომ ეტაპებზე საჭირო ხარჯებზეც. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური სამედიცინო მომსახურება წარმოადგენს მომსახურების ყველაზე მასობრივ სახეს, რომელსაც მიმართავს ქვეყნის მოსახლეობის უმეტესი ნაწილი. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურებისას მკურნალობის დასრულებული შემთხვევის ღირებულება არ არის დიდი, ამიტომ მისი ხარჯების ანაზღაურებამ შესაძლოა საერთო ხარჯების მნიშვნელოვანი ნაწილი შეადგინოს.

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური სამედიცინო მომსახურებით, როგორც წესი, იწყება და მთავრდება პაციენტის მიმართუა ჯანდაცვის სისტემაში, მას გააჩნია ფინანსური რესურსების ეფექტურად გამოყენების მნიშვნელოვანი შესაძლებლობები როგორც ამბულატორიულ ეტაპზე, ასევე ჯანდაცვის მთელ სისტემაში. აქედან გამომდინარე, სამედიცინო დახმარების აღნიშნულ დონეზე ანაზღაურების მეთოდების შერჩევას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება.

ასე მაგალითად, კვლევების მიხედვით, სასწრაფო სამედიცინო გამოძახების 40 %-ზე მეტი ხორციელდება ქრონიკულ აუდმყოფებზე, რომლებიც იმყოფებიან დისპანსერულ მეთვალყურეობაზე. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახება ძვირადღირებულ მომსახურებას წარმოადგენს. ასეთი სახის გამოძახებათა მნიშვნელოვანი ნაწილი შეიძლება შეიცირდეს ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ეფექტური მუშაობის შედეგად.

ცნობილია, რომ ამბულატორიულ ეტაპზე სამედიცინო მომსახურების გაწევა 8-10-ჯერ უფრო იაფია, ვიდრე სტაციონარში ჩატარებული მომსახურება. ამავე დროს, მკვლევარების მიერ გაკეთებული შეფასებით, ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტთა 30 %-ზე მეტს შეეძლო ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება ამბულატორიულ პირობებში მიეღოთ.

ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება შეიძლება დაეყოს პირველად სამედიცინო მომსახურებად და სპეციალიზებულ სამედიცინო მომსახურებად.

პირველად სამედიცინო მომსახურებას საქართველოში ახორციელებენ უბნის ექიმები (თერაპევტები და პედიატრები), აგრეთვე ზოგადი პრაქტიკის ექიმები. ბევრ ქვეყნებში პირველად სამედიცინო დახმარებას უმთავრესად ზოგადი პრაქტიკის ექიმები ახორციელებენ, რომლებიც შედარებით მეტ სამუშაოს ასრულებენ, ვიდრე თერაპევტები, ან პედიატრები და ნაწილობრივ მოიცავენ ექიმ-სპეციალისტების მიერ შესასრულებელ სამუშაოსაც.

სპეციალიზებულ ამბულატორიულ დახმარებას ახორციელებენ ექიმი-სპეციალისტები (ნევროპათოლოგები, ოტოლარინგოლოგები...). სამედიცინო დახმარების ისეთი სახეები, როგორიცაა სტომატოლოგია და გინეკოლოგია, შესაძლებელია განხორციელდეს როგორც პოლიკლინიკებში, ასევე სპეციალიზებულ სამედიცინო დაწესებულებებში (ქალთა კონსულტაცია, სტომატოლოგიური პოლიკლინიკა). საკონსულტაციო-დიაგნოსტიკური ამბულატორიული სამედიცინო დახმარება შესაძლებელია ჩატარდეს მსხვილი სამედიცინო დაწესებულებების საკონსულტაციო და სადიაგნოსტიკო ცენტრებში.

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური სამედიცინო დახმარების დაფინანსების შემდეგი ძირითადი მეთოდები გამოიყენება:

- < სულადობრივი ანაზღაურების მეთოდი;
- < ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების მეთოდი;
- < სერვისების მიხედვით ანაზღაურების (fee for service) მეთოდი.

29.1. სულადობრივი ანაზღაურების მეთოდი

სულადობრივი (კაპიტაციური) ანაზღაურება გულისხმობს სამედიცინო პერსონალის ან სამედიცინო დაწესებულების დაფინანსებას სულადობრივი განაკვეთის (თითოეულ პირზე ანაზღაურება) მიხედვით, რომელიც ფიქსირებულია და დამოკიდებულია იმ მოსახლეობის რაოდენობაზე, რომელსაც იგი ემსახურება. აღნიშნული მეთოდი განსაკუთრებით ეფექტურია ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური სამედიცინო დახმარების დასაფინანსებლად, რადგან ახდენს სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების სისტემის ოპტიმიზაციას.

სულადობრივი (კაპიტაციური) ანაზღაურებისას თითო სულზე დგინდება ნორმატივი, რომელშიც შედის პაციენტის გამოკვლევის, კონსულტაციის და მკურნალობის ხარჯები, შესაძლებელია სასწრაფო და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ხარჯების გათვალისწინებაც. სულადობრივი ანაზღაურებისას სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლის მიერ გაწეული მუშაობის ანაზღაურება არ არის დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობაზე.

სულადობრივი დაფინანსება შესაძლებელია დაფუძნებული იყოს გარკვეულ გეოგრაფიულ ტერიტორიაზე მცხოვრები მოსახლეობის რაოდენობაზე (დახურული გაწვევრიანება) ან სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელთან რეგისტრირებული მოსახლეობის რაოდენობაზე (ღია გაწვევრიანება). ღია სახის გაწვევრიანება სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელთა შორის კონკურენციის ზრდას განაპირობებს, ისინი ცდილობენ რაც შეიძლება მეტი და ნაკლები რისკის პაციენტები დაახლვიონ.

სულადობრივი ანაზღაურების ორი ფორმა არსებობს: მარტივი და რთული. მარტივი ფორმის დროს, სამედიცინო დაწესებულება ყველა რეგისტრირებული პაციენტის მომსახურებისათვის ერთსა და იმავე თანხას იღებს.

რთული ფორმის დროს სამედიცინო დაწესებულების მომსახურების ზონაში მყოფი თითოეული პაციენტის მომსახურებისათვის განსხვავებული თანხა დგინდება. რთული ფორმის დროს ითვალისწინებს არამარტო პაციენტთა რაოდენობას, არამედ ისეთ პარამეტრებს, როგორცაა ასაკი, სქესი, სოციალური სტატუსი, საცხოვრებლის ადგილმდებარეობა, ეთნიკური ფაქტორი, განათლების დონე, ინვალიდობა, ურბანიზაცია...

ცნობილი ფაქტია, რომ ბავშვები, მოხუცები, ან რეპროდუქციულ ასაკში მყოფი ქალები სამედიცინო დახმარებას უფრო მეტჯერ მოითხოვენ, ვიდრე მოსახლეობის სხვა ჯგუფები, შესაბამისად მიზანშეწონილია მათზე შედარებით მაღალი სულადობრივი ანაზღაურების დადგენა.

დასავლეთ ევროპის ბევრ ქვეყნებში ღარიბ უბნებში განლაგებული სამედიცინო დაწესებულებების დასაფინანსებლად გამოიყენება კაპიტაციური ანაზღაურების რთული სახე. ამ სამედიცინო დაწესებულებებში მომუშავე პერსონალისთვის შედარებით მაღალი ხელფასია დადგენილი. ცხადია, ანაზღაურების ასეთი ფორმა ხელს უწყობს სამედიცინო პერსონალის უფრო აქტიურ მუშაობას მოსახლეობის სოციალურად დაუცველ ფენებთან.

დიდ ბრიტანეთში პირველადი ჯანდაცვის ექიმებს ორგანიზაციას უწევენ პჯდ რეგიონული ასოციაციები, რომელთაც პირველადი ჯანდაცვის ტრასტების პჯდ ჯგუფებს (Primary Care Groups or Primary Care Trusts) უწოდებენ. აღნიშნული ჯგუფების ანაზღაურება ხორციელდება სულადობრივი მეთოდის გამოყენებით, რეგიონული ჯანდაცვის ორგანიზაციის (Regional Health Authorities) მეშვეობით. ექიმთა შემოსავლების 60% სულადობრივი მეთოდით ფინანსდება. თითო სულზე გამოყოფილი თანხა დამოკიდებულია პაციენტის ასაკზე, სქესზე, ხოლო ქვეყნის ზოგიერთ რეგიონში თითოეულ პაციენტზე დამატებითი სახსრებია გამოყოფილი. ასე მაგალითად, 1997 წელს 65 წლამდე ასაკის პაციენტებზე დადგენილი იყო 16,05 ფუნტი სტერლინგი, 65-დან 74 წლამდე ასაკის პაციენტებზე -21,2 ფუნტი სტერლინგი, 75 წელზე მეტი ასაკის პაციენტებზე – 41 ფუნტი სტერლინგი. სოციალურად ღარიბ რაიონებში პაციენტზე გამოყოფილი დამატებითი

თანხა შეადგენდა 6,45 ფუნტ სტერლინგს, მძიმე რაიონებში – 8,4 ფუნტ სტერლინგს, ხოლო უკიდურესად უმძიმეს რაიონებში 11,2 ფუნტი სტერლინგს. სულადობრივი ანაზღაურების ანალოგიურ, როულ ფორმას იყენებენ ამერიკის შეერთებულ შტატებშიც (ჯანდაცვის მხარდამჭერი ორგანიზაცია - HMO).

ცხრილი 2: სულადობრივი მეთოდით ანაზღაურებისას გამოყენებული პარამეტრები

ქვეყანა	პარამეტრები
ავსტრალია	ასაკი, სქესი, ეთნიკური ფაქტორი, უსახლკარობა, სიკვდილიანობის დონე, განათლების დონე.
ბელგია	ასაკი, სქესი, უმუშევრობა, ინვალიდობა, სიკვდილიანობა, ურბანიზაცია
კანადა	ასაკი, სქესი, ეთნიკური ფაქტორი, სოციალური მდგომარეობა, ადგილის სიმორე
ფინეთი	ასაკი, ინვალიდობა, ადგილის სიმორე.
ინგლისი	ასაკი, სიკვდილიანობა, დაავადებთანობა, უმუშევრობა, მარტოხელა მოხუცი, ეთნიკური ფაქტორი, სოციალურ-ეკონომიკური სტატუსი
შოტლანდია	ასაკი, სქესი, სიკვდილიანობა
უელსი	ასაკი, სქესი,
საფრანგეთი	ასაკი,
გერმანია	ასაკი, სქესი,
ისრაელი	ასაკი
იტალია	ასაკი, სქესი, სიკვდილიანობა
ნიდერლანდები	ასაკი, სქესი, სოციალური/ინვალიდობის სტატუსი, ურბანიზაცია
ახალი ზელანდია	ასაკი, სქესი, ეთნიკური ფაქტორი, სოციალური სტატუსი
ნორვეგია	ასაკი, სქესი, სიკვდილიანობა, მარტოხელა მოხუცი, ქორწინების სტატუსი
შვეცია	ასაკი, მარტოხელა, დასაქმების სტატუსი, საცხოვრებელი პირობები, დიაგნოსტიკური ინფორმაცია.
შვეიცარია	ასაკი, სქესი, რეგიონი.
ბრაზილია	ადგილმდებარეობა, შემოსავლის დონე.
ა.შ.შ.	ასაკი, სქესი, ინვალიდობა/ სოციალური სტატუსი, დიაგნოსტიკური ინფორმაცია.

წყარო: Nigel Rice, Peter Smith, Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey, The University of York, Centre for Health Economics, 1999. GV. 22-23

ნიდერლანდებში სამედიცინო დახმარების პირველი დონის დასაფინანსებლად სადაზღვევო კომპანიები ცენტრალური ფონდიდან ღებულობენ რისკზე გათვლილ სულადობრივ ნორმატივს, რომელიც წარმოადგენს ერთ სულზე გათვლილ მოსალოდნელ დანახარჯებს იმ რისკის ჯგუფის ჩარჩოებში, რომელსაც ეკუთვნის დაზღვეული, გამოკლებული ფიქსირებული თანხა. ფიქსირებული თანხა წარმოადგენს ერთიდაიგივეს ყველა დაზღვეულისათვის და შეადგენს თითო სულზე მოსალოდნელი საშუალო სავალდებულო სამედიცინო დანახარჯების დაახლოებით 10%-ს. დეფიციტი ივსება მინიმალური ფიქსირებული შენატანით, რომელსაც დაზღვეული უშუალოდ მის მიერ ამორჩეულ სადაზღვევო კომპანიაში იხდის.

ნიდერლანდებში 1993-1994 წლებში რისკზე გათვლილი სულადობრივი ნორმატივის გამოსათვლელი ფორმულა დაფუძნებული იყო მხოლოდ ასაკზე და სქესზე. 1995 წელს რისკის

ამ ორ მაჩვენებელს დაემატა “რეგიონი” და “შრომისუნარიანობა”. მეცნიერებმა დაადგინეს, რომ რისკის ყველაზე პერსპექტიულ მაჩვენებელს წარმოადგენს აგრეთვე დიაგნოსტიკური ინფორმაცია, რომელიც გვიჩვენებს წინათ გაწეულ სამედიცინო დახმარებას, ინვალიდობის დონეს, ჯანმრთელობის მდგომარეობას, ქრონიკულ ავადმყოფობას.

1995 წელს ნიდერლანდების მთავრობამ შემოიღო ნაწილობრივი სულადობრივი ნორმატივი, რომლის მიხედვით სადაზღვევო ფონდები იღებენ პასუხისმგებლობას ფაქტიური და მოსალოდნელი დანახარჯებს შორის სხვაობის მხოლოდ 3%-ზე. სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდებიდან ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ანაზღაურება ხორციელდება სულადობრივი (კაპიტაციური) მეთოდით. სულადობრივი ანაზღაურების ზომა დგინდება სადაზღვევო ფონდების ასოციაციებისა და ექიმთა ასოციაციების ურთიერთშეთანხმების საფუძველზე.

რისკზე გათვლილი სულადობრივი ნორმატივი დამზღვევებისათვის წარმოადგენს რესურსების ეფექტური გამოყენების სტიმულს. ძირითად ტექნიკურ პრობლემას წარმოადგენს მის გასაანგარიშებლად ფორმულის სრულყოფა. მკვლევარების აზრით, რისკზე გათვლილი სულადობრივი ნორმატივი უნდა ითვალისწინებდეს დემოგრაფიულ მონაცემებს (ასაკი და სქესი), ეთნიკურ ფაქტორს, შრომისუნარიანობა/ინვალიდობის სტატუსს, გეოგრაფიულ მდებარეობას, (ურბანიზაცია, მოსახლეობის სიმჭიდროვე, ადგილის სიშორე, მაღალმთიანი რეგიონები,) დაავადებიალობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლები, სოციალური ფაქტორები (შემოსავლის დონე, განათლება, უმუშევრობა...)

ცხრილი 3: სულადობრივი ანაზღაურების დადებითი და უარყოფითი მხარეები

დადებითი მხარეები	უარყოფითი მხარეები
ექიმი დაინტერესებულია პაციენტის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებით, რადგანაც რაც უფრო ნაკლებად ავადმყოფობენ მათი პაციენტები, მით მეტი საშუალებები დარჩებათ, ამგვარად იზრდება პროფილაქტიკის, ავადობის ადრეული გამოვლენის ინტერესი	შესაძლებელია წარმოიშვას მომსახურების მოცულობის დაუსაბუთებელი შემცირების მცდელობა (პოსპიტალიზაციაზე უარი, კონსულტაციები და ა.შ.)
ექიმი დაინტერესებულია მომსახურების ყველა ეტაპზე რაციონალურად დახარჯოს ფინანსური საშუალებები	ამბულატორიული მომსახურების სტრუქტურის ღრმა ანალიზისათვის არ არის საკმარისი ეკონომიკური ინფორმაცია, საჭიროა დამატებითი სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვება
ამბულატორიული მომსახურების ხარჯები წინდაწინაა შეზღუდული, ხოლო საერთო ხარჯების კონტროლი ხორციელდება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის მიერ	მცირდება ექიმების აქტიურობა (დაფინანსება წინდაწინაა დადგენილი)
ამბულატორიულ მომსახურებაზე სადაზღვევო ორგანიზაციების ხარჯები მინიმალურია	

დადებითი მხარეები

კონკურენციის ზრდა. სულადობრივი დაფინანსების მეთოდის გამოყენებისას ექიმი ცდილობს მაღალი ანაზღაურების მიღების მიზნით გაზარდოს მასთან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობა. აღნიშნული განაპირობებს ექიმებს შორის კონკურენციის გაზრდას, რაც თავის მხრივ სამედიცინო დახმარების მაღალი ხარისხით ჩატარების სტიმულს იძლევა. ამ გარემოებას ხელს

უწყობს დაზღვეულის უფლება, საკუთარი სურვილით აირჩიოს სამედიცინო დაწესებულება და ექიმი.

ხარჯების ზრდის შეკავება. დაფინანსება სამედიცინო დახმარების მოცულობაზე არაა დამოკიდებული. სამედიცინო დაწესებულებას და პერსონალს არ გააჩნია დაუსაბუთებელი, პაციენტისათვის არააუცილებელი სამედიცინო დახმარების გაწვევის სტიმული, რაც მკვეთრად ამცირებს ჯანდაცვის ხარჯებს. მეთოდის გამოყენებისას დანახარჯები ადვილად პროგნოზირებადია.

ანგარიშსწორების სიმარტივე. სულადობრივი ანაზღაურებისათვის დამახასიათებელია ანგარიშსწორების სიმარტივე. იგი არ მოითხოვს სამედიცინო დახმარების თითოეული შემთხვევისათვის ანგარიშის დამუშავებას. შესაბამისად ნაკლებია საქმის წარმოებისათვის საჭირო ხარჯები. სულადობრივი ანაზღაურება ნაკლებად მოითხოვს ძვირადღირებულ საინფორმაციო სისტემების გამოყენებას. მკვეთრად მცირდება დიდი რაოდენობით საფინანსო-ეკონომიკური პერსონალის საჭიროება.

პრევენციული ღონისძიებების გააქტიურება. ექიმი დაინტერესებულია დროულად და ხარისხიანად განახორციელოს დაავადებათა პროფილაქტიკა; ვინაიდან მწვავე კონკურენტულ ბრძოლაში იგი ცდილობს დამოუკიდებლად გადაწყვიტოს ყველა წარმოჩენილი პრობლემა. რაც თავისთავად უფრო გაადვილებულია ნაკლებად დასწებობებულ კონტიგენტში.

სამედიცინო დახმარების ხარისხი. ექიმი დაინტერესებულია მასთან რეგისტრირებული პაციენტების ჯანმრთელობის მდგომარეობით. იგი ცდილობს ხანგრძლივი კონტაქტი იქონიოს ერთი და იგივე პაციენტთან, უკეთესად გაერკვეს დაავადების მიმდინარეობაში, რათა უზრუნველყოს სათანადო სამედიცინო დახმარების გაწევა. ასევე დაზღვეული პირი დაინტერესებულია ისარგებლოს ერთი ექიმის მომსახურებით და ურთიერთობა დაამყაროს იმ დაწესებულებასთან, სადაც მისი აუდიტორიის ისტორია ინახება. მეთოდი განსაკუთრებით ეფექტურია ქრონიკული დაავადებების სამკურნალოდ.

ექიმის, როგორც “მეკარიბჭის” როლის გაძლიერება. ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან ხანგრძლივი კონტაქტის გამო, პაციენტი ცდილობს მხოლოდ მისი რჩევის შემდეგ მიმართოს სპეციალისტს. ისეთ ქვეყნებში, როგორცაა დანია, ირლანდია, იტალია, ნიდერლანდები, დიდი ბრიტანეთი, ფინეთი, ნორვეგია, პორტუგალია, ესპანეთი, სპეციალისტთან კონსულტაციის მისაღებად აუცილებელია ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მიმართვა.

ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, როგორც “მეკარიბჭე”, პაციენტისთვის შესაბამისი მომსახურების უზრუნველყოფასა და მკურნალობის კოორდინაციაზეა პასუხისმგებელი. იგი უზრუნველყოფს პირველი დონის სამედიცინო მომსახურებას. პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია ან სამკურნალოდ სპეციალისტთან გაგზავნა მხოლოდ მისი მიმართვის საფუძველზე ხდება. მისი ამოცანებია:

მკურნალობის ხარისხის გაუმჯობესება პაციენტის სრული გამოკვლევის შემდეგ;

< კონტროლი ყველა აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე;

< არასავალდებულო სამკურნალო პროცედურებისა და მათთან დაკავშირებული ხარჯების შემცირებაზე.

უარყოფითი მხარეები

სამედიცინო დახმარების ხარისხი. რადგან ყველა რეგისტრირებულ პაციენტზე ექიმს გარანტირებული ფიქსირებული ანაზღაურება ეძლევა, მას უჩნდება უარყოფითი სტიმული, ხარჯების შემცირების მიზნით თავიდან მოიშოროს პაციენტი, გააგზავნოს სპეციალისტთან, ან სტაციონარში სამკურნალოდ, შეამციროს პაციენტთან კონსულტაციის დრო, ჩასატარებელი გამოკვლევების მოცულობა. აღნიშნული ნეგატიური სტიმული უარყოფითად მოქმედებს სამედიცინო დახმარების მაღალი ხარისხით უზრუნველყოფაზე (Langenbrunner and Wiley 2002).

აღნიშნული პრობლემის გადაჭრის ერთ-ერთ გზას წარმოადგენს პაციენტისათვის სამედიცინო დაწესებულების თავისუფალი არჩევანის უფლების მინიჭება. იმ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტებს არ ჩაუტარებენ სათანადო ხარისხის სამედიცინო დახმარებას პაციენტს უფლება აქვს აირჩიოს სხვა სამედიცინო დაწესებულება. ამასთან, დამფინანსებელსაც აქვს უფლება სამედიცინო დახმარების დაბალი ხარისხით გაწევის, ან განსაზღვრული სტანდარტის დარღვევის შემთხვევაში დაწესებულებასთან გაწყვიტოს ხელშეკრულება და მისთვის სასურველ სხვა დაწესებულებასთან გააფორმოს კონტრაქტი.

შესაძლებელია აგრეთვე სულადობრივი ანაზღაურებისა და შესრულებული სამუშაოს მეთოდების კომბინირებული გამოყენება, რომელიც გულისხმობს მომსახურების პრიორიტეტულ სახეებზე (მაგ; პრევენციული ღონისძიებები) სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებას. ასე, მაგალითად დიდ ბრიტანეთში, ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ანაზღაურება გარდა სულადობრივი მეთოდისა, ხორციელდება ფიქსირებული ხელფასის, სერვისების მიხედვით ანაზღაურების და მიზნობრივი (იმუნიზაციის მაღალი ღონის მისაღწევად) ანაზღაურების მეთოდებით. ანაზღაურების კომბინირებული მეთოდები გამოიყენება ისეთ ქვეყნებში, როგორიცაა: დანია, დიდი ბრიტანეთი, ნორვეგია, საბერძნეთი.

კონკურენციის ხელშეშლელი ფაქტორები. კონკურენციის ეფექტურად განხორციელებას ხელს უშლის ორი ფაქტორი: ერთი მხრივ, პაციენტები ექიმს აფასებენ არა სამედიცინო დახმარების ხარისხის მიხედვით, არამედ ისეთი მარტივი კრიტერიუმებით, როგორიცაა: ექიმთან რიგების არსებობა ან ავადმყოფობის ფურცლის შედარებით იოლად გამოწერა. იგი დაკავშირებულია სამედიცინო ბაზარზე არსებულ ინფორმაციის სიმეტრიასთან, სადაც ექიმი გვევლინება აგენტის როლში, ხოლო პაციენტს დამოუკიდებლად არ შეუძლია გადაწყვიტოს თუ რა სახის სამედიცინო დახმარება სჭირდება და როგორ მიიღოს იგი.

მეორე მხრივ, თუ მჭიდროდ დასახლებულ ადგილებში ექიმებს შორის კონკურენცია მაღალია, ნაკლებად დასახლებულ სოფლის პირობებში იგი შედარებით დაბალია. სოფლად შესაძლებელია მხოლოდ ერთი ექიმი იყოს დასაქმებული, რაც ამცირებს კონკურენციას და შესაბამისად თავისუფალი არჩევანის პრინციპის განხორციელებას. აღნიშნული პრობლემა კიდევ უფრო ძლიერდება ზოგადი პრაქტიკის ექიმების მსხვილ ჯგუფად გაერთიანების შემთხვევაში, რომელიც გარკვეულწილად ეფექტურ მონოპოლიურ კარტელს წარმოადგენს და შესაბამისად ამცირებს პაციენტის მხრიდან არჩევანის შესაძლებლობას. ამ პრობლემის მოსაგვარებლად გამოიყენება მონიტორინგის ისეთი მექანიზმები, როგორიცაა: ექიმთა სამედიცინო აუდიტი, ლიცენზირება და აკრედიტაცია.

მაღალი რისკის პაციენტების თავიდან მოშორება. სულადობრივი ანაზღაურების ერთ-ერთ მთავარ პრობლემას წარმოადგენს ის გარემოება, რომ ზოგადი პრაქტიკის ექიმები ცდილობენ თავიდან მოიშორონ და მათთან არ დააზღვიონ მაღალი რისკის პაციენტები (მოხუცები, ქრონიკული ავადმყოფები...)

აღნიშნული პრობლემის გადაწყვეტის ერთ-ერთ გზას წარმოადგენს სულადობრივი ანაზღაურების რთული ფორმის დანერგვა, რომელიც სამუშაოს გაზრდილი მოცულობისა და შესაბამისად მაღალი ხარჯების საკომპენსაციოდ ითვალისწინებს ისეთ რისკ ფაქტორებს, როგორიცაა: პაციენტის სქესი, ასაკი, სოციალური სტატუსი...

პრობლემის გადაწყვეტის სხვა გზას წარმოადგენს მაღალი რისკის პაციენტების გარკვეული დროით ექიმებში გადანაწილების სქემა. ექიმები შეთანხმდებიან, გარკვეული დროით ერთმანეთში გადაინაწილონ მარალი რისკის პაციენტები. მაგალითად, მაღალი რისკის პაციენტების პაციენტების ერთი ნაწილი ნახევარი წლით ერთ ექიმთანაა დარეგისტრირებული, შემდგომ ეტაპზე სხვა ექიმთან და ა. შ.

რისკის დაბალი პროგნოზირება. სულადობრივი ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებისას რისკის პროგნოზირება დაბალია, რადგან დაზღვეულთა გარკვეულმა ნაწილმა შეიძლება საერთოდ არ ისარგებლოს მომსახურებით მოცემულ პერიოდში, მავე დროს, მაღალი რისკის პაციენტებს შესაძლებელია დროის იმავე პერიოდში რამდენჯერმე დასჭირდეთ ძვირადღირებული სამედიცინო დახმარება.

ზემოაღნიშნული უარყოფითი მხარეების აღმოსაფხვრელად, საჭიროა ამბულატორიული დაწესებულებების სამეურნეო მექანიზმების შემუშავება, რომლებიც მოახდენენ ეფექტური მომსახურების სტიმულირებას. აგრეთვე აუცილებელია კომპენსატორული მექანიზმების ამოქმედება, რომლებიც შეამცირებენ სამედიცინო მომსახურების დაუსაბუთებელ შეზღუდვას:

- < პაციენტების მიერ სამედიცინო პერსონალის და დაწესებულების თავისუფალი არჩევანი;
- < პაციენტთა მომსახურების სპეციალური სამსახური, სადაც მათ შეეძლებათ მიმართონ სამედიცინო მომსახურებაზე უარის შემთხვევაში;
- < სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე კონტროლი;
- < სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვაზე და სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე დაუსაბუთებელი უარის თქმის შემთხვევაში საჯარიმო სანქციების დაწესება;

29.2. სმრპისაგან მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი (fee for service)

სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი (fee for service) წარმოადგენს სამედიცინო დახმარების თითოეული ერთეულის (შესრულებული პროცედურების, დიაგნოსტიკური გამოკვლევების, ნამკურნალევი პაციენტების რაოდენობის) მიხედვით დაფინანსებას.

სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი ყველაზე გავრცელებულ საბაზრო მეთოდს წარმოადგენს. იგი ძირითადად ისეთ ქვეყნებში გამოიყენება, სადაც დაფინანსების სადაზღვეო სისტემაა გავრცელებული (გერმანია, ბელგია, საფრანგეთი, ლუქსემბურგი, პოლანდია, შვეიცარია, ა.შ.შ., კანადა).

დაფინანსება შესაძლებელია განხორციელდეს როგორც რეტროსპექტიული ისე პროსპექტიული პრინციპით (სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელსა და დამფინანსებელს შორის მომსახურების მოცულობასა და ხარჯებზე წინასწარი შეთანხმების შესაბამისად). იგი გამოიყენება როგორც სამედიცინო დაწესებულების, ასევე პერსონალის მიერ შესრულებული სამუშაოს ასანაზღაურებლად.

29.2.1. დადებითი და უარყოფითი მხარეები

დადებითი მხარეები

ექიმი დაინტერესებულია პაციენტს მაქსიმალური მოცულობით გაუწიოს სამედიცინო მომსახურება

სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებისას მაღალია სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, რადგან ექიმი ცდილობს რაც შეიძლება მიზიდული გახდეს მის მიერ გაწეული სამედიცინო დახმარება. პაციენტს ფართო საშუალება ეძლევა აირჩიოს ექიმი,

სტაციონარში მკურნალობისას მოითხოვოს დამატებითი მომსახურება (ცალკე პალატაში განთავსება, ტელევიზორი, ტელეფონი...).

ამგვარად, ექიმს სტიმული აქვს პაციენტს მაქსიმალური მოცულობით და ხარისხით გაუწიოს სამედიცინო დახმარება.

იმ ქვეყნებში, სადაც სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდია გავრცელებული, ექიმთან მიმართვიანობის მაღალი დონე შეინიშნება. ასე მაგალითად, შვეიცარიაში ერთ სულ მოსახლეზე გათვლით ექიმთან მიმართვიანობა შეადგენს – 11-ს, გერმანიაში – 12,8-ს, საფრანგეთში – 6,3-ს (1992 წ.).

უარყოფითი მხარეები

ხარჯების ზრდა.

სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი მნიშვნელოვნად ზრდის ჯანდაცვის ხარჯებს. იგი უმთავრესად გამოწვეულია სამედიცინო პერსონალის ფინანსური სტიმულით, შემოსავლების მომატების მიზნით გაზარდოს მომსახურების მოცულობა. ექიმები არ არიან დაინტერესებული ეფექტურად გამოიყენონ ფინანსური რესურსები.

აღნიშნულის გამო, სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი ექიმებისათვის ყველაზე უფრო სასურველ მეთოდს წარმოადგენს. ამ მდგომარეობას ხელს უწყობს სამედიცინო ბაზარზე არსებული ინფორმაციის ასიმეტრია. პაციენტის ნაკლებად ინფორმირებულობის გამო ექიმი განსაზღვრავს სამედიცინო დახმარების მოთხოვნილებას. ამასთან საყურადღებოა, რომ ექიმის მხრიდან მორალური საფრთხე (Moral hazard) უფრო მეტად სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებისას შეინიშნება.

ექსპერტთა აზრით, იმ ქვეყნებში, სადაც აღნიშნული მეთოდია გავრცელებული მნიშვნელოვნად მაღალია როგორც დიაგნოსტიკური გამოკვლევების, ასევე გამოწერილი მედიკამენტების რაოდენობა (Braham et al., 1990).

ჩატარებული გამოკვლევების შედეგად დადგინდა, რომ იმ ქვეყნებში, სადაც გამოიყენება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი, წელიწადში საშუალოდ 11 %-ით იზრდება ჯანდაცვის ხარჯები (Gerdtham et al. 1992). ჰიქსონის მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით, შედარებულ იქნა 18 შერჩეული პედიატრი, რომელთა ანაზღაურება ხორციელდებოდა ან შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, ან ფიქსირებული ხელფასით. კვლევამ აჩვენა, რომ იმ ექიმებს რომელთა ანაზღაურება ხორციელდებოდა შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, აღნიშნებოდათ 22 %-ით მეტი ვიზიტების რაოდენობა, ვიდრე ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების შემთხვევაში (18).

ჩინეთში შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის დანერგვამ ჯანდაცვის ხარჯების მნიშვნელოვანი ზრდა გამოიწვია (World Bank, 1995). ანალოგიური სიტუაცია შეინიშნებოდა საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის საწყის ეტაპზე, როდესაც ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების ასანაზღაურებლად აღნიშნული მეთოდი იქნა შემოღებული. მეთოდის დანერგვისას არ იქნა გამოყენებული სამედიცინო დახმარების მოცულობის ზრდის შემაკავებელი ისეთი მექანიზმები, რაც დასავლეთ ევროპის სხვა ქვეყნებშია გავრცელებული.

ექსპერტთა აზრით, იმ ქვეყნებში, სადაც ქირურგიების ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ხორციელდება, ქირურგიული ოპერაციების რაოდენობა ორჯერ აღემატება იმ ქვეყნებთან შედარებით, სადაც ქირურგები ფიქსირებულ ხელფასს ღებულობენ (d Intignano, 1992). მკვლევარების ერთმანეთს შეადარეს კანადაში და დიდ ბრიტანეთში ქირურგიული სამედიცინო დახმარებაზე გაწეული ხარჯები. დიდ ბრიტანეთთან შედარებით ქირურგიულ ოპერაციათა მაღალი სიხშირე კანადაში და აშშ-ში განპირობებული იყო არამარტო დაავადებათა გავრცელების სხვადასხვაობით აღნიშნულ ქვეყნებში, ან განსხვავებული სამედიცინო ტექნოლოგიების არსებობისა და გამოყენების გამო, არამედ კანადაში და აშშ-ში თითოეულ შემთხვევაზე დაფუძნებული ანაზღაურების მეთოდის არსებობით (19).

ექიმებმა პაციენტებს შეიძლება გაუწიონ არასაჭირო სამედიცინო მომსახურება

სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებისას ექიმებს შეიძლება გაუჩნდეთ ნეგატიური სტიმული, მოახდინონ დადგენილი პრეისკურანტის გარკვეული მანიპულირება. სამედიცინო მომსახურების ზოგიერთი სახე მათთვის უფრო შემოსავლიანი ხდება. ასე მაგალითად, ბრაზილიაში, სადაც სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდია გავრცელებული, მკვეთრად გაიზარდა საკეისრო კვეთების რაოდენობა¹.

მოთხოვნების პროვიცირების ერთ-ერთ გავრცელებულ ფორმას წარმოადგენს ექიმის მიერ პაციენტისათვის დაუსაბუთებლად განმეორებითი ვიზიტის დანიშვნა.

გერმანია ექიმთან მიმართვიანობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებლით ხასიათდება. გერმანელი ზოგადი პრაქტიკის ექიმი კვირაში საშუალოდ 220 ვიზიტს ახორციელებს (მათგან 35 ბინაზე). დღეში ექიმი საშუალოდ 44 პაციენტს ნახულობს (37 ოფისში და 7 ბინაზე), წლიურად კი ერთ პაციენტზე 10-12 კონსულტაცია ტარდება. იგი განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ ყოველი პაციენტის ვიზიტი ექიმის შემოსავალს საშუალოდ 50-70 მარკით ზრდის. ამის გამო, გერმანიაში სადაზღვევო კომპანიების მიერ ყოველწლიურად 5-7 მილიარდი მარკა იხარჯება უსაფუძვლოდ. აქვე აღსანიშნავია, პროფესიული ასოციაციების როლი, რომლებიც აქტიურ წინააღმდეგობას უწევენ ექიმის შრომის ანაზღაურების წესის შეცვლას.

ექიმს არ აქვს პაციენტის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ეკონომიკური სტიმული, პრევენციულ ღონისძიებებზე ნაკლები ყურადღება.

აღნიშნული მეთოდის გამოყენებისას უფრო მეტი ყურადღება ექცევა პაციენტის მკურნალობას ვიდრე პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარებას. იგი გამოწვეულია ექიმის მცირე ეკონომიკური სტიმულით, ჰყავდეს ჯანმრთელი პაციენტი, რადგან მისი ყოველი ვიზიტი და სადიაგნოსტიკო სამკურნალო ღონისძიება ექიმს დამატებითი შემოსავლის მიღების საშუალებას აძლევს.

არ არის ეკონომიკური კავშირი სამედიცინო მომსახურების სხვა ეტაპებთან.

მცირდება ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მაკოორდინირებელი, როგორც “მეკარიბჭის” ფუნქცია. იგი ნაკლებადაა დაინტერესებული რაციონალურად აირჩიოს მკურნალობის შემდგომი ეტაპები და ამ ეტაპებზე მეთვალყურეობა გაუწიოს პაციენტს, შეაფასოს სხვა ექიმების მიერ გაწეული სამედიცინო დახმარების ხარისხი.

ანგარიშსწორების სირთულე.

აღნიშნული მეთოდისათვის დამახასიათებელია ანგარიშსწორების სირთულე. იგი მოითხოვს სამედიცინო დახმარების თითოეული შემთხვევისათვის ანგარიშსწორების დამუშავებას. შესაბამისად იზრდება საქმის წარმოებისათვის საჭირო ხარჯები. მეთოდის დანერგვა მოითხოვს ძვირადღირებულ საინფორმაციო სისტემების გამოყენებას, ცენტრალიზებულ მონაცემთა ბაზის ჩამოყალიბებას, რაც აუცილებელია გათვლების საწარმოებლად. მკვეთრად იზრდება დიდი რაოდენობით საფინანსო-ეკონომიკური პერსონალის საჭიროება.

მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები.

სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებისას მაღალია ადმინისტრაციული ხარჯები, ვინაიდან იგი ძვირადღირებული ეკონომიკური კონტროლის (მიწერების გამოვლენა, საავადმყოფოში მიმართვის აღქვატურობის შესწავლა და ა. შ.) სისტემის შექმნას მოითხოვს.

ცხრილი 4: სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის თავისებურებები

	ქვეყანა	თავისებურება	წყარო
მეთოდის მთავარი თავისებურება სხვა მეთოდებთან შედარებით	განვითარებული ქვეყნები	ხარჯები 11 %-ით იზრდება	Gerdtham et al., 1992
დიაგნოსტიკურ ღონისძიებებზე ზემოქმედება	ჩინეთი	იზრდება დიაგნოსტიკურ პროცედურათა რაოდენობა და ძვირადღირებული დიაგნოსტიკური მოწყობილობების გამოყენება	Gellert, 1995
ქირურგიული ოპერაციების რაოდენობა	ბრაზილია	იზრდება საკეისრო კვეთათა რაოდენობა იმ ქვეყნებთან შედარებით, სადაც აღნიშნული მეთოდი არ გამოიყენება	Barrors et al., 1986
გავლენა სამედიცინო დაწესებულებაზე	სამხრეთ კორეა	ხარჯების ზრდა	Barnum et al., 1995
უტილიზაციაზე გავლენა	ვიეტნამი	უტილიზაციის ზრდა	Ensor, 1995
სერვისების მიხედვით ანაზღაურების შედარება ფიქსირებულ ხელფასთან	აშშ, დიდი ბრიტანეთი, კანადა	იზრდება ქირურგიული ოპერაციების რაოდენობა	Mc. Pherson, 1981

29.2.2. სმრპისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის (fee for service) სახეობა

სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის შემდეგი სახეები არსებობს: დეტალური სამედიცინო მომსახურების (ექიმთან ვიზიტები, რეცეპტების გამოწერა, ლაბორატორიული გამოკვლევები, პროცედურები) ანაზღაურება; დეტალური სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება ტარიფების ერთიანი სისტემის საშუალებით, სადაც მომსახურების ღირებულება გამოიხატება ქულებში; მკურნალობის (დისპანსერიზაციის) დასრულებული შემთხვევების ანაზღაურება, რომლებიც წინდაწინ არიან კლასიფიცირებული ზოგიერთი ნიშნის მიხედვით (შემთხვევის სიმძიმე, საერთო ხარჯები).

დეტალური სამედიცინო მომსახურების (ექიმთან ვიზიტები, რეცეპტების გამოწერა, ლაბორატორიული გამოკვლევები, პროცედურები) ანაზღაურება

დეტალური სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება შეიძლება გამოყენებულ იქნეს იმ შემთხვევაში, როდესაც სადაზღვევო ორგანიზაციებს ფართო საშუალება აქვთ შეარჩიონ ამბულატორიული მომსახურების ისეთი რგოლები, რომლებიც მუშაობენ უფრო ეფექტურად და ამავე დროს, გაითვალისწინებენ სადაზღვევო ორგანიზაციის ეკონომიკურ ინტერესებს. მეთოდი შეიძლება გამოყენებულ იქნეს როგორც მომსახურების ანაზღაურების ძირითადი მეთოდის დამატება.

დეტალური სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება ტარიფების ერთიანი სისტემის საშუალებით, სადაც მომსახურების ღირებულება გამოიხატება ქულებში

ამბულატორიულ მომსახურებაზე სადაზღვევო ორგანიზაციის საერთო ხარჯები წინდაწინაა განსაზღვრული. ქულის ღირებულება განისაზღვრება აღნიშნული თანხის გაყოფით მოცემულ

პერიოდში ყველა ამბულატორიული დაწესებულების მიერ მოგროვილ ქულათა საერთო რაოდენობაზე.

ცხრილი 5: დეტალური სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების დადებითი და უარყოფითი მხარეები

დადებითი მხარეები	უარყოფითი მხარეები
ექიმი დაინტერესებულია პაციენტს მაქსიმალური მოცულობით გაუწიოს სამედიცინო მომსახურება	ექიმს არ აქვს პაციენტის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ეკონომიკური სტიმული, პრევენციულ ღონისძიებებზე ნაკლები ყურადღება.
	ექიმებმა პაციენტებს შეიძლება გაუწიონ არასაჭირო სამედიცინო მომსახურება
	ძნელია წინდაწინ განჭვრიტო დაფინანსების მოცულობა
შესაძლებელია შეგროვდეს გაწეული მომსახურების სტრუქტურის დეტალური მონაცემები	ექიმები არ არიან დაინტერესებული ეფექტურად გამოიყენონ ფინანსური რესურსები
	არ არის ეკონომიკური კავშირი სამედიცინო მომსახურების სხვა ეტაპებთან
	მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები
	ძნელია მიწერების სრული გამოვლენა

ცხრილი 6: დეტალური სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება ტარიფების ერთიანი სისტემის საშუალებით, დადებითი და უარყოფითი მხარეები

დადებითი მხარეები	უარყოფითი მხარეები
ექიმი დაინტერესებულია თითოეულ პაციენტს მაქსიმალური მოცულობით გაუწიოს სამედიცინო მომსახურება	ექიმს არ აქვს პაციენტის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ეკონომიკური სტიმული, პრევენციულ ღონისძიებებზე ნაკლები ყურადღება.
	ექიმებმა პაციენტებს შეიძლება გაუწიონ არასაჭირო სამედიცინო მომსახურება
ამბულატორიულ მომსახურებაზე ხარჯები წინდაწინაა განსაზღვრული	ძნელია წინდაწინ განჭვრიტო დაფინანსების მოცულობა
შესაძლებელია შეგროვდეს გაწეული მომსახურების სტრუქტურის დეტალური მონაცემები	ექიმები არ არიან დაინტერესებული ეფექტურად გამოიყენონ ფინანსური რესურსები
	არ არის ეკონომიკური კავშირი სამედიცინო მომსახურების სხვა ეტაპებთან
	მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები
	ძნელია მიწერების სრული გამოვლენა

აღნიშნული მეთოდიც შეიძლება გამოყენებულ იქნეს იმ შემთხვევაში, როდესაც სადაზღვევო ორგანიზაციებს ფართო საშუალება აქვთ შეარჩიონ ამბულატორიული მომსახურების ისეთი რგოლები, რომლებიც მუშაობენ უფრო ეფექტურად და ამავე დროს, გაითვალისწინებენ

სადაზღვევო ორგანიზაციის ეკონომიკურ ინტერესებს. მეთოდი შეიძლება გამოყენებულ იქნეს როგორც მომსახურების ანაზღაურების ძირითადი მეთოდის დამატება.

კონტროლის ხარჯები შესაძლებელია ნაწილობრივ დაეკისროს ექიმთა ასოციაციებს, რადგანაც ხორციელდება მხოლოდ ამბულატორიის შიგნით სახსრების სამართლიანი განაწილების კონტროლი. ყველა დაგროვილი ქულების გამოსათვლელად აუცილებელია კომპიუტერული პროგრამის არსებობა.

აღნიშნული მეთოდი გამოიყენება გერმანიაში ამბულატორიული მომსახურების დასაფინანსებლად. გერმანიაში ექიმები რომელთაც გააჩნიათ შესაბამისი ლიცენზია და ხელშეკრულება აქვთ გაფორმებული საეულდებულო სამედიცინო სადაზღვევო ფონდებთან, წარმოადგენენ სადაზღვევო სალაროების ექიმთა ასოციაციის სრულუფლებიან წევრებს. გაწეული სამედიცინო დახმარების ხარჯები წარედგინება არა სადაზღვევო სალაროებს, არამედ ექიმთა ასოციაციას.

ფედერალურ დონეზე განისაზღვრება ლიცენზირებული სამედიცინო მომსახურების სახეთა ჩამონათვალი პუნქტების სახით (დღეისათვის მოქმედებს 250 სახე). მომსახურების ძირითად 147 სახესთან (კონსულტაცია, ვიზიტები, გამოკვლევები და ა. შ.) ერთად არსებობს სხვადასხვა სპეციალობების მიხედვით მომსახურების სახეები². ასე მაგალითად, ქირურგიული და ორთოპედიული ქირურგიის ჩამონათვალი მოიცავს მომსახურების 355 სახეს, ოტოლარინგოლოგია 97-ს, შინაგანი დაავადებები – 87-ს და ა. შ². მომსახურების თითოეულ სახეზე მინიჭებულია განსაზღვრული კოდი და ქულა.

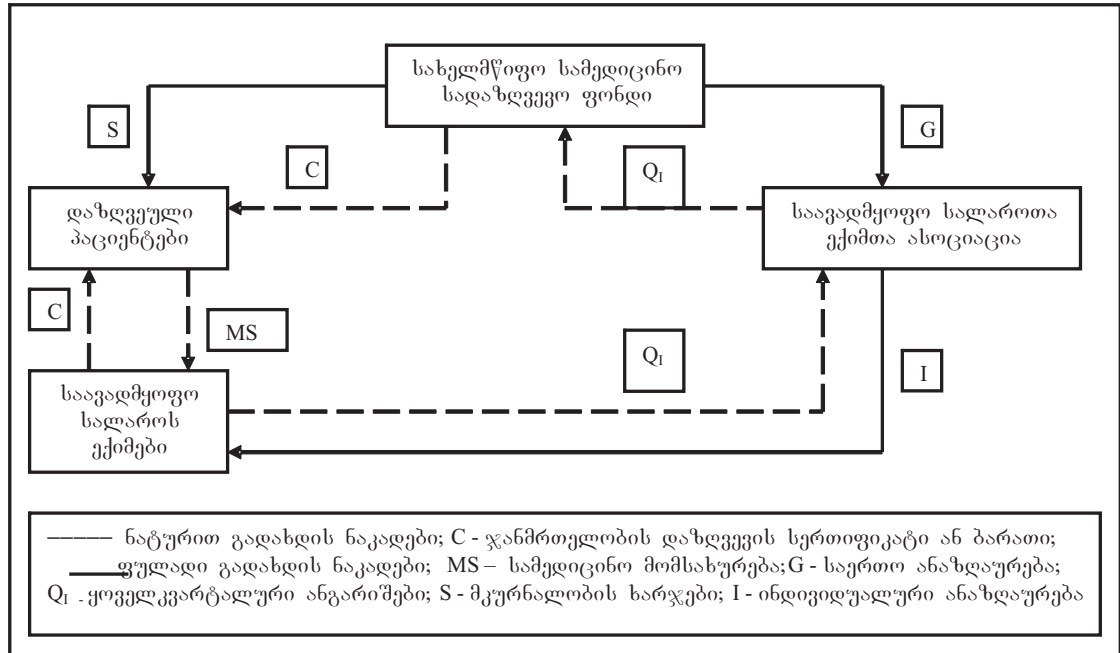
რეგიონალურ დონეზე დგინდება თითოეული პუნქტის ღირებულება (ტარიფები). ტარიფს ადგენს საერთო ფედერალური საბჭოს ამბულატორიული დახმარების კომისია. ტარიფის დადგენაში ჯანდაცვის სამინისტროსთან ერთად მონაწილეობენ სადაზღვევო სალაროები და ექიმთა ასოციაციები. ექიმთა ასოციაციებსა და სადაზღვევო სალაროს შორის დადებული ხელშეკრულებით (5 წლის ვადით ფორმდება) დგინდება სამედიცინო დაწესებულებისა და პერსონალის ანაზღაურების ფორმა და ზომა, კონტროლის მექანიზმები, თითოეული ქულის ფასი.

სადაზღვევო სალაროები რეგიონულ ექიმთა ასოციაციებს ყოველკვარტალურად ურიცხავენ მოცემული რეგიონის ყველა ექიმების დაფინანსებისათვის საჭირო საერთო რეგიონულ ბიუჯეტს. რეგიონულ ექიმთა ასოციაციები რეგიონულ ბიუჯეტს განსაზღვრავენ სულაღობრივი მეთოდით, ანუ იგი დამოკიდებულია დამოკიდებულია მოცემული რეგიონის დაზღვეულთა რაოდენობაზე და მოიცავს სხვადასხვა სპეციალობის ექიმის მიერ გაწეული მომსახურების ყველა სახეს. თითოეულ დაზღვეულზე გამოყოფილი თანხა განსხვავებულია არამარტო ფედერალური მხარეების მიხედვით, არამედ ერთიდაიგივე მხარეში სადაზღვევო სალაროების მიხედვითაც.

ექიმი კვარტალში ერთჯერ ექიმთა ასოციაციას აწვდის ანგარიშს, სადაც მითითებულია მის მიერ ჩატარებულ მომსახურებაზე ქულათა საერთო რაოდენობა. ექიმთა ასოციაცია სპეციალური კომპიუტერული პროგრამით ამუშავებს წარმოდგენილ ინფორმაციას. ექიმს ეძლევა ყოველთვიური ანაზღაურება წინა კვარტალის მონაცემების მიხედვით, მაგრამ ფაქტიური შემოსავალი დამოკიდებულია შემდეგ ფაქტორებზე:

< გამოითვლება ყველა ექიმის მიერ გამოუშვებულ ქულათა საერთო რაოდენობა. ასოციაცია მასთან გაწვერიანებული ექიმებს შორის ახდენს საერთო ბიუჯეტის განაწილებას, მათ მიერ გამოუშვებული ქულების რაოდენობის მიხედვით. საერთო რეგიონული ბიუჯეტი იყოფა ქულათა რაოდენობაზე და შესაბამისად დგინდება თითოეული ქულის ღირებულება. ასე რომ თითოეული ქულის ღირებულების წინასწარ განჭვრეტა ძნელია, იგი დამოკიდებულია ქულების საერთო რაოდენობაზე. ექიმების მიერ ბიუჯეტით გათვალისწინებულზე მეტი მოცულობის სამუშაოს ჩატარებისას მცირდება თითოეული ქულის ღირებულება და შესაბამისად, სამედიცინო დახმარების ღირებულება შედარებით დაბალი ფასით ანაზღაურდება. ექიმის

ნახაზი 1: ფონდებსა, დაზღვეულებსა და ექიმებს შორის ურთიერთობა გერმანიის სამედიცინო სადაზღვევო სისტემაში



კვარტალური შემოსავალი განისაზღვრება მიღებული თითოეული ქულის ღირებულების გადამრავლებით მის მიერ შესრულებულ სამედიცინო დახმარების პროცენტულების საერთო რაოდენობაზე.

< ახდენენ ანაზღაურების კორექტირებას ანაზღაურების განაწილების სქემის მიხედვით. თითოეულ ასოციაციას ანაზღაურების განაწილების თავისი სქემა აქვს. სწორედ ამ ღონისძიების შედეგად ხორციელდება მომსახურების სხვადასხვა სახეობებს შორის განსხვავების და შესაბამისად სხვადასხვა კატეგორიის მომსახურებაზე ქულების შეფასების სიდიდის კორექტირება.

< 1997-2003 წლებში ლიმიტირებული იყო თითოეულ პაციენტზე ქულათა რაოდენობა. ლიმიტი განსხვავებული იყო არამართო დაავადებების მიხედვით, არამედ ფედერალური მხარეების მიხედვით. იგი შემდგომ გაუქმებულ იქნა ფედერალური სასამართლოს მიერ.

ცხრილი 7: სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში დასაქმებულ ექიმთა ანაზღაურება: მომსახურების 20 სახეზე, რომლებზეც ყველაზე მეტი თანხები იხარჯება

	მომსახურების სახე	ქულათა რაოდენობა	ყველა ექიმის საერთო შემოსავლიდან %
1	ძირითადი კვარტალური ანაზღაურება ერთ ავადმყოფზე	ოჯახის ექიმები: 265 (დაზღვეულ პენსიონერებზე 475), სპეციალისტები – 40 - 420	20,8
2	განმარტება, დაგეგმვა და შეთანხმება	180	5
3	ანაზღაურება კონსულტაციაზე	50	4,8
4	ოჯახის ექიმის ძირითადი კვარტალური ანაზღაურება	90	2,9
5	დაავადების შედეგებზე და მის მკურნალობაზე გარდამავებული კონსულტაცია	300 (თუ კონსულტაცია გრძელდება 30 წთ -ზე მეტ ხანს – 600)	2,2
6	პაციენტის ბინაზე ვიზიტი	300 (სასწრაფო გამოძახებისას 600)	1,9
7	ფინანსურად დასაბუთებული ლაბორატორიული გამოკვლევის დანიშვნა	5-240 სპეციალობის მიხედვით	1,9
8	პაციენტის ზოგადი გასინჯვა	320	1,6
9	თავის, კიდურებისა და სახსრების რენტგენოლოგიური გამოკვლევა	1150	1,5
10	ღამით, დასვენების დღეებში და დღესასწაულებზე მომსახურების ანაზღაურება	200-300	1,4
11	შარდსასქესო ორგანოების ექოსკოპია	400	1,2
12	სხეულის სხვადასხვა ორგანოების რენტგენოლოგიური გამოკვლევა (გარდა თავისა და კიდურებისა)	1150	1,1
13	მუცლის ღრუს ექოსკოპია	520	1,1
14	სხეულის სხვადასხვა ორგანოების კომპიუტერული ტომოგრაფია (გარდა თავისა და კიდურებისა)	80	0,9
15	ექვ	100-250	0,8
16	მინიმალური ლაბორატორიული გამოკვლევის ანაზღაურება	5-110	0,8
17	ფსიქოთერაპია (ხანგრძლივი, ინდივიდუალური)	1450	0,8
18	ონკოლოგიური გამოკვლევა	ქალები – 310 კაცები – 260 + 140 ციტოლოგიური გამოკვლევისათვის	0,8
19	ორსულთა მეთვალყურეობა	1850	0,8
20	ბაზისური კლინიკურ -ნევროლოგიური გამოკვლევა	170	0,7

წყარო: Busse R, Reisberg A. Health Care System in Transition: Germany, Copenhagen, WHO. Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

ამგვარად, გერმანული სისტემის მიხედვით, ექიმებს არ შეუძლიათ გამოყოფილ ბიუჯეტზე მეტის ხარჯვა. კოლექტიური შეზღუდვის ასეთი მექანიზმი მნიშვნელოვნად ამცირებს ექიმის დაინტერესებას გაზარდოს მომსახურების მოცულობა. გარდა ამისა, ექიმების ანაზღაურება განსხვავებულია არამარტო ფედერალური მხარეების მიხედვით, არამედ ყოველკვარტალურად და მომსახურების სპეციალობების მიხედვით.

როგორც ქვემოთ მოყვანილ ცხრილშია ნაჩვენები, 1995-2001 წლებში ექიმთა დაფინანსების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ მიუხედავად მომსახურების მოცულობის ზრდისა, წინდაწინ დადგენილი ბიუჯეტის საშუალებით თითო ექიმზე გამოყოფილი თანხა თითქმის არ შეცვლილა. იგი განპირობებული იყო თითოეულ პაციენტზე ქულათა რაოდენობის ზვარის დაწესებით.

ცხრილი 8: სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური სექტორის მუშაობის მაჩვენებლები, ექიმთა რაოდენობის, მომსახურების მოცულობის და ანაზღაურების ცვლილებები 1980-2001 წლებში

წლები	სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაზღვევაში მომუშავე ექიმთა რაოდენობა	ხელფასი, საერთო თანხა ყველა ექიმზე, მლრდ ევრო	თითო ექიმზე გათვლილი საშუალო ხელფასი, ევრო	მკურნალობის შემთხვევათა რაოდენობა, მლნ	მკურნალობის თითო შემთხვევაზე ³ ხარჯები	თითო დაზღვეულზე მკურნალობის შემთხვევათა რიცხვი (წელიწადში)	თითო დაზღვეულზე ხარჯები, ევრო
1980 ^ა	55743	7,4	132932	252,1	29,4	4,6	209,8
1985 ^ა	83056	9,6	152404	268,3	35,7	4,8	264,9
1990 ^ა	71218	12,5	175237	320,8	38,9	5,5	329
1995 ^ა	88165	16,7	189644	400,8	41,7	6,7	412,4
1996 ^ბ	107071	20,1	188100	508,8	39,6	7,1	396,3
1997 ^ბ	108734	20,5	188074	523,2	39	7,3	401,9
1998 ^ბ	110339	20,8	186788	532,2	38,7	7,5	406,7
1999 ^ბ	122604	21,7	176830	551,3	39,3	7,7	425,7
2000 ^ბ	128670	22,5	174866	558,1	40,3	7,8	440,7
2001 ^ბ	128333	23,2	180780	564,8	41,1	8	455,5
ცვლილებები, % 1996 -2001 წწ.	+ 20	+ 15	- 4	+ 9	+ 4	+ 13	+ 15

წყარო: Busse R, Reisberg A. Health Care System in Transition: Germany, Copenhagen, WHO. Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

შენიშვნა: ა – დასავლეთ გერმანია, ბ – ფსიქოლოგებისა და ფსიქოთერაპევტების ჩათვლით (მოიცავს აღმ. და დასავლეთ გერმანიას) ვ – პაციენტის ერთი ან რამდენიმე კონტაქტი ერთ ექიმთან კვარტალში.

საშუალო წლიური შემოსავალი მერყეობს 64 ათასი ევროდან (დერმატოლოგები და ქირურგები) 96 ათას ევრომდე (თერაპევტები). თუმცა, მიუხედავად სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში ექიმთა ანაზღაურების ზომიერი მატებისა, კერძო პრაქტიკის ექიმის ანაზღაურების მატების ტემპები უფრო მაღალია. განსაკუთრებით გაიზარდა კერძო სადაზღვევო კომპანიაში მომუშავე ექიმთა ხელფასები. ამგვარად, ექიმების შემოსავალი 3-5-ჯერ აღემატება მუშების საშუალო ხელფასს და 2-3-ჯერ - მოსამსახურე პერსონალის ხელფასს.

ცხრილი 9: სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში დასაქმებულ ექიმთა *A ხელფასი, ხარჯები და შემოსავალი (ამბულატორიული სექტორი) 2001 წ.

სპეციალობა	ექიმის ხელფასი, ევრო	ხარჯები პერსონალზე, მოწყობილობაზე, ევრო	შემოსავალი (პირველ ორ მანუენებლებს შორის სხვაობა), ევრო
დერმატოლოგები	171100	106766	64334
ოტოლარინგოლოგები	192900	111882	81018
გინეკოლოგები	190600	110357	80243
თერაპევტები	236900	140956	95944
ნევროპათოლოგები და ფსიქიატრები	151300	80643	70657
ოფთალმოლოგები	203300	120964	82336
ორთოპედები	241700	148162	93538
პედიატრები	188100	102138	85962
რადიოლოგები	421200	347068	74132
ქირურგები	194300	129987	64131
უროლოგები	204900	126014	78886
ყველა სპეციალისტები (სხვა სპეციალისტების ჩათვლით)	205200	124556	80644
ზოგადი პრაქტიკის ექიმები (დიპლომიანები და მის გარეშე)	171700	94435	77265
სულ	192500	113190	79310

წყარო: Busse R, Reisberg A. Health Care System in Transition: Germany, Copenhagen, WHO. Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

შენიშვნა: * – იმ ექიმთა გამოკლებით, რომლებიც ერთობლივად მუშაობენ სხვა სპეციალობის ექიმებთან.

2005 წლის აპრილიდან ძალაში შევიდა სამედიცინო დახმარების სახეებზე დაწესებული ტარიფების ერთიანი სქემის ახალი ვარიანტი, რომელიც ითვალისწინებს ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისა და სპეციალისტების მომსახურებას შორის მკვეთრი ზღვარის გაგებას². სიახლე მდგომარეობს იმაში, რომ მომსახურების ანაზღაურება ითვალისწინებს მასზე დახარჯულ დროს (დასაბუთებული მომსახურების უფრო მეტი კონტროლის მიზნით). 2003 წლის დეკემბერში სპეციალური კომისიის მიერ დადგენილი მომსახურების სამედიცინო ნაწილის დროის ღირებულება (წუთზე 0,77 ევრო) მრავლდება სამედიცინო დახმარების გასაწევად საჭირო დროზე. მას ემატება მომსახურების ტექნიკურ მხარეზე დაწესებული ღირებულება (ევრო/წუთში). მეორე სიდიდე კაპიტალდაბანდებების ამორტიზაციის საშუალებას იძლევა, გარდა ამისა, იგი ტექნიკურად უფრო რთული მომსახურების ჩატარების ძლიერ სტიმულს იძლევა².

სამედიცინო დახმარების ტარიფი ყოველწლიურად იცვლება. ასე მაგალითად, უკანასკნელ წლებში ლაბორატორიული გამოკვლევების რაოდენობის მატების გამო, რამდენჯერმე შემცირებულ იქნა მისი ტარიფი. გერმანიაში 80-იანი წლების დასაწყისში ექიმს პაციენტთან ბინაზე ვიზიტისათვის შედარებით მცირე ანაზღაურება ეძლეოდა, რის გამოც იგი ნაკლებად იყო დაინტერესებული მისი შესრულებით. ამის გათვალისწინებით მნიშვნელოვნად იქნა მომატებული ექიმის პაციენტთან ბინაზე ვიზიტის ფასი. ტარიფის გადასინჯვას ახორციელებს სპეციალური

კომისია, რომელშიც შედიან ექიმთა ასოციაციებისა და სადაზღვევო ორგანიზაციების წარმომადგენლები³.

სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემის მოდერნიზაციის კანონის მიხედვით, 2007 წლიდან ექიმთა ასოციაციები სადაზღვევო სალაროებთან დადებენ ხელშეკრულებას მომსახურების მოცულობის მიხედვით, რომელშიც გათვალისწინებული იქნება დაავადებიანობის მაჩვენებელი³. ასე რომ, რაც უფრო მეტი იქნება დაავადებიანობის მაჩვენებელი, მით მეტი იქნება ასანაზღაურებელი თანხა, რაც შესაბამისად გაზრდის სხვადასხვა სპეციალობის ექიმთა შემოსავალს.

ხარჯების ზრდის შეკავების მიზნით კანადაში სამედიცინო მომსახურების 7000 სახეზე გარკვეული ტარიფია დადგენილი. საფრანგეთში 1991 წლიდან განხორციელდა სამედიცინო დახმარების გარკვეული სახეების ერთ მსხვილ ჯგუფში გაერთიანება, რომელზედაც ერთიანი ტარიფი დაწესდა.

ხარჯების ზრდის შეკავების ერთ-ერთ გზას წარმოადგენს აგრეთვე ე. წ. “კონუსისებრი” ანაზღაურების მეთოდის შემოღება, რომელიც გავრცელებულია კანადაში. იგი გულისხმობს სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურების ზედა ზღვარის დადგენას, რომლის გადაჭარბების შემთხვევაში სერვისების მიხედვით ანაზღაურება მცირდება.

გერმანიის მაგალითზე ჩვენ განვიხილეთ, თუ როგორ შეიძლება ხარჯების შეკავება განხორციელდეს მაკროდონეზე საერთო რეგიონული ბიუჯეტის დაწესებით, მაგრამ მნიშვნელოვანია, ხარიხსის თვალსაზრისით თუ რა შედეგები მოჰყვება ასეთი რეგულირებას მაკროდონეზე. ხარჯების შეკავება შესაძლებელია არასამართლიანი და არაეფექტური აღმოჩნდეს მაკროდონეზე. ამ თვალსაზრისით, გერმანიაში აწარმოებენ ანალიზს მიკროდონეზე, ექიმის მუშაობის რაციონალურობის შეფასებისათვის. ექიმის მუშაობის რაციონალურობის შესაფასებლად გამოიყენებენ შემდეგ მონაცემებს: გაწეული მომსახურების მოცულობა, ძვირადღირებული მედიკამენტების გამოწერა, სადიაგნოსტიკო ღონისძიებათა, სპეციალისტებთან გაგზავნის შემთხვევათა და ჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა რაოდენობა. აღნიშნული მონაცემების ანალიზით ფასდება ექიმის მიერ შესრულებული სამუშაო. შეფასების შედეგები მიეწოდება ექიმს, სადაც აღნიშნულია მისი მუშაობის შესაძლებელი კორექციისათვის საჭირო რეკომენდაციები. ინფორმაცია კონფიდენციალურ ხასიათს ატარებს და განკუთვნილია არა მისი დასჯისათვის, არამედ ექიმის საორიენტაციოდ. უკიდურეს შემთხვევაში შესაძლებელია მასთან დადებული ხელშეკრულების გაწყვეტა.

გერმანიაში საავადმყოფოების სალაროები ყოველწლიურად აანალიზებენ და აქვეყნებენ მონაცემებს ექიმთა მიერ შესრულებული სამუშაოების შესახებ. ეს მონაცემები მთლიანობაში წარმოადგენენ იმ საორიენტაციო მაჩვენებლებს, რომლითაც სარგებლობს როგორც ექიმი, ასევე დამფინანსებელი მხარე, რომელსაც ამ მონაცემებზე დაყრდნობით შეუძლია აიძულოს ექიმი განახორციელოს შესაბამისი კორექტივები თავის მუშაობაში.

მკურნალობის (დისპანსერიზაციის) დასრულებული შემთხვევების ანაზღაურება, რომლებიც წინდაწინ არიან კლასიფიცირებული ზოგიერთი ნიშნის მიხედვით (შემთხვევის სიმძიმე, საერთო ხარჯები)

ცხრილი 10: მკურნალობის დასრულებული შემთხვევების ანაზღაურება, რომლებიც წინდაწინ არიან კლასიფიცირებული ზოგიერთი ნიშნის მიხედვით, დადებითი და უარყოფითი მხარეები

დადებითი მხარეები	უარყოფითი მხარეები
გარკვეული ზომით მცირდება ამბულატორიული მომსახურების საერთო ხარჯები	ექიმს არ აქვს პაციენტის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ეკონომიკური სტიმული, პრევენციულ ღონისძიებებზე ნაკლები ყურადღება.
	შეიძლება წარმოიქმნას დაუსაბუთებელი ეკონომიის მცდელობა დეტალური მომსახურების (გამოკვლევები, ანალიზები) გაწევისას
ექიმები დაინტერესებულნი არიან შეამცირონ მკურნალობის ვადები	ძნელია წინდაწინ განჭვრიტო დაფინანსების მოცულობა
მცირდება დასამუშავებელი ანგარიშების მოცულობა	ექიმები არ არიან დაინტერესებული ეფექტურად გამოიყენონ ფინანსური რესურსები
	არ არის ეკონომიკური კავშირი სამედიცინო მომსახურების სხვა ეტაპებთან
	აღვლილი აქვს შემთხვევის დამძიმებას

აღნიშნული მეთოდი გამოიყენება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს შორის კონკურენციის არსებობისას, მაგრამ მიზანშეწონილია სადაზღვევო ორგანიზაციების მხრიდან ქმედითი კონტროლი, რთული და არახელსაყრელი შემთხვევების მომსახურების ძვირადღირებულ ეტაპებზე გადამისამართების აღმოსაფხვრელად. შეიძლება გამოყენებულ იქნეს დაწესებულების შიგნით ექიმ-სპეციალისტების მომსახურების დასაფინანსებლად, აგრეთვე სპეციალიზებული ამბულატორიული დაწესებულებების მომსახურების დასაფინანსებლად (სასწრაფო სამედიცინო მომსახურება, ქალთა კონსულტაციები, სტომატოლოგიური პოლიკლინიკები, კაბინეტები).

29.3. მიზნობრივი ანაზღაურება

სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის ერთ-ერთ სახეს წარმოადგენს მიზნობრივი დაფინანსების (Target payment) მეთოდი. იგი გამოიყენება სამედიცინო დახმარების გარკვეული, სპეციფიკური სახეების (მაგ., იმუნოზაცია, პროფილაქტიკური შემოწმების ჩატარება და ა. შ.) დასაფინანსებლად. მიზნობრივი დაფინანსების მეთოდი წარმოადგენს ზოგადი პრაქტიკის ექიმის დაფინანსების დამატებით მეთოდს.

მიზნობრივი დაფინანსების მეთოდი უმთავრესად გამოიყენება დიდი მოცულობის სამედიცინო მომსახურების (მაგ., პროფილაქტიკური აცრების) ჩატარებისას. ექიმს სტიმული ეძლევა რაც შეიძლება მეტ პაციენტს ჩაუტაროს პროფილაქტიკური აცრები, რადგან მიზნობრივი დაფინანსების შემთხვევაში უფრო მეტ ანაზღაურებას მიიღებს.

მიზნობრივი მეთოდით ანაზღაურება შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ზოგიერთი დაავადების სკრინინგისათვის (მაგ., საშვილოსნოს ყელის ან მკერდის ჯირკვლის კიბო).

დიდ ბრიტანეთში მიზნობრივი ანაზღაურების მეთოდის შემოღებამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა პროფილაქტიკური პროგრამების განხორციელება. ინფექციური დაავადებების საპროფილაქტიკოდ მიზნობრივ ანაზღაურება გამოიყენებოდა მოსახლეობის 95 %-ის ვაქცინაციის ჩატარებისას.

29.4. ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების მეთოდი

ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურება წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალის საერთო და არა კონკრეტული სამუშაოების შესრულებისათვის ფიქსირებულ დაფინანსებას დროის შეთანხმებული პერიოდის განმავლობაში. ფიქსირებული ანაზღაურებისას ექიმის შემოსავალი დამოკიდებული არ არის გაწეული სამედიცინო დახმარების მოცულობაზე. ხელფასის ზომას ადგენს დამფინანსებელი მხარე, ზოგ ქვეყნებში იგი შეთანხმებულია პროფკავშირებთან, ექიმთა ასოციაციებთან. ხელფასის ზომა შეიძლება დამოკიდებული იყოს პერსონალის ასაკზე, სპეციალობასა და გამოცდილებაზე, ან არ ითვალისწინებდეს აღნიშნულ კრიტერიუმებს (საერთოეროვნული თანრიგობრივი ხელფასი).

სამედიცინო პერსონალთან ხელშეკრულება იდება სრული ან არასრული დროით. არასრული დროით დადებული ხელშეკრულება ექიმს საშუალებას აძლევს დამატებით სხვა სამუშაოები ჩატაროს (მაგ., კერძო კონსულტაციები). ხელშეკრულება შეიძლება განახლდეს პერსონალის მიერ შესრულებული სამუშაოს მრავალმხრივი შეფასების საფუძველზე. ხელშეკრულებაში ზოგჯერ ითვალისწინებენ პერსონალის დამატებითი ანაზღაურების სახით წახალისებას (მაგალითად, ვაქცინაციის მაღალი მოცვის მიღწევისას). შესაძლებელია პერსონალის სტიმულირება დამატებითი შევებულებისა და სატრანსპორტო შეღავათების სახით, ან დამატებითი წახალისება ისეთი სამუშაოების ჩატარებისათვის, როგორცაა: სამეცნიერო-კვლევითი მუშაობა, სამეცნიერო კონფერენციებზე მონაწილეობა საზღვარგარეთ.

ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების მეთოდი ფართოდ გამოიყენება მრავალი ქვეყნის როგორც საავადმყოფოს, ასევე ამბულატორიულ დაწესებულებებში სამედიცინო პერსონალის შრომის ასანაზღაურებლად (ფინეთი, შვეცია, პორტუგალია, საბერძნეთი, ესპანეთი, თურქეთი, ისრაელი, აღმოსავლეთ ევროპისა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნები).

ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში სხვადასხვა სპეციალობის სამედიცინო პერსონალის შემოსავლებს შორის მცირე განსხვავება აღინიშნებოდა, რაც მატერიალური მდგომარეობის გაუმჯობესების ნაკლებ შესაძლებლობას იძლეოდა. ამასთან, საბჭოთა სისტემა ფართოდ იყენებდა ზოგიერთი სახის წამახალისებელ საშუალებებს: მედლები, ბინით უზრუნველყოფა, სასწავლო ტურები საზღვარგარეთ. საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ ასეთი წამახალისებელი საშუალებები გაუქმდა და მცირე ხელფასის საკომპენსაციოდ ექიმები ეწევიან არაოფიციალურ, კერძო პრაქტიკას.

აღმოსავლეთ ევროპისა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში, სადაც მოქმედებს შრომის ანაზღაურების არსებული წესი, არც კანონმდებლობა და არც მოსახლეობის თვითშეგნება არ იძლევა სათანადო კონტროლის დაწესების საშუალებას. აღნიშნული მდგომარეობა ხელს უწყობს სამედიცინო პერსონალის მიერ არალეგალური შემოსავლების მიღებას. ექსპერტთა შეფასებით, იმ ქვეყნებში, სადაც სამედიცინო პერსონალის ხელფასი დაბალია, არალეგალური ანაზღაურება გაცილებით აღემატება კანონით დადგენილ ანაზღაურებას. არსებული სიტუაცია გამოხატულ გავლენას ახდენს სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისადმი სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის პრინციპის განხორციელებაზე.

აღნიშნულის გამო, მნიშვნელობა ენიჭება პერსონალის ანაზღაურების დონეს. თუ ექიმს შეუძლია არალეგალური შემოსავლების ხარჯზე გააორმაგოს ხელშეკრულებით განსაზღვრული ხელფასი, მაშინ გარკვეული მიზნის მისაღწევად (მაგ., ვაქცინაციის მაღალი მოცვის მიღწევა) გამოყოფილი მცირე ოფიციალური დამატებითი ანაზღაურება მისთვის აღარ იქნება მიზნიდველი. ასე მაგალითად, ბრიტანეთის ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების პერიოდში, ექიმებისათვის ზოგადი პრაქტიკის ექიმი-ფონდის მესაკუთრედ გახდომის ყველაზე დამაჯერებელ მოტივს წარმოადგენდა არა სულადობრივი დაფინანსება, არამედ დამატებითი წახალისების

მნიშვნელოვნად გაზრდა. აღსანიშნავია, რომ დიდ ბრიტანეთში, პერსონალის მუშაობის სტიმულირების მიზნით, იყენებენ დამატებით წამახალისებელ ანაზღაურებას, რომელიც მერყეობს 790 ფუნტი სტერლინგიდან 20 550 ფუნტ სტერლინგამდე წელიწადში.

ფიქსირებული ანაზღაურების მეთოდის ეფექტურობის გაზრდის თვალსაზრისით, ზოგიერთ ქვეყნებში შემოღებულია დაფინანსების რამდენიმე მეთოდის კომბინაცია. მაგალითად, ნორვეგიაში ექიმის შემოსავლების 35 %-ს ფიქსირებული ხელფასი შეადგენს, ხოლო დანარჩენი 65 %-ის ანაზღაურება სერვისების მიხედვით ხორციელდება.

დადებითი მხარეები:

- < ჯანდაცვის სისტემის ადვილი დაგვემარება და სტაბილურობა, რადგანაც სამედიცინო დახმარების ხარჯები წინასწარ განსაზღვრულია;
- < ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების გამო, ექიმი არ არის დაინტერესებული არააუცილებელი სამედიცინო დახმარების განხორციელებით;
- < დაბალია ადმინისტრაციული და საქმის წარმოებისათვის საჭირო ხარჯები;
- < ადვილია სამედიცინო დაწესებულების საფინანსო მუშაობის მონიტორინგი;
- < ხელს უწყობს პერსონალის გადანაწილებას ცენტრისაგან მოშორებულ რეგიონებში, რაიონებში, ან სოფლებში;
- < იზრდება სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა.

უარყოფითი მხარეები:

- < ექიმებს შორის კონკურენციის დაბალი დონე;
- < დაბალია სამედიცინო დახმარების ხარისხი, რადგან ექიმის ანაზღაურება მცირეა და დამოკიდებული მის კვალიფიციურობაზე;
- < ექიმი ნაკლებადაა დაინტერესებული იმუშაოს მაქსიმალური დატვირთვით. იგი თავიდან იშორებს მძიმე ავადმყოფებს და საავადმყოფოში ან სხვა განყოფილებებში ავზავნის სამკურნალოდ, რაც მნიშვნელოვნად აძვირებს სამედიცინო დახმარების ღირებულებას;
- < მეთოდი სტიმულს აძლევს სამედიცინო დაწესებულებას ბიუროკრატიული აპარატის ზრდას, ფორმალიზმს, მოუქნელობას და ამით აიძულებს დამფინანსებელს გაზარდოს საბიუჯეტო ხარჯები;
- < თუ ანაზღაურების ზომა დაბალია, ხელს უწყობს სამედიცინო პერსონალის მიერ არალეგალური შემოსავლების მიღებას.

29.5. აგზულატორიულ-პოლიკლინიკური დახმარების დაფინანსების მეთოდები დასავლეთი ევროპის ქვეყნებში

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში ნაჩვენებია დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში გამოყენებული აგზულატორიულ-პოლიკლინიკური სამედიცინო დახმარების დაფინანსების მეთოდები. მოცემულია აგრეთვე ანაზღაურების მეთოდსა და სხვა მნიშვნელოვან ფაქტორებს (ექიმთან მიმართვიანობა წლის განმავლობაში ერთ სულ მოსახლეზე გათვლით, თანაგადახდაში მონაწილეობა, თუ ვინ საზღვრავს სპეციალისტთან გაგზავნას) შორის დამოკიდებულება.

იმ ქვეყნებში, სადაც ექიმი დაქირავებულია დაწესებულების მიერ ძირითადად გამოიყენება ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების მეთოდი. იმ ქვეყნებში, სადაც სადაზღვეო სისტემაა განვითარებული და ექიმი ხელშეკრულების საფუძველზე მუშაობს, ძირითადად სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი გამოიყენება⁴.

იმ ქვეყნებში სადაც ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემა განვითარებული, რომელშიც ექიმები დაქირავებულია სახელმწიფოს მიერ, გამოიყენება ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების მეთოდი. მაგრამ, ამ შემთხვევაში, გამონაკლის წარმოადგენს ზოგიერთი ქვეყანა (დანია, იტალია, დიდი ბრიტანეთი), სადაც პირველად ჯანდაცვაში მომუშავე ექიმების ანაზღაურება დამოკიდებულია მის მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი მოსახლეობის საერთო რაოდენობაზე, ან მათ ასანაზღაურებლად გამოიყენება შერეული მეთოდი - ფიქსირებული ხელფასი, მის მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი მოსახლეობის საერთო რაოდენობა და თითოეულ შემთხვევაზე სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი⁴.

ცხრილი 11: ექიმთა ანაზღაურება დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში

ქვეყანა	ფიქსირებული ხელფასი	კაპიტაცია	სერვისების მიხედვით	კომბინაცია
ჯანდაცვის ეროვნული სერვისის მოდელი/საშემოსავლო გადასახადების ჯანდაცვის სისტემები				
დანია				X (კაპიტაცია + FFS)
ინგლისი	X (საავადმყოფო)	X (საზოგადოებრივი)	X (კერძო)	
ფინეთი	X			
ირლანდია	X (საავადმყოფოს კონსულტანტები საზოგადოებრივი პრაქტიკისათვის)	X (საზოგადოებრივი პაციენტებისათვის)	X (კერძო პაციენტებისათვის)	
ნორვეგია			X	
შვეცია	X (საზოგადოებრივი)		X (კერძო)	
იტალია		X		
პორტუგალია	X			
ესპანეთი				X (ფიქს. ხელფასი + კაპიტაცია)
ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ჯანდაცვის სისტემები				
ავსტრია				X (ფიქს + FFS)
ბელგია			X (კერძო)	
საფრანგეთი			X	
გერმანია			X	

წყარო: J. Figueras, R. Robinson, E. Jakubowski Purchasing to improve health systems performance, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006

აღსანიშნავია, რომ იმ ქვეყნებში, სადაც გაბატონებულია სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი, ძირითადად არ გამოიყენება ანაზღაურების კომბინირებული მეთოდი. იმ ქვეყნებში კი, სადაც ექიმების ანაზღაურება დამოკიდებულია მის მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი მოსახლეობის საერთო რაოდენობაზე, მათ აერთიანებენ პაციენტის ეკონომიკური მდგომარეობის მიხედვით (ირლანდია და ნიდერლანდები), ან მომსახურების ხასიათის მიხედვით⁴. მაგალითად, დანიაში და დიდ ბრიტანეთში ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ანაზღაურება მომსახურების გარკვეულ სახეებზე ხორციელდება სერვისების მიხედვით ანაზღაურება. ასეთ შემთხვევაში კოორდინატორის ფუნქცია დაკავშირებულია ან სულალობრივი ანაზღაურების სისტემასთან, ან ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების სისტემასთან და არასოდეს სერვისების მიხედვით ანაზღაურების სისტემასთან⁴. აქვე აღსანიშნავია, რომ ასეთ ქვეყნებში არ არის გავრცელებული თანაგადახდის პრინციპი, და თუ იგი გამოიყენება, მხოლოდ უმნიშვნელო ზომით.

საპირისპირო მდგომარეობასთან გვაქვს საქმე იმ შემთხვევაში, როდესაც სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდია გაბატონებული. ამ დროს, მომსახურების ჭარბად გამოყენების თავიდან ასაცილებლად ფართოდაა გავრცელებული პაციენტის მიერ თანაგადახდა. ფრანგული ტერმინი – ticket moderateur, რომელიც ნიშნავს ხარჯების გარკვეული წილის პაციენტის მხრიდან გადახდას, ნათლად მიგვიჩვენებს პაციენტის პასუხისმგებლობაზე სამედიცინო მომსახურების ხარჯებში. აქვე აღსანიშნავია, რომ საფრანგეთში და აგრეთვე ზოგ ქვეყნებში პაციენტის პირდაპირ ხარჯებს მთლიანად ფარავს კერძო სადაზღვევო კომპანიები, რაც ცხადია, უარყოფით გავლენას ახდენს მომსახურების ჭარბად გამოყენების თავიდან ასაცილებლად მიმართულ ღონისძიებებზე⁴. უფრო მეტიც, თანაგადახდის პრინციპი, ზოგ შემთხვევაში, მომსახურების მოთხოვნის არასრულყოფილ რეგულატორად გვევლინება⁴.

საინტერესოა აღმოსავლეთ გერმანიის პოლიკლინიკურ დაწესებულებათა დამოუკიდებელ პრაქტიკოს ექიმთა ერთეულებად გარდაქმნის გამოცდილების შესწავლა. გერმანიის გაერთიანების შემდეგ აღმოსავლეთ რეგიონებში ამოქმედდა ფედერაციული გერმანიის კანონები. ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ კანონმდებლობის მიხედვით ამბულატორიული დახმარების ძირითად ფორმას კერძო საექიმო პრაქტიკა წარმოადგენდა. 1991 წლის დასაწყისში მწვავე დებატების შემდეგ პოლიკლინიკური ქსელის დამოუკიდებელ პრაქტიკოს ექიმთა გარდაქმნის სახელმწიფო პროგრამა გამოცხადდა. ახალი მოდელის განვითარებისათვის განზრახულ იქნა შემდეგი ხელშეწყობი ღონისძიებების განხორციელება:

- < კრედიტის გამოყოფა;
- < კერძო პრაქტიკის მომსახურებაზე მაღალი ტარიფების დაწესება;
- < საგადასახადო შეღავათები;
- < ექიმთა გაერთიანებების მხრიდან საკონსულტაციო დახმარება;
- < ყოფილი პოლიკლინიკების ადმინისტრაციასთან კონფლიქტში კერძო პრაქტიკის პრეტენდენტთა ხელშეწყობა ადგილობრივი ხელისუფლების მხრიდან

კერძო პრაქტიკის გახსნის ექიმებისათვის გამოყოფილ იქნა 18 წლამდე საბანკო კრედიტები ადგილობრივი ხელისუფლების გარანტიით. კრედიტები გაიცემოდა შეღავათიანი პირობებით – 8,5% ვადის პირველ ნახევარზე, და უპროცენტო – მეორე ნახევარზე. კრედიტის გაცემის მთავარ კრიტერიუმს წარმოადგენდა ექიმის ასაკი. უმრავლეს შემთხვევაში კრედიტი მხოლოდ 42 წლამდე ექიმებზე გაიცემოდა, თუმცა ასაკობრივი შეზღუდვა განსხვავდებოდა სპეციალობების მიხედვით (უფრო დეფიციტური სპეციალობების შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა უფრო დაბალ ასაკობრივ ცენზს). კრედიტების მოცულობა დამოკიდებული იყო სპეციალობებზე. მაგალითად, ორთოპედიკაში, რომელიც სამედიცინო მოწყობილობების უფრო მეტ აღჭურვილობას მოითხოვს, შესაბამისად მეტი თანხები იყო განსაზღვრული.

კრედიტის გაცემისას ექიმებს შესთავაზეს ორი ვარიანტი: იჯარით ან ანაზღაურებით ან მიღებული კრედიტის მეშვეობით გამოესყიდათ. გერმანიის გაერთიანების შემდეგ პოლიკლინიკების ძირითადი ნაწილი ადგილობრივი ხელისუფლების საკუთრებაში დარჩა. კანონმდებლობით დაფიქსირდა პოლიკლინიკების ფართის მიღებაზე ექიმთათვის პრიორიტეტის მინიჭების პრინციპი. დამოუკიდებელი პრაქტიკების უმრავლესობა პოლიკლინიკების შენობებში განთავსდნენ. მათ შორის ზოგიერთმა იჯარით ან ანაზღაურებით ან კრედიტების საშუალებით გამოისყიდა თავისი ყოფილი კაბინეტები, ზოგიერთმა კი - სხვა პოლიკლინიკებში შეარჩიეს ადგილები. აღსანიშნავია, რომ კრედიტები იჯარის გადახდის შესაძლებლობას იძლეოდა. გარდა ამისა, ექიმებს საიჯარო გადასახადებზე გარკვეული შეღავათები დაუწესდათ, ხოლო იჯარასთან დაკავშირებული ხარჯები ჩადებულ იქნა მომსახურების ტარიფების შემადგენლობაში. ექიმთა უმრავლესობამ უპირატესობა არჩიდა მისიონერს, თუმცა ზოგიერთები ჯგუფებად გაერთიანდნენ (6-დან 10 კაცა-

ცხრილი 12: დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში გამოყენებული ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური სამედიცინო დახმარების დაფინანსების მეთოდები

ქვეყანა	დაფინანსების მეთოდი	ექიმთან ვიზიტების საშუალო რიცხვი	სპეციალისტთან გაგზავნას განსაზღვრავს:	პაციენტის თანაგადახდის პრინციპი
ხელშეკრულებით მომუშავე ექიმი				
ავსტრია	სერვისების მიხედვით	5.1 ¹	თვითონ პაციენტი	მოსახლეობის 20 % იხდის ცალკეული დახმარების 10 ან 20 %-ს
ბელგია	სერვისების მიხედვით	8 ¹	თვითონ პაციენტი	თვითდასაქმებულები იხდიან სრულად
დანია	28 % სულაღობრფი, 63 % შესრ. სამუშაოს მიხედვით, 9 % სუბსიდი	4.4 ²	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	არა
საფრანგეთი	სერვისების მიხედვით	6.3 ¹	თვითონ პაციენტი	25 %
გერმანია	სერვისების მიხედვით	12.8 ³	თვითონ პაციენტი	არა
ირლანდია	სერვისების მიხედვით მაღალი შემოსავლის შემთხვევაში; დაბალი შემოსავლის შემთხვევაში სულაღობრფი (ასაკის მიხედვით დიფერენცირებული)	6.6 ⁴	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	დაბალშემოსავლიანი პაციენტები არ იხდიან
იტალია	სულაღობრფი მეთოდი (ასაკის მიხედვით დიფერენცირებული)	11 ³	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	არა
ლუქსემბურგი	სერვისების მიხედვით	-	თვითონ პაციენტი	5 %
პოლანდია	სერვისების მიხედვით მაღალი შემოსავლის შემთხვევაში; დაბალი შემოსავლის შემთხვევაში სულაღობრფი (ასაკის მიხედვით დიფერენცირებული)	5.8 ⁵	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	დაბალშემოსავლიანი პაციენტები არ იხდიან
შვეიცარია	სერვისების მიხედვით	11 ⁶	თვითონ პაციენტი	10 %
დიდი ბრიტანეთი	სულაღობრფი მეთოდი (ასაკის მიხედვით დიფერენცირებული); სერვისების მიხედვით, სუბსიდიები, მიზნობრივი ანაზღაურება	5.8 ³	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	არა
ექიმი როგორც დაქირავებული პერსონალი				
ფინეთი	ფიქსირებული ხელფასი	3.3 ²	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	თითო ვიზიტზე 0,17 \$
საბერძნეთი	ფიქსირებული ხელფასი	5.3 ⁶	თვითონ პაციენტი	არა
ნორვეგია	35 % ფიქსირებული ხელფასი, 65 % სერვისების მიხედვით	-	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	თითოეულ პუნქტზე 30 %
პორტუგალია	ფიქსირებული ხელფასი	3.1 ¹	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	არა
ესპანეთი	ფიქსირებული ხელფასი, სულაღობრფი მეთოდი (ასაკის მიხედვით დიფერენცირებული)	6.2 ⁷	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	არა
შვეცია	ფიქსირებული ხელფასი	3 ¹	თვითონ პაციენტი	თითო ვიზიტზე 6-9 \$

¹ 1993; ² 1991; ³ 1992; ⁴ 1998; ⁵ 1994; ⁶ 1982; ⁷ 1989.

წყარო: OECD. The reform of health care systems: Review of seventeen OECD countries. Health studies N 5 1994. Paris 1994. Abel-Smith B., et al., Choices in health policy. An agenda for the European Union, 1995.

მდე), რითაც შეძლეს გამოეყიდათ სამუშაო ფართი და გამხდარიყვნენ სრულუფლებიანი მესაკუთრეები. კრედიტები გაიცემოდა სამუშაო ფართის კაპიტალურ რემონტზე და ახალი სამედიცინო ტექნიკის შექენაზეც. საექიმო პრაქტიკის შემოღების პროგრამის შესაბამისად, ექიმ-მეწარმეებს სახელმწიფომ საგადასახადო შეღავათები დაუწესა, რაც გულისხმობდა გადასახადების გადახდის 5 წლამდე გადაადების უფლებას. კერძო პრაქტიკების ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოს მეტოდით ხორციელდება.

კანონით ნებადართულია პოლიკლინიკების ფუნქციონირება. თუმცა უმრავლეს რეგიონში ისინი ძალიან მცირე რაოდენობას შეადგენენ. მაგ., ტიურინგიაში (2.33 მლნ მოსახლეობა), მხოლოდ 20 მცირე პოლიკლინიკა ფუნქციონირებს, სადაც სულ 80 ექიმი მუშაობს (ამავე რეგიონში, შედარებისათვის, 3500 კერძო პრაქტიკის ექიმი დასაქმებული). მათ “ნარჩენ პოლიკლინიკებს” უწოდებენ, რადგან ისინი ძველი სისტემის ნაშთებს წარმოადგენენ. ასეთ პოლიკლინიკებში ექიმთა ანაზღაურება ფიქსირებული ხელფასით ხორციელდება. მათ უმრავლესობას ძირითადად ის ექიმები წარმოადგენენ, ვინც ვერ შეძლო კერძო პრაქტიკის მიღების უფლება. შესაბამისად მათი ზოგადი კვალიფიკაციის დონე მნიშვნელოვნად დაბალია. აქვე აღსანიშნავია, რომ ექიმები ვალდებული არიან შეასრულონ პაციენტთა მიღების დადგენილი ნორმები, რომელთა შეუსრულებლობის შემთხვევაში, ექიმს თავისი საგანაკვეთო ხელფასის მეოთხედის ან სულაც ნახევრის დაკარგვა ემუქრება.

ახალი მოდელის ნაკლოვანებები

< კერძო პრაქტიკის ექიმების სერვისების მიხედვით ანაზღაურების გამო, მათთვის უფრო მომგებიანია ისეთი სამუშაოს შესრულება, რომელიც უფრო მეტი ღირებულებისაა, კერძოდ მაღალტექნოლოგიური მომსახურების გაწევა;

< ექიმებს გააჩნიათ პროფილაქტიკური დახმარების გაწევის ნაკლები ეკონომიკური სტიმული, ისინი არ არიან დაინტერესებულნი, ჰყავდეთ ჯანმრთელი პაციენტი.

< წინა სისტემისაგან განსხვავებით ამბულატორიული რგოლი სრულებით განცალკევდა სტაციონარისაგან. ამიტომ ამ ორ სექტორს შორის კოორდინაცია სუსტად არის გამოხატული. შედეგად, დაბალია სამედიცინო დახმარების სტრუქტურის ოპტიმიზაცია. სამედიცინო დახმარების ბევრი სახეები სტაციონარშია წარმოდგენილი;

< მიუხედავად ექიმთა ჯგუფებად გაერთიანებისა, კლინიკური საკითხების გადაწყვეტისას, ან დამხმარე პერსონალის თუ სამედიცინო ტექნიკის გამოყენების თვალსაზრისით, კოოპერირება არ არის საკმარისად ძლიერი, რაც ამცირებს რესურსების გამოყენების ეფექტურობას.

< რეფორმის რადიკალზმმა გამოიწვია ექიმთა და სხვა სამედიცინო პერსონალის უმუშევრობის ზრდა.

< პოლიკლინიკები ნაკლებად სიცოცხლისუნარიანი აღმოჩნდნენ. მათი უმრავლესობა ან საერთოდ არ მოქმედებს ან უმძიმეს პირობებში ფუნქციონირებს. ფაქტიურად, განხორციელდა პოლიკლინიკის ინსტიტუტის დანგრევა.

მოდელის დადებითი მხარეები

< **ადმინისტრაციულ-მმართველობითი პერსონალის შემცირება.** რეფორმის შედეგად განხორციელდა ადამიანური რესურსების ოპტიმიზაცია, უფუნქციოდ დარჩენილი ხელმძღვანელი პირების, ფინანსისტების, სარეგისტრაციო სამსახურის პერსონალის შემცირების თვალსაზრისით.

< **მუშაობის მოცულობის გაზრდით დაინტერესება.** მკვეთრად გაიზარდა უფრო მეტი მოცულობით და ინტენსიურად მუშაობის დაინტერესება. ექიმების მუშაობის მიახლოებითი გრაფიკი შემდეგნაირი გახდა: 8:00-დან 18:00-მდე კვირაში ხუთი დღე, ყოველდღიური ვიზიტი

პაციენტთან ბინაზე (ზმირად მუშაობა შაბათ-კვირის განმავლობაშიც ხდება). განსაკუთრებით მაღალია ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა დატვირთვა, ისინი დილით მიღებას აწარმოებენ, საღამოს კი - ბინაზე ვიზიტებს. ასეთი ექიმი დღის განმავლობაში საშუალოდ 35 პაციენტს ნახულობს, მათ შორის 7-ს - ბინაზე. ყველა კატეგორიის ექიმთა საშუალო სამუშაო კვირა ზმირად 50 საათს აჭარბებს.

< **ზოგადი პრაქტიკის ექიმთა დაინტერესება გაზარდონ თავისი ფუნქციები.** ექიმები ცდილობენ იტვირთონ ყელ-ყურ-ცხვირის, ნევროპათოლოგიის, ზოგჯერ ქირურგის და პედიატრის მოვალეობები.

< **ექიმის დამოუკიდებელი სტატუსი.** ექიმები ახალი სისტემის ერთ-ერთ დადებით თვისებად ადმინისტრაციისაგან დამოუკიდებლობას, აგრეთვე, თავიანთი დროისა და რესურსების განკარგვაში თავისუფლებას აღნიშნავენ.

< **პაციენტის ინტერესთა მიმართ ყურადღება.** შემოსავალი დამოკიდებულია გაცემული სამუშაოს რაოდენობაზე, რის გამოც ექიმები ცდილობენ პაციენტთა მოთხოვნილების დაკმაყოფილებას.

< **სუსტი სპეციალისტების გაცხრილვა.** ზოგიერთმა ექიმმა რეფორმის პერიოდში ვერ შეძლო კერძო პრაქტიკის მიღების უფლების მოპოვება, ამიტომაც ისინი იძულებულნი გახდნენ გასულიყვენ პენსიაზე ან საერთოდ შეეცვალათ სამსახური.

დასავლეთ გერმანიის მოდელის საქართველოში გასათვალისწინებელი დადებითი მხარეები

რა შეიძლება გამოყენებულ იქნას საქვეთო პრაქტიკის შექმნაზე აღებული კურსის რეალიზაციაში ყოფილი გღრ-ის მაგალითიდან:

< გასათვალისწინებელია იმ ექიმზე შეღავათიანი გრძელვადიანი კრედიტების გაცემის მაგალითი, ვისაც გააჩნია შესაბამისი კვალიფიკაცია და სურვილი აქვს გამოეყოს პოლიკლინიკას და გახსნას საკუთარი პრაქტიკა. კრედიტის პირობად საუკლებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის ტერიტორიული პროგრამების რეალიზაციაში ექიმთა მკაცრი სახელშეკრულებო ვალდებულებები და ასევე საქვეთო პრაქტიკაზე და მომსახურებათა განსაზღვრულ პაკეტზე ლიცენზიის მიღება უნდა გახდეს.

< მიზანშეწონილია კერძო პრაქტიკის ექიმთა სულ ცოტა ხუთი წლით განთავისუფლება გადასახადებისაგან მათი საუკლებულო ჯანმრთელობის დაზღვევაში მონაწილეობისას;

< ფინანსური პოლიტიკა უნდა ითვალისწინებდეს ზოგადი საქვეთო პრაქტიკის უპირატესი განვითარების ხელშეწყობას. კერძოდ, მიზანშეწონილია, რომ სულადობრივ მეთოდთან ერთად შესრულებული სამუშაოს მეთოდით ანაზღაურების პრინციპის გამოყენება.

< ამბულატორიული რგოლის ეფექტურობის გაზრდა. შრომითი რესურსების რესტრუქტურისაცა. ზოგადი პრაქტიკის ექიმების წილის გაზრდა სპეციალისტების წილთან შედარებით.

< ექიმებისათვის კერძო პრაქტიკის გახსნის უფლების ხელშეწყობა კანონმდებლობითი საფუძვლების უზრუნველყოფით, რომელიც მხოლოდ ექიმის მიერ პროფესიონალური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილებაზე იქნება დამოკიდებული.

< მოსახლეობას უნდა მიეცეს ექიმის თავისუფალი არჩევის და ნახევარწელიწადში ერთხელ მისი გადარჩევის უფლება.

აღმოსავლეთ გერმანიის გამოცდილების ბევრი ასპექტი ამტკიცებს საბაზრო ეკონომიკის პირობებში დამოუკიდებელ საქვეთო პრაქტიკაზე გადასვლის უპირატესობას პოლიკლინიკურ სისტემასთან შედარებით. რაც მთავარია, ის შესაძლებლობას გვაძლევს კრიტიკული თვალთშეხედვით ამ რეფორმის წარმატებებსა და ნაკლოვანებებს და ჩვენს ქვეყანაში მიმდინარე ჯანდაცვის სექტორის რეფორმაში გავითვალისწინოთ ყოველი ასეთი დადებითი თუ უარყოფითი

გაკვეთილი. გერმანიის მაგალითმა დადასტურა პირველადი ჯანდაცვის სწრაფი და ეფექტური რეფორმირების შესაძლებლობა და ამ პროცესში კომპლექსური მიდგომისა და რესურსების სწორი დაგეგმვისა და წარმართვის აუცილებლობა.

29.6. ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურების დაფინანსების მეთოდები აღმოსავლეთ ევროპისა და პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში

გასული საუკუნის უკანასკნელ ათწლეულში მნიშვნელოვანი ცვლილებები განხორციელდა აღმოსავლეთ ევროპისა და პოსტსაბჭოთა ქვეყნებში. კერძოდ, პერსონალის სახელმწიფოს მიერ დაქირავებისა და ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების მოდელი შეიცვალა ხელშეკრულებით ურთიერთობებზე დამყარებული მოდელით, სადაც გამოიყენება ექიმის ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდები (სულადობრივი, ფიქსირებული ხელფასით, სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდები).

ცხრილი 13: აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში გამოყენებული ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური სამედიცინო დახმარების დაფინანსების მეთოდები

ქვეყანა	ანაზღაურების მეთოდი
ალბანეთი	სულადობრივი
ბულგარეთი	გლობალური ბიუჯეტი და ფიქსირებული ხელფასი
ჩეხეთი	სერვისების მიხედვით, გამიზნულია სულადობრივის დანერგვა
ხორვატია	სერვისების მიხედვით, სულადობრივი
უნგრეთი	სულადობრივი
მაკედონია	სულადობრივი
პოლონეთი	გლობალური ბიუჯეტი და ფიქსირებული ხელფასი, 1999 წლიდან სულადობრივი, სერვისების მიხედვით
რუმინეთი	გლობალური ბიუჯეტი და ფიქსირებული ხელფასი, 1999 წლიდან სულადობრივი, სერვისების მიხედვით
სლოვაკია	სერვისების მიხედვით, ექსპერიმენტით სულადობრივთან ერთად
სლოვენია	სულადობრივი და სერვისების მიხედვით
ესტონეთი	სულადობრივი და სერვისების მიხედვით
სომხეთი	სულადობრივი და სერვისების მიხედვით
რუსეთი	ფიქსირებული ხელფასი

წყარო: PHARE, Recent reforms (Annex); WHO, Health Care Systems in Tranzition, 2000.

ესტონეთის ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებული რეფორმების შედეგად პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დასაფინანსებლად შემოდებულ იქნა სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი. შემოსავლების გაზრდის მიზნით მნიშვნელოვნად გაიზარდა მომსახურების მოცულობა, რამაც ჯანდაცვის ხარჯების ზრდა განაპირობა. ამის აღმოსაფხვრელად საავადმყოფოს სალაროებმა ჯანდაცვის ყოველი ცენტრისათვის შეიმუშავეს ლიმიტები, რომელიც განისაზღვრებოდა მოსახლეობისა და ექიმების რაოდენობის, აგრეთვე ჯანდაცვის თითოეული ცენტრის მიერ უკანასკნელ წლებში შესრულებული სამუშაოს მოცულობის მიხედვით. ანაზღაურება არა ცალკეული ვიზიტი, არამედ თითოეული შემთხვევა. საკონსულტაციო ვიზიტში შედის დაავადების

აღწერა, გამოკვლევა, დიაგნოზი, მკურნალობის საწყისი ეტაპი, რეცეპტის გამოწერა, ჯანმრთელობის გაუმჯობესებისა და დაავადების პროფილაქტიკისათვის საჭირო რეკომენდაციები. სამედიცინო დოკუმენტაციის შევსება, მკურნალობის მარტივი სახეები (მაგ. ინექციები), ლაბორატორიული გამოკვლევები. სხვა სახის ლაბორატორიული გამოკვლევებისა და მკურნალობის მეთოდების საჭიროების შემთხვევაში ანაზღაურება ხორციელდება წინასწარ დადგენილი ტარიფების შესაბამისად.

რეფორმების შედეგად შემუშავებულ იქნა ოჯახის ექიმზე დაფუძნებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მოდელი. ოჯახის ექიმს სამედიცინო სადაზღვევო ფონდთან აქვს დადებული ხელშეკრულება, ოჯახის ექიმი ჯანდაცვის სისტემაში მთავარ მეკარიბჭეს ჭარმოდგენს, სპეციალისტებთან კონსულტაცია მხოლოდ მისი მიმართვის შემდეგაა შესაძლებელი. თუმცა, ზოგ შემთხვევაში (ოფთალმოლოგთან, დერმატო-ვენეროლოგთან, გინეკოლოგთან, ფსიქიატრთან, ფთიზიატრთან, სტომატოლოგთან და ტრავმის დროს ქირურგთან ვიზიტები) იგი არ ატარებს სავალდებულო ხასიათს. ოჯახის ექიმებმა რომ არ გაართულონ პაციენტის სპეციალისტებთან მიმართვიანობის პროცესი, საავადმყოფოს საღარო ცალკე აფინანსებს სპეციალისტებთან ვიზიტებს.

მინისტრის მიერ გამოცემული დეკრეტის შესაბამისად რეფორმა დაიწყო 1997 წელს. იგი შემდეგ ეტაპებად დაიგეგმა:

< ოჯახის ექიმების შერჩევა

< მოსახლეობის რეგისტრაციის განხორციელება ოჯახის ექიმებთან

< დაფინანსების ახალი მეთოდის დანერგვა, რომელიც გულისხმობს ოჯახის ექიმების მიერ სამედიცინო სადაზღვევო ფონდთან ხელშეკრულებას გააფორმებას.

დადგინდა ერთ ექიმთან რეგისტრაციისათვის საჭირო მოსახლეობის რაოდენობა. იგი შეადგენდა 1500 – 2300 მოსახლეს ერთ ექიმთან, გამონაკლისს წარმოადგენდნენ შორეული რაიონები და მცირე კუნძულები. 1997 წლის ოქტომბერში მინისტრის დეკრეტით დამტკიცდა ოჯახის ექიმის მიერ შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა (ჩამონათვალი) და დაფინანსების წესი.

გამოთვლილ იქნა, რომ ქვეყნის მასშტაბით პირველადი სამედიცინო მომსახურებისათვის საკმარისი იყო 808 ოჯახის ექიმი. 1998 წელს 391 ოჯახის ექიმი და პედიატრი შეუდგა საქმიანობას დაფინანსების ახალი წესით. 1999 წლისათვის მათ რიცხვმა 493-ს მიაღწია. თავდაპირველად მოსახლეობის რეგისტრაცია შენელებული ტემპებით მიმდინარეობდა, 1997 წლის ნოემბრისათვის ზოგიერთ მხარეში მოსახლეობის მოცუამ 80 %-ს მიაღწია. ექიმთან რეგისტრირებული პაციენტთა სიების ანალიზისათვის საავადმყოფოს საღაროებში დაინერგა საინფორმაციო ტექნოლოგიები. აღსანიშნავია, რომ რეფორმა ყველაზე ეფექტურად და დროულად სოფლად და სამხარეო ცენტრებში განხორციელდა. რეფორმას ყველაზე უფრო კონსერვატიულად და კრიტიკულად ტალინი შეხვდა, რაც გასაკებია, რადგან ტალინში ბევრი სპეციალისტია დასაქმებული და შეინიშნება მსხვილი პოლიკლინიკები დიდი რაოდენობა.

ოჯახის ექიმის ანაზღაურება ხორციელდება შერეული მეთოდით, რომელიც მოიცავს დაფინანსების შემდეგ მეთოდებს:

< ყოველთვიური სულადობრივი ანაზღაურება თითოეული დარეგისტრირებული პირისათვის, რომელიც ფარავს მომსახურების უმრავლეს სახეს;

< შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურება;

< ფიქსირებული ყოველთვიური დაფინანსება ინფრასტრუქტურის განვითარებისათვის (მოწყობილობები);

< ყოველთვიური დანამატები (ოჯახის ექიმის განათლების დონის ამაღლებისათვის საჭირო ხარჯები, გეოგრაფიულად მოშორებულ რაიონებში მომუშავე ოჯახის ექიმებისათვის დამატებითი ანაზღაურება).

1998 წლამდე სულადობრივი ანაზღაურების მარტივი ფორმა იყო გავრცელებული, ანუ იგი ერთ-ნაირი იყო მთელი ქვეყნის მასშტაბით, 1998 წლიდან შემოღებულ იქნა რთული ფორმა, რომელიც ითვალისწინებდა დაფინანსების დიფერენცირებას ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (0-დან 2 წლამდე; 2-70 წლამდე; 70 წელს ზევით). დამატებითი მომსახურების ანაზღაურება ხორციელდება სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდით, რომელიც ლიმიტირებულია და შეადგენს მაქსიმალური სულადობრივი ანაზღაურების 18,4 %-ს. ოჯახის ექიმების კავშირისა და სამედიცინო სადაზღვევო ფონდების შეთანხმებით წინდაწინაა დადგენილი დამატებითი მომსახურების ჩამონათვალი (პრეისკურანტი). გარდა ამისა ექიმებს ეძლევათ ყოველთვიური დანამატი სამედიცინო დაწესებულებიდან გეოგრაფიულად მოშორებულ ადგილებში მუშაობისათვის, განათლების დონის ამაღლებისათვის, მუშაობის წარმოებისათვის საჭირო ფიქსირებული თანხა. ამგვარად, ოჯახის ექიმის ანაზღაურება დამოკიდებულია არამარტო მასთან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობაზე, არამედ თუ როგორ მუშაობს იგი, რადგან დამატებითი მომსახურება სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდით ფინანსდება. ექიმები დაინტერესებული არიან გააფართოვონ დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მომსახურების სპექტრი, უზრუნველყონ სამედიცინო დახმარების უწყვეტობა, ხანდაზმული ასაკის პირთა მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯების რისკი კომპენსირებულია სულადობრივი დაფინანსების რთული ფორმის დაწესებით, რომელიც დიფერენცირებულია ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, წახალისებულია სოფლად მუშაობა.

სპეციალიზებულ ამბულატორიულ მომსახურებას უწევენ პოლიკლინიკები და სამედიცინო ცენტრები, საავადმყოფოების ამბულატორიული განყოფილებები და დამოუკიდებელი ექიმი-სპეციალისტები. დამოუკიდებელ ექიმი-სპეციალისტებს ხელშეკრულება აქვთ გაფორმებული სამედიცინო სადაზღვევო ფონდთან და ანაზღაურებას ღებულობენ სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდით. ხელფასის საერთო დონე ლიმიტირებულია ხელშეკრულებით.

ცხრილი 14: ოჯახის ექიმების ყოველთვიური ანაზღაურება ესტონეთში (1998-2003 წწ)

დაფინანსების მეთოდი		1998* \$	1999- 2000 EUR	2001 EUR	2002 EUR	2003 EUR
ყოველთვიური სულადობრივი ანაზღაურება თითოეული დარეგისტრირებული პირისათვის	არადიფერენცირებული	1,0				
	0-2 წლ		1,28	1,33	1,53	1,76
	2-70 წლ		1,02	1,06	1,22	1,35
	70 წელს ზევით		1,15	1,2	1,37	1,57
სერვისების მიხედვით (მაქსიმუმ სულადობრივი ანაზღაურების %)		18 %	18 %	18 %	18,4 %	18,4 %
ფიქსირებული ყოველთვიური თანხა ინფრასტრუქტურის განვითარებისათვის (მოწყობილობები)		342,5	319,6	319,6	338,1	338,1
ყოველთვიური დანამატები	სამედიცინო დაწესებულებიდან 20-40 კმ-ის მოშორებით	34,2	44,7	44,7	44,7	44,7
	სამედიცინო დაწესებულებიდან 40 კმ-ზე მეტი მოშორებით	68,5	89,5	89,5	89,5	89,5
	ოჯახის ექიმის განათლების დონის ამაღლებისათვის საჭირო ხარჯები		63,9	63,9	63,9	63,9

წყარო: Eesti Haigekassa: Estonian Health Insurance Fund, Tallinn, Estonian Health Insurance Fund, 2004; *Эстония, Изменения в системе здравоохранения 1992 – 1999 годы, Эстонская центральная больничная касса, Таллинн, 2004.

საკონტროლო კითხვები

შემოხაზეთ სწორი პასუხი

1. სულაღობრივი ანაზღაურება გულისხმობს სამედიცინო დაწესებულების დაფინანსებას:
 - ა) საწოლ/დღეების რაოდენობის მიხედვით;
 - ბ) ჩატარებული პროცედურების რაოდენობის მიხედვით;
 - გ) თითოეული პირის მიხედვით;
 - დ) სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის მიხედვით;
 - ე) ყველა პასუხი სწორია.

შემოხაზეთ სწორი პასუხი

2. სულაღობრივი ანაზღაურების დადებითი მხარეებია:
 - ა) ხარჯების ზრდა;
 - ბ) ხარჯების ზრდის შეკავება;
 - გ) ანგარიშსწორების სირთულე;
 - დ) ანგარიშსწორების სიმარტივე;
 - ე) ექიმის "მეკარიბჭის" როლის გაძლიერება;
 - ვ) ექიმის "მეკარიბჭის" როლის დაქვეითება;

შემოხაზეთ სწორი პასუხი

3. სულაღობრივი ანაზღაურების უარყოფითი მხარეებია:
 - ა) ხარჯების ზრდა;
 - ბ) ანგარიშსწორების სიმარტივე;
 - გ) მაღალი რისკის პაციენტების თავიდან მოშორება;

შემოხაზეთ სწორი პასუხი

4. სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი გულისხმობს:
 - ა) თითოეული პირის მიხედვით ანაზღაურებას;
 - ბ) სამედიცინო დახმარების თითოეული ერთეულის მიხედვით ანაზღაურებას;

შემოხაზეთ სწორი პასუხი

4. სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის დადებითი მხარეებია:
 - ა) სამედიცინო დახმარების დაბალი ხარისხი;
 - ბ) სამედიცინო დახმარების მაღალი ხარისხი;
 - გ) იზრდება აქტიურობის დონე;
 - დ) მცირდება აქტიურობის დონე.

შემოხაზეთ სწორი პასუხი

5. სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის უარყოფითი მხარეებია:
 - ა) ხარჯების შემცირება;
 - ბ) ხარჯების ზრდა;
 - გ) პრევენციულ ღონისძიებებზე ნაკლები ყურადღება;
 - დ) ანგარიშსწორების სიმარტივე;
 - ე) ანგარიშსწორების სირთულე;
 - ვ) მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები;
 - ზ) დაბალი ადმინისტრაციული ხარჯები;

6. ძირითადად რისთვის იყენებენ მიზნობრივ ანაზღაურებას ?
7. ჩამოთვალეთ სერვისების მიხედვით ანაზღაურების სახეები
8. სულადობრივი ანაზღაურების რა ფორმები არსებობს ?
9. დაასახელეთ სულადობრივი ანაზღაურების რთული ფორმის ძირითადი ფაქტორები.

ლიტერატურა

1. Keeler E. B. Brode M. Economic incentives in the choice between vaginal delivery and Caesarean section, *Milbank Q.* 1993. Vol. 71, N 3. P. 365-404.
2. Busse R, Reisberg A. Health Care System in Transition: Germany, Copenhagen, WHO. Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
3. ი. შეიშანი. “ჯანდაცვის სისტემის მართვისა და დაფინანსების რეფორმირება”, მოსკოვი, 1998წ.
4. Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас, Реформы системы здравоохранения в Европе, Москва, 2000.
5. თ. სირბილაძე, DRG-ის მეთოდი, საპრეზენტაციო მასალა, თბილისი, 2007 წ.
6. ე. ნაცვლიშვილი, ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაფინანსების მეთოდები გერმანიაში, საპრეზენტაციო მასალა, თბილისი, 2007 წ.
7. Saltman R.B and Figueras J. (Ed.) European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 1997.
8. Шейман И.М. Экономика Здравоохранения, Москва, ТЕИС, 2001.
9. С. Виттер; Т. Енсор; Введение в Экономику Здравоохранения для Стран Восточной Европы и СНГ. Центр Экономики Здравоохранения Университет Уорка.
10. Witter S. and Ensor T. Health economics for Developing Countries. The University of York, Centre for Health Economics International Programme. Macmillan, 2000.

თავი XXX

სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების მეთოდები

30.1. სტაციონარული სამედიცინო დახმარების დაფინანსების მეთოდების კლასიფიკაცია

სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების მეთოდის არჩევა უფრო რთულია ვიდრე ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურების, რადგან იგი ყველაზე ძვირადღირებულ სახეს წარმოადგენს. დიდია სტაციონარულ სისტემაში ცირკულირებადი სახსრების მოცულობაც. აღნიშნულის გათვალისწინებით, არასწორად არჩეულმა დაფინანსების მეთოდმა შესაძლებელია მოახდინოს ჯანდაცვის ხარჯების მკვეთრი ზრდა.

ბევრ ქვეყნებში ჩატარდა სტაციონარის დაფინანსების მეთოდების კრიტიკული ანალიზი (Cleverley W., 1992; De Pourville G. et al., 1994; Conrad D. et al., 1996; Шейман И.М., 1998), მაგრამ კვლევებმა ვერ შეძლეს როგორც ეკონომიკურად, ასევე სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე გავლენის პოზიციებიდან სტაციონარის ოპტიმალური დაფინანსების მეთოდის შერჩევა¹.

ჩვენთვის, სადაც სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის კონკურენტული მოდელის შემოღებისას სტაციონარის დაფინანსებისათვის შემოღებულ იქნა პაციენტის ფაქტიურად გატარებული საწოლ-დღეების მიხედვით (რეტროსპექტული ანაზღაურება) და ფაქტიურად ჩატარებული გამოკვლევების, პროცედურების და გამოყენებული მედიკამენტების მიხედვით დაფინანსება (ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურებაც ფინანსდებოდა სერვისების მიხედვით), მკვეთრად გაიზარდა ჯანდაცვის ხარჯები. ჯანდაცვაზე მიმართული თანხების გაორმაგების (სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანი შეადგენდა შრომის ანაზღაურების 13,5 %-ს) მიუხედავად სადაზღვეო ორგანიზაციები გაკოტრების წინაშე დადგნენ, რასაც მოჰყვა სამედიცინო პერსონალის გაფიცვები¹. ამგვარად, არაადექვატური დაფინანსება განაპირობებს ჯანდაცვის დაფინანსების და ორგანიზაციული სისტემის მოშლას.

განვითარებული ქვეყნები გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსებაზე გადავიდნენ სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის მოთხოვნის და მისი ღირებულების ღრმა ანალიზის შედეგად. აღნიშნული შესაძლებელია გახდეს წინათ გამოყენებული სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის შედეგად. საქართველოში, სადაც რეფორმამდე საავადმყოფოები ფინანსდებოდა ბიუჯეტურ-მუხლობრივი ანაზღაურების მეთოდით და არ იყვნენ დაინტერესებული პაციენტთა ინტენსიური მკურნალობით, გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების მეთოდის გამოყენებამ შესაძლოა განაპირობოს არსებული დისპროპორციის შენარჩუნება. გლობალური ბიუჯეტის ეფექტურად გამოყენებისათვის, აუცილებელია სტაციონარული სამედიცინო მომსახურებაზე დასაბუთებული მოთხოვნის ცოდნა პროფილების, სიმძიმის, ინტენსიურობის მიხედვით, აგრეთვე მისი ღირებულებისა და სტაციონარების სარეზერვო შესაძლებლობების შესახებ ინფორმაციის ქონა. რეზერვების გამოვლენას ხელს უწყობს მკურნალობის დასრულებული შემთხვევების ანაზღაურება წინასწარ დადგენილი ტარიფების მიხედვით (პროსპექტული ანაზღაურება): დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებების (DRG) მეთოდით ანაზღაურება. აღნიშნული მეთოდი სტაციონარული სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის სტრუქტურის ანალიზის ჩასატარებლად საჭირო ინფორმაციის შეგროვების საშუალებას იძლევა, რომელიც აუცილებელია საავადმყოფოების რესტრუქტურისათვის.

აქვე აღსანიშნავია, რომ თუ პოლიკლინიკებს არ მიეცემათ ჰოსპიტალიზაციის შესაკავებლად აუცილებელი სტიმულები, სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების დასაფინანსებლად პროსპექტული მეთოდის გამოყენება სტაციონარულ მომსახურებაზე ხარჯების გაზრდას განაპირობებს, ხოლო ფინანსური საშუალებების დეფიციტის პირობებში – ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურების მწირი სახით დაფინანსებას. ასეთ პირობებში სტაციონარული მომსახურება ფინანსდება პოლიკლინიკების საზიანოდ. იგივე მდგომარეობა აღინიშნება საქართველოში, სადაც საავადმყოფოები გადავიდნენ მკურნალობის დასრულებული შემთხვევების ანაზღაურების მეთოდზე.

სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების დასაფინანსებლად შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ისეთივე მეთოდები რაც ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების დროს. ასე მაგალითად, სულადობრივი ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებისას საავადმყოფოს ბიუჯეტი დგინდება გარკვეულ ტერიტორიულ არეალში მცხოვრები მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით. თუმცა აღნიშნული მეთოდის გამოყენებისას მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს გეოგრაფიული არეალის გარეთ მცხოვრები მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების გაწევა.

სტაციონარული სამედიცინო დახმარების დასაფინანსებლად უმთავრესად სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი გამოიყენება. სტაციონარული სამედიცინო დახმარების სერვისების მიხედვით ანაზღაურების სხვადასხვა სახე არსებობს:

ანაზღაურება ხარჯების მუხლების მიხედვით, სამედიცინო დახმარების შეთანხმებული მოცულობის საფუძველზე (ნამკურნალევი პაციენტთა რაოდენობა, ოპერაციების რაოდენობა – გლობალური ბიუჯეტი);

ანაზღაურება თითოეული პაციენტის ჰოსპიტალიზაციაზე ფაქტიურად გაწეული ხარჯების მიხედვით (ფაქტიურად გაწეული მომსახურების დეტალური კალკულაციის საფუძველზე);

სტაციონარში ფაქტიურად გატარებული საწოლ-დღეების მიხედვით ანაზღაურება (შესაძლებელია საწოლ-დღის და მის ღირებულებაში არშესული ოპერაციების, რთული მანიპულაციების და გამოკვლევების ცალ-ცალკე დაფინანსება);

ჰოსპიტალიზაციის დასრულებული შემთხვევების ანაზღაურება ტარიფების მიხედვით, რომლებიც დიფერენცირებულია მიღებული კლასიფიკაციის შესაბამისად (დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებები – DRG; სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტები, კლინიკურ-სტატისტიკური ჯგუფები);

ანაზღაურება შემთხვევის საშუალო ღირებულების მიხედვით.

ცხრილი 1: საავადმყოფოს ანაზღაურების მეთოდები დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში

ქვეყანა	მუხლობრივი	შემთხვევის მიხედვით	გლობალური ბიუჯეტი	გლობალური ბიუჯეტის და DRG/ შემთხვევის მიხედვით კომბინაცია
დანია		X	X	
ინგლისი				X
ფინეთი		X		
ირლანდია				X
ნორვეგია				X
შვეცია				X
იტალია				X
პორტუგალია				X
ესპანეთი				X
ავსტრია				X
ბელგია				X
საფრანგეთი				X
გერმანია				X

წყარო: J. Figueras, R. Robinson, E. Jakubowski Purchasing to improve health systems performance, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006

ცხრილი 2: საავადმყოფოს ანაზღაურების მეთოდები აღმ. ევროპის და ყოფილი სსრკ ქვეყნებში

ქვეყანა	მუხლობრივი	პერ-დიემი	შემთხვევის მიხედვით	გლობალური ბიუჯეტი
ალბანეთი				X
სომხეთი			X	X
აზერბაიჯანი	X			
ბოსნია, ჰერცეგოვინა				X
ბულგარეთი			X	X
ხორვატია		X		X
ჩეხეთი			X	X
ესტონეთი		X	X	
საქართველო			X	X
უნგრეთი			X	
ყაზახეთი	X		X ნაწილობრივ	
ყირგიზეთი			X	
ლატვია		X	X	
ლიტვა			X	
პოლონეთი			X	
მოლდავეთი	X			

რუმინეთი			X	X
რუსეთი		X	X	X
სლოვაკეთი		X		ჩამოყალიბების პროცესში
სლოვენია			X	?
ტაჯიკეთი	X			
თურქმენეთი	X		X	ჩამოყალიბების პროცესში
თურქეთი	X			
უკრაინა	X			ჩამოყალიბების პროცესში
უზბეკეთი	X		ჩამოყალიბების	

წყარო: Langenbrunner et al; Dixon *et al.* (2004).

ცხრილი 3: სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის sxva meTodebTan Sedareba

	ქვეყანა	თავისებურება	წყარო
DRG-ის სისტემის დანერგვისას	ა.შ.შ.	საწოლზე დაყოვნება შემცირდა 9 %-ით, თითოეულ მიმართვაზე ხარჯები 14 %-ით შემცირდა	Rosko and Broyles, 1987
შემთხვევის მიხედვით ანაზღაურების შედარება ჭრ დიემ-თან	ბრაზილია	შემცირდა ჰოსპიტალიზაციისა და საწოლზე დაყოვნების მაჩვენებელიE	Rodrigues, 1989
სულაღობრივი მეთოდის შედარება სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდთან	ა.შ.შ.	ჰოსპიტალიზაციის და საწოლზე დაყოვნების დაბალი დონე; მცირე განსხვავება სამედიცინო დახმარების ხარისხის თვალსაზრისით	Robinson and Steiner, 1998
ფიქსირებული ხელფასის მეთოდთან შედარება	სამხრეთ აფრიკა	სამედიცინო პერსონალის დიდი რაოდენობა, სამედიცინო დახმარების მაღალი ხარისხი	Boomberg and Price, 1990
სულაღობრივ მეთოდთან შედარება	რუსეთი	დიდი ხარჯები	Barr and Friedl. 1996
თითოეულ პაციენტზე გათვლილ საშუალო ხარჯთან შედარება	ჩინეთი	თითოეულ პაციენტზე გათვლილი საშუალო ხარჯითანაზღაურებისას ხარჯები მცირდება	World Bank, 1995

წყარო: ს. ვიტტერი, ტ. ენზორი, მ. იოვეტი, რ. თომპსონი. ჯანდაცვის ეკონომიკა. იორკის უნი-ვერსიტეტი, ჯანდაცვის ეკონომიკის ცენტრი, 2000 წ. გვ. 221.

ცხრილი 4: პროაიდერების ანაზღაურების მეთოდები და პროაიდერების ქცევის სტიმულები

მეთოდი	პროაიდერების ქცევის სტიმულები		
	პრევენცია	სერვისების წარმოება/მიწოდება	ხარჯების შეკავება
მუხლობრივი ბიუჯეტი	+/-	—	+++
სერვისების მიხედვით	+/-	+++	— — —
პერ დიემი	+/-	+++	— — —
შემთხვევის მიხედვით (DRG)	+/-	++	++
გლობალური ბიუჯეტი	++	— —	+++
კაპიტაციური	+++	— —	+++

წყარო: WHO (2000); Jegers *et al.* (2002).

30.2. ანაზღაურება თითოეულ პაციენტზე ფაქტიურად გაწეული ხარჯების მიხედვით

ანაზღაურება თითოეული პაციენტის პოსპიტალიზაციაზე ფაქტიურად გაწეული ხარჯების მიხედვით გულისხმობს ანაზღაურებას ფაქტიურად გაწეული მომსახურების დეტალური კალკულაციის საფუძველზე. რადგანაც ანაზღაურება ხორციელდება თითოეული პროცედურის მიხედვით, სამედიცინო დაწესებულება დაინტერესებულია მეტი გამოკვლევები და სამკურნალო ღონისძიებები ჩაუტაროს პაციენტს, რაც თავის მხრივ, განაპირობებს, როგორც მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის ფასის ზრდას, ასევე არაიშვიათად, ნაკლებად საჭირო, მაგრამ ძვირადღირებული პროცედურების ჩატარებას.

სამედიცინო მომსახურების თითოეულ სახეზე (გამოკვლევები, მანიპულაციები, ოპერაციები) ცენტრალიზებულად დგინდება ტარიფები. მედიკამენტები, კვება, სასტუმროს ხარჯები (უკანასკნელი ორი კომპონენტი ჩვეულებრივ წინანსწარ დადგენილი ფასით ანაზღაურდება) დამატებით ანაზღაურდება.

დადებითი მხარეები:

- < სამედიცინო პერსონალი დაინტერესებულია თითოეულ პაციენტს ჩაუტაროს სამედიცინო მომსახურების მაქსიმალური რაოდენობა;
- < შესაძლებლობას იძლევა შეგროვდეს გაწეული სამედიცინო მომსახურების სტრუქტურის დეტალური მონაცემები;

უარყოფითი მხარეები:

- < ხარჯების მოცულობა არაპროგნოზირებადია;
- < პაციენტებს შესაძლოა ჩაუტარდეთ არასაჭირო სამედიცინო მომსახურება;
- < სამედიცინო პერსონალი ფინანსური საშუალებების ეფექტური გამოყენებით არ არის დაინტერესებული;
- < გაწეული მომსახურების დიდი მოცულობა განაპირობებს მათი დამუშავებისათვის საჭირო მაღალ ხარჯებს.

ანაზღაურების აღნიშნული მეთოდი, არაპროგნოზირებადი ხარჯების გამო, მოითხოვს დიდი რაოდენობით ფინანსურ საშუალებებს. ასე მაგალითად, იაპონიაში, სადაც აღნიშნული მეთოდი გამოიყენება, სოციალურ ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემას ფინანსური საშუალებების სამთვიანი შეუმცირებელი მარაგი გააჩნია (თითქმის ნულოვანი ინფლაციის პირობებში).

30.3. ანაზღაურება სტაციონარში ფაქტიურად გატარებული საწოლ-დღეების მიხედვით

1980-იან წლებში კანადაში, იაპონიაში და დასავლეთ ევროპის ბევრ ქვეყნებში სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსება ძირითადად სტაციონარში ფაქტიურად გატარებული საწოლ-დღეების მიხედვით ხორციელდებოდა. უკანასკნელ წლებში საწოლ-დღის ღირებულება გამოიყენება, როგორც გლობალური ბიუჯეტის გამოთვლის ერთეული. ამისათვის, სტაციონარში გატარებული საწოლ-დღეების რაოდენობა მრავლდება თითოეული დღის სტანდარტით განსაზღვრულ ღირებულებასზე. დამფინანსებელი ანალიზებს სამედიცინო დაწესებულების დატვირთვის მაჩვენებელს, პაციენტის სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობას, გატარებულ საწოლ-დღეთა რაოდენობას. შემდგომ ეტაპზე დამფინანსებელსა და სამედიცინო დაწესებულებას შორის ურთიერთშეთანხმების საფუძველზე დგინდება ბიუჯეტი.

სხვადასხვა პროფილის (ქირურგიული, თერაპიული, ონკოლოგიური) დაავადებებზე შესაძლებელია დადგინდეს საწოლ-დღის როგორც ერთნაირი ასევე განსხვავებული საშუალო ღირებულება. ცხადია, ერთნაირი ღირებულება ნაკლებად ითვალისწინებს სხვადასხვა დაავადებების სპეციფიკურ ნიშნებს. ასე მაგალითად, ცნობილი ფაქტია, რომ ქირურგიული დაავადებების საწოლ-დღის ღირებულება უფრო ძვირია, ვიდრე თერაპიული პროფილის.

საწოლ-დღეების მიხედვით ანაზღაურების შემდეგი სახეები არსებობს:

< საწოლ-დღეების საშუალო რაოდენობის მიხედვით. ღირებულება მკურნალობის ყველა კომპონენტს შეიცავს;

< საწოლის პროფილის მიხედვით (ქირურგიული, თერაპიული...) განსაზღვრული საწოლ-დღეების საშუალო რაოდენობა, რომლის ღირებულება მკურნალობის ყველა კომპონენტს შეიცავს;

< საშუალო და საშუალოპროფილური საწოლ-დღეები, რომლის ღირებულება არ შეიცავს სამედიცინო დახმარების ზოგიერთ სახეს (მაგ., რთული ქირურგიული ოპერაციები, პარაკლინიკური პროცედურები), რომლებიც ცალკე ანაზღაურდება;

< საშუალო და საშუალოპროფილური საწოლ-დღეები, რომლის ღირებულება არ შეიცავს მკურნალი ექიმების შრომის ანაზღაურებას (იგი სერვისების მიხედვით ანაზღაურდება).

სხვადასხვა ქვეყნებში საწოლ-დღის ღირებულების განსაზღვრისადმი განსხვავებული მიდგომა არსებობს. მაგალითად, რუსეთში საწოლ-დღის ღირებულება საავადმყოფოს განყოფილებების პროფილის მიხედვით დგინდება (ი. შეიმანი, 2001 წ.)². ევროპის ბევრ ქვეყნებში საწოლ-დღის ღირებულებაში არ შედის ქირურგიული ოპერაციების ღირებულება, რომელიც ცალკე ანაზღაურდება. ზოგ ქვეყნებში საწოლ-დღის ღირებულებაში არ შედის მკურნალი ექიმის ხელფასი, რომელიც ცალკე, სერვისების მიხედვით ანაზღაურდება.

დადებითი მხარეები

ანაზღაურების აღნიშნული მეთოდისათვის დამახასიათებელია ანგარიშსწორების სიმარტივე, რადგან მცირდება დასამუშავებელი ანგარიშების მოცულობა. საავადმყოფოების დასაფინანსებლად ხორციელდება პაციენტის მიერ სტაციონარში გატარებულ დღეთა დათვლა,

რომელიც თითოეული დღის განსაზღვრულ ღირებულებაზე მრავლდება. ასეთი სახის ანგარიშსწორება შედარებით იოლ სამუშაოს წარმოადგენს.

უარყოფითი მხარეები

მეთოდის უარყოფით მხარეს წარმოადგენს სამედიცინო დაწესებულების დაინტერესება, გაახანგრძლივოს პაციენტის სტაციონარში დაყოვნება და შესაბამისად გატარებულ საწოლ-დღეთა რაოდენობა. ცხადია, საავადმყოფოს ძირითადი დატვირთვა პაციენტის მკურნალობის პირველ დღეებზე მოდის, რადგან იგი დაკავშირებულია მრავალი სადიაგნოზო პროცედურების ჩატარებასთან და არაიშვიათ შემთხვევაში ინტენსიური თერაპიის განხორციელებასთან, რაც მკურნალობის ბოლო დღეებისაგან განსხვავებით შედარებით ძვირი ჯდება. აღნიშნულის გამო საავადმყოფო დაინტერესებულია გაზარდოს მკურნალობის შედარებით იაფი დღეების რაოდენობა. მაგალითად, ქირურგიული ოპერაციების ჩატარების შემდგომ სამედიცინო დაწესებულება ცდილობს გაახანგრძლივოს პაციენტის სტაციონარში დაყოვნება, თუმცა შეიძლება მისი დროზე ადრე გაწერა და მკურნალობის ამბულატორიულ პირობებში გაგრძელება.

სტაციონარში დაყოვნების ხელოვნურად გახანგრძლივების წინააღმდეგ ზოგიერთ ქვეყანაში შემოღებულია ნოზოლოგიური სტანდარტები, რომლის ზევით გატარებული საწოლ-დღეების ღირებულების ანაზღაურება შედარებით დაბალი ფასებით ხორციელდება. ზოგიერთ ქვეყანაში სტანდარტს ზევით გატარებული საწოლ-დღეები საერთოდ არ ანაზღაურდება. მაგალითად, საფრანგეთში სტაციონარში 20 დღეზე მეტი დაყოვნების შემთხვევაში აუცილებელია დამფინანსებლის (სადაზღვევო ფონდის) თანხმობა².

გარდა ზემოაღნიშნულისა, უარყოფითი მხარეების გამოსასწორებლად გამოიყენება შემდეგი ღონისძიებები:

- < პაციენტის სტაციონარში გატარებულ პირველ და შემდგომ დღეებზე დიფერენცირებული ფასია დადგენილი (პირველი სამი დღე უფრო ძვირი ღირს ვიდრე სხვა დღეები);
- < თითოეული ნოზოლოგიის მიხედვით ჰოსპიტალიზაციის სავარაუდო ვადები წინდაწინ დადგენილია. სტაციონარში სტანდარტს ზევით დაყოვნების შემთხვევაში აუცილებელია დამფინანსებლის თანხმობა;
- < მიზანშეწონილია ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის დასაბუთება სპეციალური ექსპერტიზის საშუალებით;
- < დამფინანსებელი (სადაზღვევო ფონდი) სამედიცინო დაწესებულებასთან შეთანხმების საფუძველზე ადგენს გასატარებელ საწოლ-დღეთა რაოდენობას და შესაბამისად ასანაზღაურებელ თანხას, რომლის ფარგლებში ხორციელდება ცალკეული პაციენტის სტაციონარული მკურნალობის ღირებულების დაფინანსება (გლობალური ბიუჯეტის პრინციპი). ამ შემთხვევაში საწოლ-დღე გვევლინება, როგორც გლობალური ბიუჯეტის განსაზღვრის ერთეული. ამჟამად, დასავლეთ ევროპის ბევრ ქვეყნებში, სწორედ ასეთი მიდგომაა გავრცელებული.

პირველ შემთხვევაში სტაციონარში გატარებულ პირველ და შემდგომ დღეებზე დიფერენცირებული ფასია დადგენილი (მაგ., ესტონეთში). პირველი სამი, უფრო ძვირადღირებული დღე საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით ორმაგად ანაზღაურდება. ამ მეთოდით შესაძლებელია სტაციონარში პაციენტის დაყოვნების შემცირება, მაგრამ ამავე დროს, თუ საავადმყოფო საწოლთა ფონდის დატვირთვითაა დაინტერესებული (მაგალითად, საკმაოდ დიდი მუდმივი ხარჯების გასამართლებლად), მაშინ გატარებულ საწოლ-დღეთა რაოდენობა მაინც გაიზრდება (ისაკოვა, შეი-მანი, 1994).

მეორე შემთხვევაშიც აღინიშნება უარყოფითი მოვლენების განვითარება. კერძოდ, საავადმყოფო დაინტერესებულია პაციენტის სტაციონარში დაყოვნება სტანდარტით განსაზღვრულ ღონემდე გაზარდოს, თუმცა სტაციონარული მკურნალობის კურსი დასრულებულია და მკურნალობის

გაგრძელება შესაძლებელია ამბულატორიულ პირობებში. მაგალითად, როდესაც აპენდექტომიის დროს სტაციონარული მკურნალობის ხანგრძლივობა 8 დღეს შეადგენს, ხოლო კონკრეტულ შემთხვევაში სტაციონარული მკურნალობა 6 დღეზე მეტს არ მოითხოვს, საავადმყოფო ცდილობს 8 დღემდე გაახანგრძლივოს პაციენტის სტაციონარში დაყოვნება (ი. შეიმანი, 2001 წ.). აღნიშნულის გამო, ამ მეთოდის გამოყენებისას სტაციონარები შესაძლებელია გადაიქცეს მინიმალური სამედიცინო მომსახურების სასტუმროებად, რადგანაც რაც უფრო დიდხანსაა პაციენტი საავადმყოფოში განთავსებული, მით მცირეა მასზე ხარჯები. აღნიშნული მოითხოვს სადაზღვევო ორგანიზაციის მხრიდან განსაკუთრებით საფუძვლიან სამედიცინო და ეკონომიკურ კონტროლს.

ექსპერტიზის საშუალებით ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის დასაბუთება მხოლოდ ამკარად გამოხატულ გახანგრძლივებულ შემთხვევებს ავლენს. ყველაზე ეფექტურია გლობალური ბიუჯეტის პრინციპის დანერგვა. დამფინანსებელი (სადაზღვევო ფონდი) სამედიცინო დაწესებულებასთან შეთანხმების საფუძველზე ადგენს გასატარებელ საწოლ-დღეთა რაოდენობას და შესაბამისად ასანაზღაურებელ თანხას, რომლის ფარგლებში ხორციელდება ორივე მხარის შეთანხმება, რომელიც მისაღებია როგორც სამედიცინო დაწესებულებისათვის, ასევე დამფინანსებლისათვის. ამგვარად საწოლ-დღე გამოიყენება როგორც გლობალური ბიუჯეტის განსაზღვრის ერთეული. ევროპის ქვეყნებში, სადაც გლობალური ბიუჯეტის დადგენის გამოთვლის ერთეულად გამოიყენება საწოლ-დღე, მკვეთრად შემცირდა სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა.

30.4. ანაზღაურება ტარიფების მიხედვით (DRG, სამედიცინო-ეკონომიკური სტანდარტები)

ჰოსპიტალიზაციის დასრულებული შემთხვევების ანაზღაურება ტარიფების მიხედვით, რომლებიც დიფერენცირებულია მიღებული კლასიფიკაციის შესაბამისად გულისხმობს დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებებით (Diagnosis-Related Groups - DRG), სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტებით, კლინიკურ-სტატისტიკური ჯგუფებით დაფინანსებას.

დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებებით (DRG), ანუ ერთგვაროვანი დიაგნოზის მქონე ჯგუფებით ანაზღაურების მეთოდი პირველად შემუშავებულ და დანერგილ იქნა ა.შ.შ.-ში 1983 წლის ოქტომბერში, სადაც მანამდე მოქმედებდა ფაქტიურ ხარჯებზე (რეტროსპექტული მეთოდი) დაფუძნებული ანაზღაურება, რაც კატასტროფულად ზრდიდა ჰოსპიტალურ ხარჯებს. ა.შ.შ.-ში ანაზღაურების აღნიშნული მეთოდი გამოყენებულ იქნა ხანდაზმულთა დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის (Medicare) დასაფინანსებლად. დიაგნოზით ერთნაირი დაავადება გაერთიანებულ იქნა ერთ ჯგუფში (დადგინდა ასეთი სახის 473 ჯგუფი), ხოლო თითოეული შემთხვევის ღირებულება თითოეული ჯგუფის ფარგლებში განისაზღვრა. მაგალითად, შტატ ნიუ ჯერსიში ნოზოლოგიათა ერთ ჯგუფში მკურნალობის ღირებულება მერყეობდა 1140 დოლარიდან 3900 დოლარამდე, ხოლო მეორე ჯგუფში 3000-დან 8700 დოლარამდე. ნოზოლოგიათა დაჯგუფებებს ქწოდა დიაგნოზით გაერთიანებული დაჯგუფები (Diagnosis-Related Groups - DRG).

ცალკეული დაავადებების ერთ ჯგუფში გასაერთიანებლად გამოყენებულ იქნა ისეთი კრიტერიუმები, როგორიცაა: დაავადებათა და სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებების ერთგვაროვნება, სამკურნალოდ გამოყენებული საშუალებების მსგავსი მოცულობა და შემადგენლობა. დაავადებათა თითოეულ ჯგუფში გათვალისწინებულია პაციენტის ასაკი, სქესი, თანმხლები დაავადებების არსებობა, ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა.

დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებების დეტალური შესწავლა განხორციელდა იელის უნივერსიტეტში, სადაც გაანალიზებულ იქნა ნიუ-ჯერსის, კონექტიკუტის, სამხრეთ

კალიფორნიის 170 საავადმყოფოს 700 000 დაავადების ისტორია². თითოეული დაავადების ფაქტიური ხარჯების საფუძველზე განისაზღვრა თითოეული ნოზოლოგიური ერთეულის საშუალო ხარჯი. ცალკეული ნოზოლოგიური ერთეულების გარკვეულ ჯგუფებში გაერთიანების შემდეგ დადგინდა თითოეული კლინიკური ჯგუფის ფაქტიური ღირებულების საშუალო მაჩვენებლიდან გადახრა.

სამედიცინო დახმარებისადმი სტანდარტული მიდგომის შესამსუბუქებლად მისი ღირებულების განსაზღვრისას გათვალისწინებულ იქნა ქვეყნის გეოგრაფიული მდებარეობა. ქვეყანა დაყოფილ იქნა 9 გეოგრაფიულ რეგიონად, რომლებიც თავის მხრივ დაიყო ქალაქის, რაიონულ და სოფლის დონეებად. აღნიშნულის გათვალისწინებით, სტანდარტის ღირებულება განსაზღვრულ იქნა საავადმყოფოს, რეგიონისა და ქვეყნის დონეზე. თითოეული საავადმყოფოსათვის განისაზღვრა სტანდარტის ღირებულების საშუალო მაჩვენებლიდან გადახრის დონე, რომელიც წარმოადგენდა განსაზღვრული სამედიცინო დაწესებულების სპეციფიკურობის (სამედიცინო დახმარების დონე, ხასიათი) მახასიათებელს.

ნოზოლოგიური სტანდარტების ღირებულების დადგენისას გათვალისწინებულ იქნა ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა: პერსონალის ანაზღაურების დონე, სამედიცინო დაწესებულების დონე (კლინიკური და სოფლის საავადმყოფოები). ამ და სხვა ფაქტორების გათვალისწინებით სტანდარტის ნორმატივის დიფერენცირება განხორციელდა 18 კატეგორიის მიხედვით.

დამატებითი დაფინანსება განისაზღვრა:

< კლინიკური საავადმყოფოებისათვის, სადაც ძვირადღირებული სამკურნალო-დიაგნოსტიკური მეთოდები გამოიყენება;

< ზოგიერთი რაიონების სოფლის საავადმყოფოებისათვის, რომლებიც სახელმწიფოს მხრიდან გარკვეულ მხარდაჭერას საჭიროებენ;

< ისეთი საავადმყოფოებისათვის, სადაც დაუზღვეველ პაციენტთა და ხანდაზმული ასაკის პირთა დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის (Medicare) მონაწილეთა დიდი ნაწილი მკურნალობენ;

< ძვირადღირებულ კატეგორიის პაციენტებისათვის წინასწარი შეთანხმების საფუძველზე დადგინდა ინდივიდუალური ტარიფები (ა. მ. ნიუ ჯერსის შტატში ტარიფების 50 % თითოეული საავადმყოფოსათვის ცალკე განისაზღვრება) (Glaser, 1993).

დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებების (DRG) მეთოდით შეიქმნა სხვადასხვა დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICDA-8) მერვე სრული გამოცემა. დაყოვნების ხანგრძლივობა დამოუკიდებელ ცვლად მაჩვენებელს წარმოადგენს, რომელიც განსაზღვრავს რესურსების მოხმარების დონეს. იელის უნივერსიტეტში შეიქმნა კომპიუტერული პროგრამა (AUTODRG), რის საშუალებით გამოიყო კატეგორიები, რომლებიც მოიცავდნენ დაყოვნების ხანგრძლივობაზე დაფუძნებულ ნოზოლოგიების ჯგუფებს.

ნოზოლოგიური სტანდარტების ღირებულება ყოველწლიურად იცვლება. მისი ყოველწლიური გადასინჯვა სტანდარტიზაციისა და ინდივიდუალიზაციის პრინციპებს შორის გონივრული დაბალანსების საშუალებას იძლევა. კორექცია ყოველწლიურად ხორციელდება “განახლების ინდექსის” (up-to-date-index) მიხედვით, რომელიც ითვალისწინებს მომავალი წლის მოსალოდნელ და სასურველ ცვლილებებთან დაკავშირებულ ისეთ ხარჯებს, როგორიცაა ახალი ტექნოლოგიების გამოყენება, მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლება, დასაქმებული პერსონალის ხელფასის ზრდა. მეორე მხრივ, “განახლების ინდექსში” გათვალისწინებულია აგრეთვე, საავადმყოფოს ხარჯების მოსალოდნელი შემცირება, რაც დაკავშირებულია ეფექტურობის გაზრდის მიზნით განხორციელებული ისეთი ღონისძიებებით, როგორიცაა: ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების უფრო ინტენსიური განვითარება და შესაბამისად სტაციონარული მომსახურების მოცულობის შემცირება. ინდექსს ადგენს ა.შ.შ.-ის ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების სამინისტროს

სამედიცინო დახმარების დაფინანსების ფედერალური ადმინისტრაციის შემადგენლობაში შემავალი სპეციალური საკონსულტაციო კომისია.

“განახლების ინდექსის” გამოყენებით სახსრების გადანაწილება ხორციელდება ხანდაზმული ასაკის პირთა დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის (Medicare) ფიქსირებული წლიური ბიუჯეტის ფარგლებში, რაც გულისხმობს ერთი საავადმყოფოსათვის ინდექსის გაზრდის შემთხვევაში, მეორე საავადმყოფოსათვის მის შემცირებას.

დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებების (DRG) მიზანია იხელმძღვანელოს აშშ-ის ფედერალური მთავრობის მიერ დადგენილი “მკურნალობის პაკეტის” ანაზღაურების წინასწარ დადგენილი ფასებით სტაციონარის პირობებში (ექიმების კუთვნილი ჰონორარის გამოკლებით). თუ სტაციონარს შეუძლია უზრუნველყოს მკურნალობა DRG-ით გათვალისწინებულზე ნაკლებ ფასში, მაშინ სხვაობა რჩება სტაციონარს; თუ სტაციონარში მკურნალობის ღირებულება აჭარბებს წინასწარ განსაზღვრულ ფასს, მაშინ განსხვავების ანაზღაურებას სტაციონარი იღებს თავის თავზე.

დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებების (DRG) მეთოდი ფართოდ დაინერგა ევროპის სხვადასხვა ქვეყნებში. ქვეყნის სპეციფიკიდან გამომდინარე, მისი განსხვავებული ვარიანტები დანერგილ იქნა შვეციაში (1985), ფინეთში (1987), პორტუგალიაში (1989), კანადაში (1990), დიდ ბრიტანეთში (1992), ირლანდიაში (1993), ავსტრალიაში (1993), იტალიაში (1995), ბელგია (1995), გერმანიაში (შემთხვევების და პროცედურების მიხედვით 1995 წელს; G-DRG 2003 წელს), საფრანგეთში (1997), ავსტრია (1997), შვეიცარია (1997), ესპანეთის კატალონიის რეგიონი (1998), დანიაში (1999), ნორვეგიაში (1999), ნიდერლანდებში (2003), იაპონიაში (დიაგნოზის პროცედურების კომბინაცია - 2003), კორეამ საკუთარი DRG-ის სისტემა განავითარა, მაგრამ ჯერ კიდევ არ დანერგილა (Fischer 2003). დიდ ბრიტანეთში დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებების (DRG) მეთოდი ცნობილია, როგორც სამედიცინო დახმარების სახით ერთმანეთთან დაკავშირებული დაჯგუფები (Health care-Related Groups - HRG), ხოლო რუსეთში კი როგორც – კლინიკურ-სტატისტიკური ჯგუფები.

ნიდერლანდებში საავადმყოფოებისა და ექიმების მიერ გაწეული სტაციონარული მომსახურებების დაფინანსება უმეტესწილად ე.წ. „დიაგნოსტიკური მკურნალობის კომბინაციების“ (Diagnostic Treatment Combinations - DTCs) მიხედვით ხორციელდება, რომლის დროსაც მკურნალობის თითოეული ეპიზოდის ღირებულება წინასწარ დადგენილია და ფიქსირებულს წარმოადგენს³. „დიაგნოსტიკური მკურნალობის კომბინაციების“ (DTCs) 35,000-ის 20%-ში, მზღვეველებსა და საავადმყოფოებს უფლება აქვთ შერჩევითი კონტრაქტების საფუძველზე დააწესონ მკურნალობის „თავისუფალი“ ფასები³. მთავრობა აპირებს ამ პროპორციის გაზრდას 70%-მდე, თუკი შესრულდება გარკვეული წინაპირობები, მაგალითად, თუ გაუმჯობესდება და მიიღწევა რისკების გათანაბრების დაგეგმილი მოდელი³. მთავრობა სადაზღვევო ფონდებთან ერთად ინაწილებს ფინანსურ რისკებს, თუმცა განზრახული აქვს, რომ რისკების შედარებით მეტი წილის მართვა გადასცეს სადაზღვევო ფონდებს, თუკი გაუმჯობესდება რისკების გათანაბრების მოდელი³.

ზოგიერთ ქვეყნებში (რუსეთი, უნგრეთი) დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებების მეთოდი გამოყენებულ იქნა რეტროსპექტიული (შემთხვევების ფაქტიური რაოდენობის ანაზღაურება) ანაზღაურების ერთეულად. კომუნისტური რეჟიმის ნგრევის შემდეგ, აღმოსავლეთ ევროპისა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში, შეინიშნებოდა საბაზრო ეკონომიკის პრინციპებით გატაცება და სამედიცინო დახმარების მოცულობის დაგეგმარებაზე უარყოფითი დამოკიდებულება. ამ ქვეყნებში არ იქნა გათვალისწინებული დაგეგმარებისათვის საჭირო ეკონომიკური ინფორმაციის აუცილებლობა და შესაბამისად არ იქნა დანერგილი სამედიცინო დახმარების ხარისხზე კონტროლის სისტემა. აღნიშნულ ქვეყნებში დადგინდა მხოლოდ ნოზოლოგიური სტან-

დარტის ღირებულება და არა შემთხვევების რაოდენობა (რეტროსპექტული ანაზღაურება), რამაც ერთი მხრივ, ჰოსპიტალიზაციის ვადების შემცირება, ხოლო მეორე მხრივ, დაუსაბუთებელი ჰოსპიტალიზაციის ზრდა გამოიწვია. კონტროლის სისტემის არარსებობისას საავადმყოფო ცდილობს სტანდარტის შემოსაზღვრული ღირებულების კომპენსირებას ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევათა რაოდენობის ზრდით.

1992 წელს უნგრეთში რეტროსპექტული ანაზღაურების ერთეულად დანერგილ იქნა დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებები. შემუშავდა 500 ნოზოლოგიური ჯგუფი, რომელთა ტარიფები დადგინდა ამერიკული კლასიფიკაციური ნიშნების მიხედვით. ტარიფები დიფერენცირებულია საავადმყოფოთა სპეციფიკისა და დონეების მიხედვით. ანაზღაურება ხორციელდება შემთხვევების ფაქტიური რაოდენობის მიხედვით (რეტროსპექტული ანაზღაურება), რომელსაც მთლიანად სადაზღვევო ფონდი ახდენს.

1996 წელს ჩატარებული კვლევებით დადგინდა, რომ უნგრეთში დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებების მეთოდის დანერგვით მკვეთრად გაიზარდა საავადმყოფოების მუშაობის ინტენსიფიკაცია, კერძოდ:

- < გაიზარდა ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევათა რაოდენობა;
- < გაიზარდა დაუსაბუთებელი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევათა რაოდენობა;
- < შეინიშნება სტაციონარული სამედიცინო დახმარების მძიმე ფორმების ზრდა;
- < შემცირდა ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა;
- < გაიზარდა ქირურგიული ოპერაციების, გართულებული შემთხვევების და თანმხლები დაავადებების რაოდენობა;
- < მკვეთრად გაიზარდა საწოლთა ფონდი (115-დან 90 საწოლამდე ყოველ 10 000 მოსახლეზე).

დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებებით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებით მნიშვნელოვნად შემცირდა სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა. პაციენტს ჰოსპიტალიზაციამდე უტარდება დიაგნოსტიკური გამოკვლევები, რის შემდეგაც დგინდება ამბულატორიულ თუ სტაციონარულ დონეზე მკურნალობის საჭიროება. მკურნალობის ბოლო ეტაპი და რეაბილიტაცია ხორციელდება ან ამბულატორიულად ან ბინაზე. აქვე აღსანიშნავია, რომ ა.შ.შ.-ში საავადმყოფოებს გააჩნიათ ამბულატორიული მიღების განყოფილებები. გარდა ამისა, ფართოდ გამოიყენება კერძო პრაქტიკის ექიმებთან სახელშეკრულებო ურთიერთობები. სტაციონარის ეკონომია აგრეთვე მიიღწევა სამედიცინო დახმარების სხვა რგოლებთან მჭიდრო თანამშრომლობის საშუალებით.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის შედეგად, მნიშვნელოვნად გაიზარდა ქირურგიული დაავადებების ამბულატორიულად მკურნალობის შემთხვევების რაოდენობა. მაგალითად, აღნიშნული მეთოდის დანერგვის მეორე წელსვე თვალის კატარაქტის ყველა ოპერაცია ამბულატორიულ პირობებში ჩატარდა (Glaser, 1987).

მიუხედავად აღნიშნულისა, ექსპერტთა თვალსაზრისით, დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებების (DRG) რეტროსპექტული ანაზღაურების ერთეულად გამოყენება არ უზრუნველყოფს ჯანდაცვის რესურსების ეფექტურად განაწილებას, რადგან ზრდის იმ შემთხვევათა რაოდენობას, რომელთა მკურნალობა შესაძლებელია ამბულატორიულ პირობებში (Docteur and Huxley 2003). მათი აზრით, ასეთ შემთხვევაში მიზანშეწონილია სამედიცინო დახმარების ხარისხისა და შესაბამისი კონტროლის მექანიზმების შემუშავება, რაც საკმაოდ ძვირადღირებულს წარმოადგენს და ნაკლებად მისაღებია რეფორმირების გზაზე მდგარი განვითარებადი ქვეყნებისათვის, სადაც ჯანდაცვაზე მწირი თანხებია გამოყოფილი (Bojan F. et., 1995).

დასავლეთ ევროპის ზოგიერთ ქვეყნებში, ამერიკული მიდგომისაგან განსხვავებით დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებების (DRG) მეთოდი გამოიყენება როგორც ანაზღაურების ერთეული (გლობალური ბიუჯეტით ანაზღაურების დადგენისათვის) და არა მეთოდი. მისი საშუალებით

დამფინანსებელს საშუალება ეძლევა განსაზღვროს სტაციონარული დახმარების მოცულობა და საავადმყოფოსთან შეთანხმებით დაადგინოს გლობალური ბიუჯეტი. ამ თვალსაზრისით, დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებების მეთოდი საავადმყოფოს სტრუქტურული ეფექტურობის ზრდას განაპირობებს. კერძოდ, იგი ხელს უწყობს ჰოსპიტალიზაციის რიგების შემცირებას, რაიონებსა და საავადმყოფოებს შორის ფინანსების უფრო სამართლიანად განაწილების უზრუნველყოფას. სტრუქტურული ეფექტურობის გაზრდის მიზნით ხორციელდება სტაციონარული დახმარების მოცულობისა და დაფინანსების ზემო ზღვარის განსაზღვრა. საავადმყოფოები, რომლებიც მეტი მოცულობის სამედიცინო დახმარების ჩატარებას გეგმავენ, ღებულობენ დამატებით დაფინანსებას და პირიქით: საავადმყოფოებს, რომელთა დატვირთვის მაჩვენებელი დაბალია, შედარებით მცირე დაფინანსება ღვინდება.

დადებითი მხარეები:

ხარჯების შემცირება

რადგან ანაზღაურება ხორციელდება არა ფაქტიურად გაწეული ხარჯების, არამედ ნოზოლოგიური სტანდარტების წინასწარ დადგენილი ღირებულების მიხედვით, ხარჯები პროგნოზირებადია. აღნიშნული გარემოება ხარჯების მნიშვნელოვან შემცირებას განაპირობებს.

ანგარიშსწორების სიმართლე

რადგან ნოზოლოგიური სტანდარტების ტარიფები წინდაწინაა დადგენილი, მცირდება დასამუშავებელი ანგარიშების მოცულობა.

სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის შემცირება

ანაზღაურების აღნიშნული მეთოდის გამოყენებისას სამედიცინო დაწესებულება და პერსონალი არ არის დაინტერესებული პაციენტის სტაციონარში დაყოვნების გახანგრძლივებით, რადგან იგი ანაზღაურებას ღებულობს მხოლოდ დადგენილი სტანდარტის შესაბამისად. ასე მაგალითად, თუ მწვავე პნევმონიის მკურნალობისათვის სტანდარტით განსაზღვრულია 7 დღე, საავადმყოფო არ არის დაინტერესებული პაციენტის სტაციონარში დადგენილზე მეტი ხნით დაყოვნებით, რადგან დაყოვნების გახანგრძლივება მისთვის ეკონომიკურად წამგებიანია.

იზრდება მკურნალობის ინტენსიფიკაცია

განვიხილოთ ასეთი შემთხვევა. მწვავე პნევმონიის მკურნალობისათვის სტანდარტით განსაზღვრულია 7 დღე, ხოლო პაციენტს მკურნალობისათვის დასჭირდა 5 დღე. იმ შემთხვევაში, როდესაც სამედიცინო დაწესებულებას ანაზღაურება ეძლევა სტანდარტით დადგენილი 7 დღის და არა ფაქტიურად გატარებული 5 დღის მიხედვით, იგი 2 დღის ეკონომიის ხარჯზე ღებულობს მოგებას. აღნიშნულის გამო, სამედიცინო დაწესებულება არ არის დაინტერესებული პაციენტი სტანდარტით განსაზღვრული ვადის დასრულებამდე დააყოვნოს სტაციონარში, რაც მკურნალობის ინტენსიფიკაციის გაზრდას და შესაბამისად ჰოსპიტალიზაციის ვადების შემცირებას განაპირობებს.

უარყოფითი მხარეები

განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის საფრთხე

შეიძლება წარმოიქმნას პაციენტზე გასაწვეის მომსახურების მოცულობის დაუსაბუთებელი შემცირების მცდელობა. სამედიცინო პერსონალი დაინტერესებულია სტაციონარიდან დროზე ადრე გაწეროს პაციენტები, რამაც შესაძლებელია პაციენტთა განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია განაპირობოს. ცხადია, ასეთ შემთხვევაში პაციენტს თავიდან უტარდება სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებები, რაც ზრდის ჯანდაცვის ხარჯებს.

სტაციონარული სამედიცინო დახმარების მძიმე ფორმის ნოზოლოგიების ზრდა

შემოსავლების გაზრდის მიზნით, ექიმები ცდილობენ პაციენტები გაატარონ შედარებით მძიმე,

თანხლები დააადებით და გართულებებით, რიოსთვისაც ირჩევენ ძვირადღირებულ ნოზოლოგიურ სტანდარტებს. აღნიშნული გარემოება სტაციონარული სამედიცინო დახმარების სტრუქტურის გართულებას განაპირობებს. შედეგად, ეკონომიკური ინფორმაცია საკმარისი არ არის სტაციონარული მომსახურების სტრუქტურის ღრმა ანალიზისათვის.

ამგვარად, აღნიშნული მეთოდი საშუალებას იძლევა საავადმყოფოების ეფექტური საქმიანობისა და მკურნალობის ვადების შემცირების შედეგად შემცირდეს არაეფექტურად მოქმედი სტაციონარების შენახვის ხარჯები, რითაც შესაძლებელია უკეთ ანაზღაურდეს კვალიფიციური პერსონალის მუშაობა და პერსპექტივაში ამაღლდეს სტაციონარული მომსახურების დონე. ამ მეთოდის გამოყენებისას ერთიდაიგივე სახის სტაციონარების ჯგუფებისათვის ტარიფები ცენტრალიზებულად დგინდება. აქვე აღსანიშნავია, რომ ამ მეთოდის დანერგვა მოითხოვს დიდ მოსამზადებელ სამუშაოებს. აუცილებელია შესაბამისი სტანდარტების საფუძველზე სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე კონტროლის გაძლიერება, რომ აღმოიფხვრას პაციენტზე გასაწევი სამედიცინო მომსახურების დაუსაბუთებელი შემცირება.

30.5. ანაზღაურება უმითხვევის საშუალო ღირებულების მიხედვით

შემთხვევის საშუალო ღირებულების მიხედვით ანაზღაურება გულისხმობს სამედიცინო დაწესებულების დაფინანსებას თითოეულ პაციენტზე ან ცალკეულ შემთხვევაზე განსაზღვრული საშუალო ფასის მიხედვით. შემთხვევის საშუალო ღირებულება შესაძლოა განსხვავებული იყოს სამედიცინო დაწესებულების განყოფილებების პროფილის მიხედვით. ერთიდაიგივე სახის სტაციონარებისათვის მომსახურების ტარიფები შესაძლოა დადგინდეს ცენტრალიზებულად.

მკვლევართა აზრით, აღნიშნული მეთოდი შესაძლოა გამოყენებულ იქნეს სადაზღვევო სისტემაზე გადასვლის საწყის ეტაპებზე, რომ შემდგომ იგი შეიცვალოს უფრო ეფექტური მეთოდებით.

დადებითი მხარეები:

- < მცირდება ადმინისტრაციული ხარჯები, რადგანაც მცირდება დასამუშავებელი ანგარიშების მოცულობა;
- < სამედიცინო პერსონალი დაინტერესებულია შეამციროს მკურნალობის ვადები;
- < ხარჯების მოცულობა მნიშვნელოვნად პროგნოზირებადია.

უარყოფითი მხარეები:

- < შეიძლება წარმოიქმნას პაციენტზე გასაწევის მომსახურების მოცულობის დაუსაბუთებელი შემცირების მცდელობა;
- < სტაციონარებისათვის ეკონომიკურად მომგებიანია მხოლოდ მსუბუქი სიმძიმის ავადმყოფების მკურნალობა, რომელთა მკურნალობის ღირებულება საშუალოზე დაბალია (საწყის ეტაპზე, რადგან შემდგომ პერიოდში ერთი პაციენტის მკურნალობის თვითღირებულების შემცირების გამო მცირდება ტარიფები);
- < ეკონომიკური ინფორმაცია საკმარისი არ არის სტაციონარული მომსახურების სტრუქტურის ღრმა ანალიზისათვის.

30.6. გლობალური ბიუჯეტი

გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების მეთოდი წარმოადგენს ჯანდაცვის საზოგადოებრივ და კერძო სექტორებში მთავრობის მიერ დადგენილი დანახარჯების ზღვარს. იგი პროსპექტული ხასიათისაა, ანუ ასანაზღაურებელი ხარჯების საერთო მოცულობა წინასწარ განისაზღვრება თითოეულ სამედიცინო დაწესებულებასთან შეთანხმებით.

გლობალური ბიუჯეტის სამედიცინო დაწესებულებებისათვის შემუშავების ორი მიდგომა არსებობს:

- < ინფრასტრუქტურის მიხედვით;
- < ისტორიული მონაცემების მიხედვით.

ინფრასტრუქტურის მიხედვით დადგენილი გლობალური ბიუჯეტი

ინფრასტრუქტურის მიხედვით დადგენილი გლობალური ბიუჯეტი ფართოდ გამოიყენებოდა საბჭოთა კავშირში. ამ შემთხვევაში ბიუჯეტის ფორმირება ხორციელდება მუხლობრივი ხარჯების მიხედვით (ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსება). იგი დამოკიდებულია დაწესებულების სიმძლავრეზე, პერსონალის რაოდენობასა ან საწოლთა ფონდზე. ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსება პროსპექტული ანაზღაურების მეთოდს წარმოადგენს. ასეთი დაფინანსების დროს არ ხდება მომსახურების სახეებს შორის რესურსების გადანაწილება, იგი მკაცრად განსაზღვრული თითოეული მუხლის მიხედვით. მისი საშუალებით დამფინანსებლები აკონტროლებენ სამედიცინო მომსახურების მთლიან ხარჯებს, ხოლო მიმწოდებლები დაინტერესებული არიან ხარჯის შეკავებით. აქვე აღსანიშნავია, რომ დაბალია სამედიცინო მომსახურების ხარისხი.

ინფრასტრუქტურის მიხედვით დადგენილი ფიქსირებული ბიუჯეტის უარყოფითი მხარეებია:

- < ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსება რესურსების მართვისა და დაგეგმარების მოუქნელობას განაპირობებს;
- < ერთმანეთისაგან არა გამოყოფილი სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელი (სამედიცინო დაწესებულება) და დამფინანსებელი, ისინი ერთმანეთთან არიან ინტეგრირებული;
- < დაფინანსების გაზრდის მიზნით სამედიცინო დაწესებულება დაინტერესებულია გაზარდოს პერსონალის რაოდენობა და შესაბამისად საწოლთა დატვირთვის მაჩვენებელი;
- < რადგან პოსპიტიალიზებული პაციენტების რაოდენობის ზრდა დამატებით ხარჯებს მოითხოვს, ამიტომ საავადმყოფო დაინტერესებულია სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის გაზრდით;
- < დაბალია სამედიცინო დახმარების ხარისხი.

ისტორიული მონაცემების მიხედვით დადგენილი გლობალური ბიუჯეტი

ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსებისაგან განსხვავებით *ისტორიული მონაცემების მიხედვით დადგენილი გლობალური ბიუჯეტი დამოკიდებულია სამედიცინო დაწესებულების მიერ შესრულებული სამუშაოს მოცულობაზე*. იგი ფართოდ გამოიყენება განვითარებულ ქვეყნებში. იდეალურ შემთხვევაში, გლობალური ბიუჯეტი განისაზღვრება საშუალო სულადობრივი ანაზღაურების ფორმულით (მაგ., დიდ ბრიტანეთში გამოიყენება ფორმულა RAWP), რომელშიც გათვალისწინებულია სამედიცინო დახმარების მოცულობის მერყეობა გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის მიხედვით. ამ ფორმულის გამოყენებით შესაძლებელია სამედიცინო დახმარების მოცულობის შედარებით უფრო სწორი პროგნოზირება.

გლობალური ბიუჯეტის ძირითადი დამახასიათებელი ნიშნებია:

1. დაფინანსება ლიმიტირებულია (ფიქსირებულია) დროის განსაზღვრული პერიოდისათვის, რომელიც დგინდება ფინანსური წლის დასაწყისში;
2. პროსპექტული დაფინანსება (ძირითადად ყოველთვიურად);
3. სამედიცინო დახმარების ღირებულება წინასწარ განსაზღვრულია.

გლობალური ბიუჯეტის მეთოდის დადებითი მხარეებია:

1. საავადმყოფოსთან ანგარიშსწორების სიმარტივე. ადვილია საქმის წარმოება, მხოლოდ ფინანსური წლის დასაწყისი წარმოადგენს სირთულეს, რადგან სწორედ ამ პერიოდში მიმდინარეობს გლობალური ბიუჯეტის დადგენა.;
2. მნიშვნელოვნად მცირდება დაწესებულების მიერ შესრულებულ სამუშაოსა და დამფინანსებლის ანაზღაურებას შორის დაყოვნების ხანგრძლივობა;
3. ბიუჯეტურ-მუხლობრივ დაფინანსებასთან გარკვეული მსგავსების გამო, ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში გლობალური ბიუჯეტის მეთოდის დანერგვა ადვილად განხორციელებადია. ასევე, ადვილად განხორციელებადობას ხელს უწყობს ერთადერთ დამფინანსებელთან ურთიერთობა. რამდენიმე დამფინანსებლის შემთხვევაში აუცილებელია მათი მოქმედების შეთანხმების გარკვეული სქემის შემუშავება. დამფინანსებლები უნდა შეთანხმდნენ სტაციონარის დაფინანსების საკუთარ წილზე, რომელიც მათთან დაზღვეული პაციენტების პროპორციულად განისაზღვრება. კალენდარული პერიოდის დასრულების შემდგომ წარმოებს თითოეული დამფინანსებლის მიერ გადახდილი თანხის გადაანგარიშება, რომლის დროს გათვალისწინებულია ფაქტიურად შესრულებული სამუშაოს მოცულობა და ჰოსპიტალიზაციის ხასიათი;
4. მნიშვნელოვნად მცირდება ჯანდაცვის ხარჯები, იზრდება რესურსების დაზოგვის სტიმული;
5. სტაციონარული სამედიცინო დახმარების ხარჯები პროგნოზირებადია;
6. დამფინანსებელს დანახარჯებზე კონტროლის ძლიერი ბერკეტები გააჩნია;
7. შეზღუდული დაფინანსების გამო საავადმყოფო ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობის გაზრდით არ არის დაინტერესებული;
8. იზრდება როგორც დამზღვევის ასევე სამედიცინო დაწესებულების ეკონომიკური საქმიანობის დონე. ორივე მხარე, სამედიცინო დახმარების მოცულობისა და ტარიფების შეთანხმების პროცესში, ჰოსპიტალიზაციის საფუძვლიანობის ანალიზის ჩატარებისას, შესასრულებელი სამუშაოს სტრუქტურას ისეთი სახით გვემავნ, რომ უზრუნველყონ ძვრადღირებული რესურსების ეფექტური გამოყენება;
9. გლობალური ბიუჯეტის ფორმირების პროცესში ჩართულია სამედიცინო პერსონალი. ისინი მონაწილეობენ შესასრულებელი სამუშაოს სტრუქტურისა და მოცულობის დაგეგმარებაში. აღნიშნული ზრდის სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობის დონეს დაგვემილი სამუშაოების ჩატარებისას. მათ მიერ კლინიკური ხასიათის გადაწყვეტილებების მიღებისას უმრავლეს შემთხვევაში გათვალისწინებული იქნება სამედიცინო დახმარების ხარჯები;
10. გლობალური ბიუჯეტი ხელს უწყობს სამედიცინო დაწესებულების სტრუქტურულ ცვლილებებს;
11. სამედიცინო დაწესებულების მმართველობითი დამოუკიდებლობა და ეკონომიკური მოტივაცია ხელს უწყობს მკურნალობის დაბალხარჯვანი მეთოდების დანერგვას, პაციენტთა ნაკადის რეგულირებას.
12. იქმნება სამედიცინო დახმარების მოცულობისა და მისი ღირებულების ბალანსირების შესაძლებლობა. თუ გამიზნულია მოცულობის გაზრდა, მაშინ შესაბამისად შემცირდება თითოეული დახმარების ღირებულება და პირიქით, მოცულობის შემცირება შესაძლებლობას იძლევა გაიზარდოს ჰოსპიტალიზაციის თითოეული შემთხვევის ღირებულება;
13. მნიშვნელოვნად ხელს უწყობს პაციენტის კმაყოფილების დონის ამაღლებას, რაც განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების პირობებში სამედიცინო დაწესებულება ფინანსდება ავანსის სახით (წინასწარ), რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს მედიკამენტებით და სხვა აუცილებელი სამედიცინო მოხმარების საგნებით სამედიცინო დაწესებულების დროულ უზრუნველყოფას.

გლობალური ბიუჯეტის მეთოდის უარყოფითი მხარეები:

1. რადგან საავადმყოფო დაინტერესებულია შეზღუდოს გასაწვეი სამედიცინო დახმარების მოცულობა, შესაძლებელია წარმოიქმნას მომსახურების ცალკეული სახეების (გამოკვლევები, დიაგნოსტიკური ღონისძიებები) დაუსაბუთებელი ეკონომიის მცდელობა.
2. სამედიცინო პერსონალი არ არის დაინტერესებული შეამციროს მკურნალობის ვადები;
3. არ ახდენს სტაციონარების საქმიანობის ინტენსიფიკაციის სტიმულირებას;
4. არ ახდენს არ შეინიშნება სტაციონარებს შორის კონკურენციის სტიმულირებას.

სხვადასხვა ქვეყნების გამოცდილება

გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების მეთოდი 80-იანი წლებიდან ფართოდ დაინერგა ევროპის ბევრ ქვეყნებში (გერმანია, საფრანგეთი, ბელგია, ნიდერლანდები, დიდი ბრიტანეთი, ირლანდია, ესპანეთი).

ნიდერლანდებში ზოგადი პროფილის საავადმყოფოების დაფინანსებისათვის განსაზღვრულია გლობალური ბიუჯეტი. გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსება შემოღებულ იქნა 1983 წლის იანვარში. 1984 წელს იგი გავრცელდა სტაციონარული ტიპის ფსიქიატრიულ დაწესებულებებისათვის და მედიის სახლებისათვის. საავადმყოფოები და სადაზღვევო ფონდები შეთანხმდებიან მომავალი წლისათვის მოსალოდნელ დანახარჯებზე და განსაზღვრავენ დაწესებულების მთლიან ბიუჯეტს. საავადმყოფოსათვის გლობალური ბიუჯეტის დადგენაში მონაწილეობს ჯანდაცვის სამხარეო საბჭო (County Council), რომელიც ძირითადად ჯანდაცვის სამინისტროს რეკომენდაციებს ეყრდნობა.

საფრანგეთში 1983 წალმდე სახელმწიფო საავადმყოფოების დაფინანსებისათვის გამოიყენებოდა რეტროსპექტიული მეთოდი საწოლ/დღეების მიხედვით. 1983 წელს შემოღებულ იქნა გლობალური ბიუჯეტის მეთოდი.

საავადმყოფოების დაფინანსება გერმანიაში

გერმანიის საავადმყოფოებში ძირეული რეფორმები 1993 წლიდან, შემდგომ უფრო მწვავედ 2004 წლიდან დაიწყო. შემოღებულ იქნა ბიუჯეტური დაფინანსების შედარებით უფრო მკაცრი მეთოდები, მკვეთრად გაიზარდა საავადმყოფოებში ამბულატორიული მომსახურების გაწვევის შესაძლებლობა. 2004 წლის იანვრიდან საავადმყოფოების მიმდინარე ხარჯების დაფინანსების ერთადერთ სისტემად განისაზღვრა დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი. მან შეცვალა 1993-2003 წლებში არსებული ანაზღაურების შერეული სისტემა (საწოლ/დღეების, ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების, ძვირადღირებული პროცედურების მიხედვით)

გერმანიაში საავადმყოფოების დაფინანსების ორი წყარო არსებობს: კაპიტალურ ხარჯებს იხდიან ფედერალური მხარეები, ხოლო მიმდინარე ხარჯებს – საავადმყოფოების სალაროები (ნაწილობრივ კერძო სადაზღვევო კომპანიები). კაპიტალური ხარჯების დაფინანსებისათვის საავადმყოფოები უნდა ითვლებოდნენ ფედერალური მხარის მიერ შემუშავებულ ე. წ. საავადმყოფოთა რეგისტრში. აღნიშნულ რეგისტრში მითითებულია აგრეთვე აუცილებელი სპეციალობები, სამედიცინო დახმარების თითოეული პროფილისათვის საჭირო საწოლთა რაოდენობა და ა. შ. საავადმყოფოებისა და საწოლ რაოდენობას ადგენს სამმხრივი კომისია, სადაც შედიან ფედერალური მხარის მთავრობის, საავადმყოფოების და საავადმყოფო სალაროების წარმომადგენლები. საავადმყოფო სალაროები ვალდებული არიან ხელშეკრულება გააფორმონ საავადმყოფოთა რეგისტრში

მყოფ საავადმყოფოებთან. ხანგრძლივი წესით კაპიტალური დაბანდებებისათვის საჭიროა ინდივიდუალური სუბსიდირება (ასე ფინანსდება საავადმყოფოს მშენებლობა, მოწყობილობა დანადგარების შეცვლა). საავადმყოფო რომელიც არ შედის საავადმყოფოთა რეგისტრში შეიძლება დაფინანსდეს საავადმყოფო სალაროს მიერ, მაგრამ ამისათვის საჭიროა სხვა საავადმყოფო სალაროების და ფედერალური მხარის მთავრობის თანხმობა. ამასთან ასეთი საავადმყოფო არ ფინანსდება ფედერალური მხარის მიერ. საავადმყოფო სალარო კაპიტალურ ხარჯებზე დაფინანსებას ახდენს მხოლოდ უკიდურესად გამონაკლის შემთხვევაში. ფედერალურ მხარეებს განსხვავებული მიდგომა აქვთ საავადმყოფოთა რეგისტრის შემუშავებაში, საწოლთა ფონდის დაგეგმვასა და ინვესტიციების განხორციელებაში. ასე მაგალითად, ბერლინის მხარემ 1991-2001 წლებში საწოლთა ფონდი 40 %-ით შეამცირა.

სავადმყოფო სალაროები ანაზღაურებენ მიმდინარე ხარჯებს, მათ შორის სამედიცინო დანიშნულების საგნების, პერსონალის ხელფასების, აგრეთვე ახალი მოწყობილობა-დანადგარების შეძენის (მოწყობილობა-დანადგარების ექსპლუატაციის საშუალო ხანგრძლივობა სამი წელია) და საექსპლუატაციო ხარჯებს. საავადმყოფოს მიმდინარე ხარჯების დასაფარად საჭიროა ფედერალური მხარის საავადმყოფოს სალაროების ასოციაციების ან მათი წარმომადგენლების თანხმობა. საავადმყოფოებს შეუძლიათ კერძო ავადმყოფებს სტანდარტზედა გადასახადი გადაახდევინონ. ასეთი ავადმყოფები იხდიან 10 ევროს დღეში (მაქსიმუმ 28 დღის განმავლობაში) და იგი ძირითადად კვებაზე და პალატაში განთავსებაზე იხარჯება.

1992 წლამდე ქვეყანაში მოქმედებდა “ხარჯების სრული გადახდის პრინციპი”: საავადმყოფო რამდენსაც დახარჯავდა, საავადმყოფოს სალარო ვალდებული იყო სრულად აენაზღაურებინა ხარჯები. ფაქტიური ხარჯების ანაზღაურება ხორციელდებოდა საწოლ/დღის ღირებულების მიხედვით, რომელსაც ფედერალური მხარე თითოეული საავადმყოფოსათვის ადგენდა. საავადმყოფოს შიგნით საწოლ/დღის ღირებულება თანაბარი იყო ყველა განყოფილებისათვის.

1993 წელს მიღებული კანონის თანახმად “ჯანდაცვის სტრუქტურის შესახებ”, საავადმყოფო სალაროების ხარჯვის ზრდა შესაბამისობაში უნდა ყოფილიყო შემოსავლების (სადაზღვევო შენატანები) ზრდასთან. ყოველი საავადმყოფოსათვის დადგინდა ბიუჯეტი. 1993 წლიდან საავადმყოფოები ფინანსდებოდა დღიური ტარიფის ორეტაპიანი სისტემით: პირველი კომპონენტი – თითოეული საავადმყოფოსათვის დადგენილი იყო ძირითადი დღიური განაკვეთი არასამედიცინო ხასიათის ხარჯების დასაფარად, ხოლო თითოეული განყოფილებისათვის საკუთარი დღიური განაკვეთი სამედიცინო ხასიათის ხარჯების (მედიკამენტები, პროცედურები, მკურნალობა) დასაფარავად. მეორე კომპონენტი სავალდებულო გახდა 1996 წლიდან: ჰოსპიტალიზაციის ხარჯი (პაციენტის საავადმყოფოში მთელი დროით ყოფნის ხარჯებს ფარავს) და პროცედურების ხარჯები.

გლობალური ბიუჯეტის გამოთვლა

გლობალური ბიუჯეტის შემთხვევაში სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელსა და დამფინანსებელს შორის ხდება ეკონომიკური ინტერესების ურთიერთშეთანხმება. ორივე მხარის ურთიერთშეთანხმებით დგინდება შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა, სამედიცინო დახმარების ერთეულის ღირებულება. ხელშეკრულების დადების შემდეგ ტარდება მონიტორინგი და ფასდება აღებული ვალდებულებების შესრულება.

გლობალური ბიუჯეტი ძირითადად, დაწესებულების მიერ წინა წელს შესრულებული სამუშაოს მოცულობის გათვალისწინებით დგინდება. სამედიცინო დაწესებულება წლის ბოლოს წარმოდგენს სრულ სტატისტიკურ და ფინანსურ ანგარიშს, მომავალი წლის სავარაუდო ხარჯთაღრიცხვას ძირითადი პუნქტების სახით (ხელფასები, მედიკამენტები, კვება, მომსახურება, ავადმყოფის მოვლა, ღამის მორიგეობა, ლაბორატორიული გამოკვლევა და ა. შ.). დამფინანსებელი მხარე ანალიზს უკეთებს სამედიცინო დაწესებულებაში გატარებული პაციენტების სტატისტიკურ ინფორმაციას, რომლითაც განისაზღვრება მომდევნო წელს შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა. დაწესებულება ანალიზებს დამფინანსებლის მიერ წარმოდგენილ პროექტს და მოლაპარაკების პერიოდში განსაზღვრავს ხელშეკრულების საბოლოო პირობებს. აღსანიშნავია, რომ გლობალური ბიუჯეტით შესაძლებელია გათვალისწინებული არ იყოს სამედიცინო დაწესებულების ისეთი ხარჯები, როგორცაა პერსონალის სწავლება და მომზადება, კაპიტალური ხარჯები (რემონტი) და ა. შ.

სამედიცინო დაწესებულების სტატისტიკური მონაცემების ანალიზი

გლობალური ბიუჯეტის გამოთვლისათვის პირველ ეტაპზე ხორციელდება სამედიცინო დაწესებულების სტატისტიკური მონაცემების ანალიზი. ამისათვის ძირითადად სამედიცინო დაწესებულების მიერ წინა წელს შესრულებული სამუშაოს სტატისტიკური მონაცემების ანალიზი კეთდება. აქვე აღსანიშნავია, რომ, სამედიცინო დაწესებულებაში მიმდინარე რეფორმებზე ნათელი წარმოდგენისათვის უფრო მიზანშეწონილია უკანასკნელი ორი-სამი წლის მონაცემების შეფასება.

მომავალი წლის ბიუჯეტის დასადგენად, მიზანშეწონილია სრული სტატისტიკური მონაცემების წლის ბოლოს წარმოდგენა. მონაცემების შესწავლა ხორციელდება სამედიცინო დაწესებულების თითოეული განყოფილების დონეზე. ძირითადად შემდეგი სახის სტატისტიკური მონაცემების ანალიზი კეთდება:

- < არსებულ საწოლთა რაოდენობა;
- < გატარებულ საწოლ-ღღეფთა რაოდენობა;
- < ნამკურნალევი ავადმყოფთა რაოდენობა;
- < მკურნალობის ხანგრძლივობა
- < საწოლთა დატვირთვის მაჩვენებელი.

სტატისტიკური ინფორმაციის შეგროვების შემდეგ ტარდება მისი ანალიზი. კერძოდ განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა შემდეგ გარემოებებს:

- < დაავადებათა სტრუქტურის შესწავლა სიმძიმის ხარისხის მიხედვით;
- < ყველაზე ხშირად გამოყენებული ნოზოლოგიები;
- < დაუსაბუთებელი ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა;
- < სტაციონარული მკურნალობის განხგრძლივებული შემთხვევები;
- < განმეორებითი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები, რომლებიც სამედიცინო დახმარების დაბალი ხარისხით გაწვეითაა განპირობებული.

2. სამედიცინო დაწესებულების ფინანსური მაჩვენებლების ანალიზი

გლობალური ბიუჯეტის გამოთვლისათვის მეორე ეტაპზე ხორციელდება სამედიცინო დაწესებულების ფინანსური მაჩვენებლების ანალიზი. იგი ტარდება სამედიცინო დაწესებულების თითოეული განყოფილების დონეზე.

ძირითადად შემდეგი სახის ფინანსური მონაცემების ანალიზი კეთდება:

- < სამედიცინო დაწესებულების შემოსავალი;
- < სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაწეული დანახარჯი;
- < შემოსავლებსა და ფაქტიურ დანახარჯებს (პირდაპირი და არაპირდაპირი ხარჯების) შორის სხვაობის დადგენა.

ხარჯები ორი სახისაა: ცვლადი და მუდმივი. ცვლადი ხარჯები სამედიცინო დაწესებულების მიერ შესრულებული სამუშაოს მოცულობაზეა დამოკიდებული. შესრულებული სამუშაოს მოცულობის მიხედვით იგი შეიძლება გაიზარდოს, ან შემცირდეს. ცვლად ხარჯებს განეკუთვნება მედიკამენტები, კვება... მუდმივი, ფიქსირებული ხარჯები დანახარჯების ძირითად ნაწილს წარმოადგენს. მასში შესაძლებელია შედიოდეს დაწესებულებაში დასაქმებულ სპეციალისტთა ფიქსირებული ხელფასები.

გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსება ხელს უწყობს სამედიცინო დაწესებულების ოპტიმიზაციის პროცესს. მისი დანერგვა სამედიცინო დაწესებულების არსებული სტრუქტურის მნიშვნელოვან ცვლილებებს მოითხოვს. მკვეთრად იცვლება სამედიცინო დაწესებულების სიმძლავრე.

ზოგიერთ ქვეყნებში (გერმანია, საფრანგეთი, ჰოლანდია) სახსრების ეკონომიკური გამოყენების მიზნით დამფინანსებელი სამედიცინო დაწესებულებისაგან ჭარბი პერსონალის შემცირებას მოითხოვს.

ჭარბი პერსონალის არსებობისას, მიზანშეწონილია, დამფინანსებელსა და სამედიცინო დაწესებულებას შორის, ურთიერთშეთანხმებით განისაზღვროს იმ პერსონალთა აუცილებელი რაოდენობა, რომელიც განახორციელებს სამედიცინო მომსახურებას. სამედიცინო დაწესებულება მხოლოდ რაოდენობის დადგენის შემდეგ განსაზღვრავს თუ ვისთან გააფორმებს ხელშეკრულებას.

სამედიცინო დაწესებულების ფინანსური მაჩვენებლების ანალიზისას ხორციელდება შემოსავლებსა და ფაქტიურ დანახარჯებს, აგრეთვე სამედიცინო დაწესებულებისათვის დადგენილ გლობალურ ბიუჯეტსა და ფაქტიურად გაწეულ დანახარჯებს შორის სხვაობის დადგენა. ამისათვის ტარდება შემდეგი სამუშაოები:

- < ერთ ნამკურნალე პაციენტზე დახარჯული თანხის განსაზღვრა და მისი შედარება სხვა, მსგავსი სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაწეულ ხარჯის საშუალო მაჩვენებელთან;
- < ერთ ნამკურნალე პაციენტზე გაწეული ხარჯების სტრუქტურის შესწავლა პუნქტების მიხედვით და მისი შედარება სხვა განყოფილების ან სხვა სამედიცინო დაწესებულების ანალოგიური განყოფილების მონაცემებთან.
- < გლობალური ბიუჯეტით დადგენილ ხარჯებზე მეტი ხარჯების გაწევის, ან პირიქით, ცვლადი ხარჯის (მედიკამენტები, კვება...) სრული სახით გამოყენებლობის მიზეზების დადგენა.

ზემოთაღნიშნული სამუშაოების ჩატარების შემდეგ ხორციელდება ყველა გამოთვლილი მაჩვენებლების დაჯგუფება სამედიცინო დაწესებულების განყოფილებების მიხედვით და სპეციალური ანალიტიკური ცხრილის შევსება (იხ. ცხრილი).

3. სამუშაოს მოცულობის განსაზღვრა

სამედიცინო დაწესებულების მიერ შესასრულებელი სამუშაოს ოპტიმალური მოცულობის დასადგენად მნიშვნელობა ენიჭება შემდეგ საკითხებს:

< ჰოსპიტალიზაციის შემცირების მიზნით იმ ნოზოლოგიების დადგენა, რომელთა მკურნალობა შესაძლებელია ჩატარდეს ამბულატორიულ პირობებში.

< სამედიცინო დახმარების ხარისხის გათვალისწინება.

< სამედიცინო დახმარების მოცულობა უნდა შეესაბამებოდეს საავადმყოფოს პროფილს და ფუნქციებს.

გლობალური ბიუჯეტის მეთოდის ერთ-ერთ დადებით მხარეს რესურსების დაზოგვა წარმოადგენს. მკვლევარების მიერ ჩატარებული ანალიზის შედეგად დადგინდა, რომ გლობალური ბიუჯეტის დანერგვამ ჯანდაცვაზე დანახარჯების 13 %-ით შემცირება გამოიწვია.

სტაციონარული დახმარების მოცულობის ეფექტური დაგეგმვის მიზნით მიზანშეწონილია პოლიკლინიკის თითოეული უბნის მიერ სტაციონარში გაგზავნილი პაციენტების შემთხვევების შესწავლა. ამ დროს ყურადღება ექცევა ისეთი შემთხვევებისა და ნოზოლოგიების გამოვლენას, რომელთა მკურნალობა შესაძლებელია ჩატარებულიყო ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ პირობებში. მნიშვნელოვანია აგრეთვე სტაციონარში უბნის ექიმის უმომართვოდ, ან სასწრაფო სამედიცინო დახმარებით მოხვედრილ პაციენტთა შესწავლა. აღნიშნული მონაცემების შესწავლით გამოვლინდება ამბულატორიულ/პოლიკლინიკურ დონეზე არსებული სუსტი მხარეები, ჩნდება დაუსაბუთებელი ჰოსპიტალიზაციის შემცირების შესაძლებლობა, აგრეთვე ისეთი საორგანიზაციო-ეკონომიკური ცვლილებების გატარება, რომელიც სტიმულს მისცემს სტაციონარული მკურნალობის სანაცვლოდ, ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დონეზე გაიზარდოს შესასრულებელი სამუშაოს მოცულობა.

ასეთ საორგანიზაციო-ეკონომიკურ ცვლილებას განეკუთვნება დაწესებულების დაინტერესება გადავიდეს სამედიცინო დახმარების მრავალდონიან (მრავალეტაპიან) სისტემაზე, დღის სტაციონარებისა და ამბულატორიული განყოფილებების შექმნის გზით. მხოლოდ ასეთ შემთხვევაშია შესაძლებელი სტაციონარული სამედიცინო დახმარების მოცულობის შემცირება. რესურსების ეკონომიურად გამოყენების მიზნით, ასეთი სტიმულის არსებობისას, საავადმყოფო ცდილობს დაავადებათა შედარებით მსუბუქი ფორმების მკურნალობა ამბულატორიულ ან დღის სტაციონარებში (სადაც ხარჯები მცირეა) ჩაატაროს. ამისათვის ტარდება მკურნალობის ინტენსიური და შემდგომი ეტაპების (მკურნალობის დასრულება, რეაბილიტაცია) ერთმანეთისაგან განცალკევება. აღნიშნული პროცესის ეფექტურად განხორციელებისათვის სამედიცინო დახმარების თითოეულ დონეს (სტაციონარი, ამბულატორია, დღის სტაციონარი) საკუთარი ეკონომიკური დაინტერესების სტიმული უნდა გააჩნდეს. დამფინანსებელმა მხარემ ხელი უნდა შეუწყოს სამედიცინო დაწესებულების მცდელობას რესურსების ეკონომიურად გამოყენების თვალსაზრისით. კერძოდ, დამფინანსებელმა მიზანშეწონილია აანაზღაუროს სტაციონარული სამედიცინო დახმარების მთლიანი ღირებულება (და არა შემცირებული ტარიფები), სამედიცინო დახმარების გაწევის დონის (დღის სტაციონარი იქნება თუ სტაციონარი) მიუხედავად. სამედიცინო დაწესებულებას უნდა მიენიჭოს უფლება, ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების შემცირებით მიღებული ეკონომია გამოიყენოს როგორც დღის სტაციონარების, ან ამბულატორიული დახმარებისათვის, ასევე დაავადებათა უფრო რთული შემთხვევების დასაფინანსებლად (ამით იზრდება მედიკამენტების უფრო სრულყოფილად გამოყენების შესაძლებლობა, შესაბამისად, მატულობს აგრეთვე იმ სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება, რომელიც მძიმე ავადმყოფების მკურნალობითაა დაკავებული). მიზანშეწონილია აგრეთვე, დამფინანსებელმა დღის სტაციონარის ტარიფები შეამციროს მხოლოდ გარკვეული წლების შემდგომ, როდესაც გლობალური ბიუჯეტის დანერგვა

სამედიცინო დაწესებულების სიმძლავრის მნიშვნელოვან ცვლილებებს გამოიწვევს.

ჰოსპიტალიზაციის შემცირებამ შესაძლებელია რთული შემთხვევების რაოდენობის გაზრდა განაპირობოს, რაც მნიშვნელოვნად ზრდის სამედიცინო დახმარების თითოეული ერთეულის ხარჯებს. აღნიშნული მდგომარეობა სერიოზული ეკონომიური ანალიზის ჩატარებას მოითხოვს, რადგან საავადმყოფო არ უნდა დაზარალებულ იქნას ჰოსპიტალიზაციის რთული შემთხვევათა წილის გაზრდით. მიზანშეწონილია, რომ სამედიცინო დახმარების რთული შემთხვევების დადგენილი ღირებულება დიდად არ განსხვავდებოდეს ფაქტიური ხარჯებისაგან. არანაკლებ მნიშვნელოვანია, ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობის შემცირებით მიღებული ეკონომიის საავადმყოფოსათვის თავისი ნებით გამოყენების უფლების მინიჭება.

გლობალური ბიუჯეტის გამოსათვლელად გასაწვეი სამედიცინო დახმარების მოცულობა მრავლდება თითო დახმარებაზე განსაზღვრულ ღირებულებაზე. მნიშვნელოვანია, რომ გლობალური ბიუჯეტის დროს იქმნება სამედიცინო დახმარების მოცულობისა და მისი ღირებულების ბალანსირების შესაძლებლობა. თუ გამიზნულია მოცულობის გაზრდა, მაშინ შესაბამისად შემცირდება თითოეული დახმარების ღირებულება და პირიქით, მოცულობის შემცირება შესაძლებლობას იძლევა გაიზარდოს ჰოსპიტალიზაციის თითოეული შემთხვევის ღირებულება. მთავარია, გაწეული სამედიცინო დახმარების მოცულობა დაფინანსებას შეესაბამებოდეს. ამისათვის აუცილებელია გატარებულ ავადმყოფთა რაოდენობისა და მათზე გაწეული ხარჯების ანალიზი. დადგენილ უნდა იქნეს, თუ რამდენად განსხვავდება თითოეულ შემთხვევაზე განსაზღვრული ტარიფები ფაქტიური დანახარჯებისაგან. მნიშვნელოვანი განსხვავება მიგვითითებს დაუსაბუთებელი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევათა სიჭარბეს, ან ამ შემთხვევათა დაბალ ღირებულებას.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, ცხადია, რომ გლობალური ბიუჯეტის ფორმირება უფრო ხელსაყრელია სტაციონარისა და ამბულატორიის გაერთიანების შემთხვევაში. ასეთ დროს ადვილი მოსახერხებელია ფინანსური საშუალებების სამედიცინო დახმარების ერთი დონიდან მეორე დონეზე გადაადგილება.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, გლობალურმა ბიუჯეტმა შესაძლებელია სამედიცინო დახმარების შედარებით დაბალი ხარისხი განაპირობოს (Lewis et al., 1996). არანაკლებ მნიშვნელოვანია სამედიცინო პერსონალის ეთიკური მხარე. მკვლევართა მიერ ჩატარებული ანალიზით დადგინდა, რომ ზოგიერთ ქვეყანაში, გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსებისას სამედიცინო პერსონალი მათთვის განკუთვნილი საშუალო დროის მხოლოდ 15 %-ზე ნაკლებს მუშაობენ, ხოლო პაციენტის მომსახურებასთან დაკავშირებული ხარჯები 12 %-ს არ აღემატება.

ზემოაღნიშნულის აღმოსაფხვრელად, გლობალური ბიუჯეტის დადგენისას, გარკვეული შეთანხმება უნდა იქნეს მიღწეული სამედიცინო დახმარების ხარისხთან დაკავშირებით. ბევრ ქვეყანაში მხარეებს შორის ხელშეკრულების დადებისას ითვალისწინებენ სამედიცინო დახმარების ხარისხის მაჩვენებლებს (საწოლთა საშუალო დატვირთვა, საწოლთა ბრუნვის კოეფიციენტი, სტაციონარში საშუალო დაყოვნების ხანგრძლივობა. როდესაც ეფექტურობის კრიტერიუმად გამოყენებულია სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა, დაავადების სიმძიმე).

რადგან გლობალური ბიუჯეტი ფიქსირებულია და იგი შესრულებულ საშუალოზე არ არის დამოკიდებული, სამედიცინო დაწესებულებას შეიძლება გაუჩნდეს უარყოფითი სტიმული, შეამციროს დაავადების სამკურნალოდ საჭირო სამედიცინო პროცედურების რაოდენობა, უმკურნალოს მხოლოდ საშუალო სიმძიმის პაციენტებს და თავიდან მოიშოროს დაავადებათა მძიმე შემთხვევები, ან ხარჯების შეკავების და შესაბამისად მოგების მაქსიმიზაციის მიზნით, მინიმალური ხარჯებით ჩაატაროს სამედიცინო მომსახურება. ზემოაღნიშნულის შედეგად მნიშვნელოვნად შემცირდება სამედიცინო დახმარების ხარისხი.

გლობალური ბიუჯეტით ანაზღაურების წარმატებით განხორციელებისათვის მიზანშეწონილია, მთავარი აქცენტის გაკეთება არა ხარჯების შემცირებაზე, არამედ სამედიცინო დახ-

მარების მოცულობისა და ღირებულების დადგენაზე. წინააღმდეგ შემთხვევაში, არასწორად დადგენილი, შემცირებული ლიმიტირების შემთხვევაში სამედიცინო დაწესებულებას არ ექნება ეკონომიკური სტიმული, რაც უარყოფითად იმოქმედებს სამედიცინო დახმარების ხარისხზე.

გლობალური ბიუჯეტის ეფექტურად განხორციელებისათვის და რესურსების სამართლიანად გადანაწილებისათვის მნიშვნელოვანია სამედიცინო დაწესებულებებისათვის დამოუკიდებელი მართვის უფლების მინიჭება. ისინი თვითონ უნდა წყვეტდნენ ისეთ საკითხებს, როგორცაა: გამოყოფილი თანხების თავიანთი შეხედულებისამებრ გადანაწილება, საწოლთა ფონდის შემცირება, დამფინანსებელთან სამედიცინო დახმარების შეთანხმებული მოცულობის ზევით ფასიანი მომსახურების შემოღება, ფინანსირების დამატებითი წყაროების მოპოვება (გამოუყენებელი საშუალებების არენდით გაცემა ან გაყიდვა და ა. შ.).

ამასთან უფრო ეფექტურია სამედიცინო დახმარების არა დანაწევრებული (ფრაგმენტული), არამედ მთელი პაკეტის (ამბულატორიული და სტაციონარული სამედიცინო დახმარება) დაფინანსება.

როდესაც სტაციონარის მომსახურებით სარგებლობს რამდენიმე სადაზღვევო ორგანიზაცია, გლობალური ბიუჯეტით სტაციონარის მომსახურების ასანაზღაურებლად ისინი ხელშეკრულებას აფორმებენ დაზღვეულთა რაოდენობის პროპორციულად სტაციონარის საქმიანობის ავანსირებაზე, რისთვისაც ახორციელებენ სტაციონარში ნამკურნალე დაზღვეულთა რაოდენობის და შემადგენლობის ურთიერთშორის პროპორციულად გადანაწილებას.

4. სტაციონარული სამედიცინო დახმარების თითოეული შემთხვევის ღირებულების დადგენა

სამედიცინო დახმარების თითოეული შემთხვევის ღირებულების დასადგენად გამოიყენება ორი მიდგომა:

- < წინასწარ დადგენილი ტარიფები;
- < შესრულებული სამუშაოს ფაქტიური დანახარჯები.

ერთი შემთხვევის საშუალო ფაქტიური დანახარჯი გამოითვლება მთლიანი დანახარჯების შეფარდებით შემთხვევების ფაქტიურ რაოდენობასთან. აღსანიშნავია, რომ ერთი შემთხვევის საშუალო ფაქტიური დანახარჯი შეიძლება მნიშვნელოვნად იყოს გაზრდილი და არ ითვალისწინებდეს სტაციონარის რესურსების ოპტიმალურ და ეფექტურ გამოყენებას (მაგ. მოწყობილობა დანადგარების მოცდა, დაწესებულების გამოუყენებელ ფართობზე მაღალი სამეურნეო დანახარჯები და სხვა.)

ორივე მიდგომისათვის დამახასიათებელი უარყოფითი მხარეების აღმოსაფხვრელად (შემცირებული ტარიფი, დაბალი ეკონომიკური ეფექტურობა), თითოეული შემთხვევის ღირებულების განსასაზღვრავად გამოიყენება ნორმატივი. ამ დროს იყენებენ არა ნამკურნალე პაციენტთა ფაქტიურ რაოდენობას, არამედ დადგენილ ნორმატივს, რომელიც ითვალისწინებს საავადმყოფოს საწოლთა ფონდის მთლიან დატვირთვას. საავადმყოფოს ყველა არსებული სიმძლავრე უნდა იძლეოდეს რეალურ შემოსავალს. მათი შენახვის ხარჯები ავტომატურად არ უნდა გადაეცეს დამფინანსებელს.

ფინანსური ნორმატივების გათვლისას განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ხელფასზე და მედიკამენტებზე დანახარჯებს. თუ სამედიცინო დაწესებულებას დაგეგმილი აქვს რთული დაავადებების მკურნალობის რაოდენობის გაზრდა, მაშინ აუცილებელია, გათვალისწინებულ იქნას სამუშაოს სირთულის შესაბამისი, ხელფასზე დანამატი და მედიკამენტების უფრო მეტი მოხმარება.

დაწესებულების მიერ შესასრულებელი სამედიცინო დახმარების გეგმიური მოცულობის და ფინანსური ნორმატივების შეფასების შემდგომ დგინდება მთლიანი ბიუჯეტი. წინასწარ განსაზღვრული მთლიანი ბიუჯეტი და სამედიცინო დაწესებულებისგან მოსალოდნელი დაფინანსება დაბალანსებულია. იგი დაახლოებით წინა წლის მოცულობის შესაბამისია. დადგენილთან შედარებით მნიშვნელოვანი გადახრის შემთხვევაში შესაძლებელია დეფიციტის შესავსებად საჭირო დამატებითი ზომების მიღება.

გლობალური ბიუჯეტი ფინანსურ გეგმას წარმოადგენს, რომელიც განსაზღვრავს რესურსების ეკონომიურ, შეზღუდულ გამოყენებას. დაწესებულება ვალდებულია შეასრულოს დადგენილი ფინანსური გეგმა.

სამედიცინო დაწესებულების მიერ ფაქტიურად შესრულებული სამედიცინო დახმარების მოცულობა შესაძლებელია დადგენილი მოცულობისაგან განსხვავდებოდეს. ამასთან, გლობალური ბიუჯეტის დადგენის შემდეგ მასში ცვლილებების შეტანა გარკვეულ სირთულეს წარმოადგენს, რადგან დამატებითი სახსრების მოძიება პრობლემებთანაა დაკავშირებული. ასეთ შემთხვევაში, ანუ, გლობალური ბიუჯეტის გადაჭარბების, ან პირიქით, მისი ლიმიტს ქვევით შესრულების შემთხვევაში, ხელშეკრულებაში მკაფიოდ უნდა იქნეს დადგენილი, თუ ვინ დაფარავს დეფიციტს, როგორ მოიქცეს სამედიცინო დაწესებულება და ვინ იღებს პასუხისმგებლობას ბიუჯეტური თანხების გადაჭარბების, ან არასრული ხარჯვის შემთხვევაში. გარდა ამისა, აუცილებელია განისაზღვროს ე. წ. “რისკის დერეფანი”, ანუ ფაქტიური მოცულობის გეგმიურიდან შესაძლო გადახრა. დადგენილ საზღვრებში ანაზღაურდება სამედიცინო დახმარების შეთანხმებული მოცულობა – როგორც გეგმიური მოცულობის გადაჭარბების, ასევე მისი შეუსრულებლობის შემთხვევაში. მაგალითად, როდესაც დაგეგმილია 100 შემთხვევის ანაზღაურება და “რისკის დერეფანი” 5 %-ს შეადგენს, 105 და 95 შემთხვევა დაფინანსდება როგორც 100 შემთხვევა. 106 შემთხვევა ანაზღაურდება შედარებით დაბალი ფასით, ხოლო 94 შემთხვევის დროს საავადმყოფო არ მიიღებს ერთი შემთხვევის დაფინანსებას. აქვე აღსანიშნავია, რომ ბიუჯეტის სიმცირის პირობებში სამედიცინო დაწესებულებას უფლება აქვს უარი თქვას მთელი მოსახლეობის მომსახურებაზე, ან ცდილობს მოძებნოს დაფინანსების ალტერნატიული წყარო.

ზოგიერთ ქვეყნებში დადგენილი გლობალური ბიუჯეტის გადაჭარბებით შესრულებისას სამედიცინო დაწესებულებას დამატებითი ანაზღაურება ეძლევა. ასეთ შემთხვევაში, საავადმყოფოს შეიძლება გაუჩნდეს განსაზღვრულ მოცულობაზე მეტის ჩატარების სტიმული. აღნიშნულის საწინააღმდეგოდ, დამფინანსებელი ცდილობს თითოეულ დამატებით ჰოსპიტალიზაციაზე კონტროლის გაძლიერებას. აგრევე ურთიერთმოლაპარაკების საფუძველზე დგინდება ბიუჯეტს ზევით დაფინანსების ზღვარი. მაგალითად, გერმანიაში საწოლ/დღეების გეგმაზე ნაკლებით შესრულების შემთხვევაში საავადმყოფო მაინც ღებულობს დაფინანსებას, მხოლოდ ტარიფის 25 %-ით ნაკლებს. მისი გადაჭარბებისას კი მისი ღირებულების მხოლოდ 75 % ანაზღაურდება.

5. სამედიცინო დახმარების ერთეულის ღირებულების დადგენა

გლობალური ბიუჯეტის დასადგენად განისაზღვრება თითოეული სამედიცინო დახმარების ერთეულის ღირებულება, რომელიც სამედიცინო დაწესებულებისათვის შეიძლება იყოს:

- < ერთიანი (უნიფიცირებული);
- < სხვადასხვა (ინდივიდუალური).

პირველ შემთხვევაში სხვადასხვა ტიპისა და დონის სამედიცინო დაწესებულებისათვის შემუშავებულია ერთნაირი, უნიფიცირებული ტარიფი. მეორე შემთხვევაში კი ადგილი აქვს სხვადასხვა სახის სამედიცინო დაწესებულებებისათვის ტარიფების დადგენის ინდივიდუალურ

მიდგომას. თითოეულ დაწესებულებას სამედიცინო დახმარების ღირებულება ინდივიდუალურად განესაზღვრება.

ინდივიდუალური ტარიფების შემთხვევაში დამფინანსებელს აქვს სამედიცინო დაწესებულების შერჩევის უფრო მეტი შესაძლებლობა. ცხადია დამფინანსებელი ხელშეკრულებას გააფორმებს იმ სამედიცინო დაწესებულებასთან, რომელიც სამედიცინო დახმარების ხარისხის გათვალისწინებით დაბალი ფასებით ბევრი მოცულობის სამუშაოს შეასრულებს.

ინდივიდუალური და ერთიანი ტარიფების დადგენისას მნიშვნელოვანია სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენციის გათვალისწინება.

საკონკურსო შერჩევის პარამეტრებს წარმოადგენს სამედიცინო დახმარების მოცულობა და ხარისხი. მაგალითად, 1999 წელს ყაზახეთში ჩატარებული კონკურსის საფუძველზე შეირჩა ის დაწესებულებები, რომლებსაც მომსახურების შედარებით დაბალი ფასები ჰქონდათ დაწესებული. გარკვეული ხნის შემდეგ დადგინდა, რომ აღნიშნულმა საავადმყოფოებმა ვერ შეძლეს სამედიცინო დახმარების საჭირო ხარისხითა და პირობებით უზრუნველყოფა. აუცილებელი გახდა საკონკურსო შერჩევის პრიორიტეტების გადასინჯვა. უპირატესობა მიენიჭა იმ საავადმყოფოებს, რომელნიც მოსახლეობის მხრიდან ფართო მოთხოვნით სარგებლობდნენ. ამგვარად, საავადმყოფოს მუშაობის პრიორიტეტულ მოთხოვნას სამედიცინო დახმარების ხარისხი უნდა წარმოადგენდეს (ი. შეიმანი, 2000).

კონკურენციის პირობებში ინდივიდუალური ტარიფები ეკონომიკური არაეფექტურობით ხასიათდება, რადგან დამფინანსებელი იძულებულია სამედიცინო დახმარება დააფინანსოს სამედიცინო დაწესებულების მიერ ინდივიდუალურად დადგენილი ტარიფების მიხედვით. ამასთან მხედველობაშია მისაღები, რომ სამედიცინო დახმარების მაღალი თვითღირებულება შეიძლება განპირობებული იყოს სამედიცინო პერსონალის სიჭარბით, შენობა-ნაგებობების და სამკურნალო-დიაგნოსტიკური მოწყობილობების არაეფექტური გამოყენებით.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, ინდივიდუალური ტარიფები უფრო მიზანშეწონილია სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენციის არსებობის შემთხვევაში განისაზღვროს. კონკურენციის არარსებობის დროს კი ერთიანი, უნიფიცირებული ტარიფები უნდა იქნეს შემოღებული.

ცხრილი 5: ტარიფის სხვადასხვა სახეების დანერგვის მიზანშეწონილობა

ტარიფის სახე	ინდივიდუალური ტარიფი	ერთიანი ტარიფი
დანერგვის მიზანშეწონილობა	კონკურენციის არსებობისას	კონკურენციის არსებობისას

დამფინანსებელი კონკურსის საფუძველზე სამედიცინო დაწესებულებებს შორის ახდენს იმ სამედიცინო დაწესებულებების შერჩევას, რომლებიც შესაბამისი პროფილის მიხედვით საჭირო სიმძლავრეს და დადგენილი ბიუჯეტის ფარგლებში ხარისხის სტანდარტებით გათვალისწინებულ სამედიცინო დახმარებას უზრუნველყოფენ საანგარიშო პერიოდში.

მნიშვნელოვანია სხვადასხვა ტიპისა და დონის სამედიცინო დაწესებულებებისათვის ერთიანი და ინდივიდუალური ტარიფების ერთმანეთთან სწორი შეხამება. ამისათვის შემუშავებულია ტარიფების დადგენის ეტაპობრივი სისტემა.

პირველ ეტაპზე ხორციელდება დამფინანსებელსა და ყველა სამედიცინო დაწესებულებებს შორის შეთანხმება. ტარიფების დასადგენად შეიმუშავენ ფასწარმოქმნის ერთიან, ზოგადპირობებს და სხვადასხვა ტიპისა და დონის სამედიცინო დაწესებულებებისათვის ტარიფების საშუალო ღირებულებას.

სამედიცინო დახმარების ხარისხზე კონტროლს, ხარჯების შეკავებას. ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შესამცირებლად რესურსების გამოყენებაზე მკაცრი კონტროლი დაწესდა, სამედიცინო დახმარების მოცულობა და ხარჯები ლიმიტირებული გახდა, დადგინდა სამედიცინო დახმარების თითოეულ სახეზე განსაზღვრული ტარიფები, შემოღებულ იქნა საჯარიმო სანქციები პროცედურების ჭარბად და დაუსაბუთებლად დანიშნვის შემთხვევაში.

მიკროდონეზე სამედიცინო მომსახურების ეფექტურობის გაზრდის მიზნით ბევრ ქვეყნებში იყენებენ ფინანსური წახალისების ფორმებს, რისთვისაც შემოღებულია ანაზღაურების შერეული, კომბინირებული მეთოდები. ასე მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში გამოიყენებენ ანაზღაურების შერეულ სისტემას, რომელიც მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სამედიცინო დახმარებაზე ექიმის დამოკიდებულებაზე. დიდ ბრიტანეთში არსებული სულადობრივი დაფინანსების რთული, დიფერენცირებული ფორმა ითვალისწინებს მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობას, ასაკს, სქესს და ა. შ. გარდა სულადობრივი დაფინანსების მეთოდისა არსებობს მიზნობრივი დაფინანსების მეთოდიც. მიზნობრივი დაფინანსების მეთოდის საშუალებით ექიმს დამატებით ეძლევა ანაზღაურება პროფილაქტიკური ღონისძიებების განსაზღვრული დონის მისაღწევად.

სკანდინავიის ქვეყნებში შემოღებულ იქნა დაფინანსების შერეული სისტემები. ფინეთში ექიმების შემოსავლის 60 % ფიქსირებული ხელფასით ფინანსდება, 20 % სულადობრივი მეთოდით, 15 % სერვისების მიხედვით, ხოლო 5 % დამატებით დაფინანსებას შეადგენს. ნორვეგიაში ოჯახის ექიმები ღებულობენ 50 % სულადობრივ დაფინანსებას, 30 % სერვისების მიხედვით, ხოლო 20 %-ს პაციენტის თანაგადახდის საშუალებით.

დანიამი ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ანაზღაურების 1/3-ს სულადობრივი ანაზღაურების მეთოდი წარმოადგენს, ხოლო დანარჩენ 2/3-ს სერვისების მიხედვით ანაზღაურება (Davis 2002).

ექსპერტთა აზრით, ისეთი სისტემებისათვის, რომლის საფუძველს წარმოადგენს სულადობრივი და ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების მეთოდები, ყველაზე უფრო მიზანშეწონილია დაფინანსების შერეული მეთოდის არსებობა. თუმცა, ძალიან ძნელია დაფინანსების მეთოდებს შორის გარკვეული ბალანსის მიღწევა და მათი შედარებით იდეალური თანშეწყობისათვის კონსენსუსის მიღწევა.

ჯანდაცვის ხარჯების შესამცირებლად ბევრ ქვეყნებში შემოღებულია პაციენტის მიერ თანაგადახდა. თანაგადახდის პრინციპი საგრძობლად ამცირებს ექიმის დაინტერესებას, გაზარდოს ვიზიტებისა და სამკურნალო ღონისძიებების რაოდენობა. მაგალითად, შვეციაში ექიმთან ვიზიტისას პაციენტი იხდის 6 ა.შ.შ. დოლარს, საბერძნეთში დოლარზე ნაკლებს. პირველადი სამედიცინო დახმარების სისტემაში პაციენტის მიერ თანაგადახდა საერთოდ არ გამოიყენება ისეთ ქვეყნებში, როგორცაა: იტალია, გერმანია, პორტუგალია და ესპანეთი.

მიუხედავად იმისა, რომ ლიმიტების დაწესება და საკონტროლო ღონისძიებები მნიშვნელოვნად ამცირებენ ჯანდაცვის ხარჯებს, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ექსპერტების თვალსაზრისით, სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი წარმოადგენს ყველაზე უფრო ძვირადღირებულ მეთოდს და მისი დანერგვა ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში, განსაკუთრებით ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების საწყის ეტაპებზე არაა რეკომენდირებული. მისი მთავარი მიზეზებია:

- < ამ ქვეყნებში ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები მნიშვნელოვნად მცირეა;
- < სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდისთვის დამახასიათებელია გათვლების პროცედურების და კონტროლის მექანიზმის სირთულე, ექიმთა დაბალი პროფესიული ეთიკა;
- < სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი არ იძლევა პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარების სტიმულს. ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვაზე მცირე დაფინანსებაა და ამასთან ერთად, ავადობის მაღალი დონე აღინიშნება, რაც თავის მხრივ ცხოვრების არსებულ წესთანაა დაკავშირებული, უფრო პრიორიტეტულია პრევენციული

მედიცინის განვითარება. ცხადია, პროფილაქტიკური ღონისძიებები მნიშვნელოვნად ამცირებს ხარჯებს, რაც ესოდენ საგულისხმოა მწირი დაფინანსების შემთხვევაში.

სამედიცინო მომსახურების მეთოდების არჩევისას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება მეთოდების ერთმანეთთან შესაბამისობას. ასე მაგალითად, პოლიკლინიკის სულადობრივი მეთოდით დაფინანსება კარგად ვერ ეწყობა სტაციონარების დიაგნოზთან დაკავშირებული დაჯგუფებების (DRG) მიხედვით დაფინანსების მეთოდს. ასეთ შემთხვევაში პოლიკლინიკას არ აქვს ჰოსპიტალიზაციის შემცირების ინტერესი, მაშინ როცა სტაციონარი დაინტერესებულია გაზარდოს მოცულობა. პრაქტიკა გვიჩვენებს, რომ ასეთ პირობებში ხდება ფინანსური საშუალებების თანდათანობითი გადანაწილება სტაციონარული მომსახურების მხარეს (რაც ეკონომიკურად არარაციონალურია).

საჭიროა პოლიკლინიკის ეკონომიკური ინტერესის სტიმულირების უზრუნველყოფა, სტაციონარული მომსახურების ცალკეული სახე თავის დონეზე გადმოიტანოს. ასე მაგალითად, მომსახურების ასეთი სახეებისათვის პოლიკლინიკის დაფინანსება მკურნალობის დასრულებული შემთხვევის მიხედვით (ზოგ შემთხვევაში სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი ანაზღაურების მეთოდით).

მნიშვნელოვანია “ფონდდამჭერის” (Fundholding) ელემენტების ფართოდ გამოყენება, ანუ სტაციონალური სამედიცინო მომსახურებაზე განკუთვნილი ფინანსური საშუალებების გარკვეული ნაწილის პოლიკლინიკაზე გადაცემა. სამედიცინო მომსახურების ინტეგრირებული მიწოდების სისტემისათვის, რომელიც ახორციელებს როგორც პოლიკლინიკურ, ასევე სტაციონარულ მომსახურებას, შესაძლოა გამოვიყენოთ გლობალური ბიუჯეტით ანაზღაურება. გლობალური ბიუჯეტით ანაზღაურებისას სულადობრივი ნორმატივი სტრუქტურულ განყოფილებებს შორის მომსახურების მოცულობისა და ღირებულების შესაბამისადაა გაყოფილი. ასეთი მეთოდის ერთ-ერთ ვარიანტს წარმოადგენს სულადობრივი ნორმატივით განყოფილების ნაწილობრივი დაფინანსება და სარეზერვო ფონდის (Pool) ფორმირება, რომლიდანაც სადაზღვევო ორგანიზაცია აფინანსებს ისეთ შემთხვევებს, რომლის მკურნალობა შესაძლებელია როგორც პოლიკლინიკურად, ასევე სტაციონარულად, ანუ მათ შორის კონკურენცია ხორციელდება დამატებითი ფინანსური საშუალებების მოსაპოვებლად.

საკონტროლო კითხვები

1. გლობალური ბიუჯეტის შემუშავების რა მეთოდები არსებობს?
2. შემოხაზეთ სწორი პასუხი

ინფრასტრუქტურის მიხედვით დადგენილი ფიქსირებული ბიუჯეტის უარყოფითი მხარეებია:

1. ანგარიშსწორების სირთულე;
 2. ერთმანეთისაგან არა გამოყოფილი სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელი (სამედიცინო დაწესებულება) და დამფინანსებელი, ისინი ერთმანეთთან არიან ინტეგრირებული;
 3. სამედიცინო დაწესებულება დაინტერესებულია შეამციროს პერსონალის რაოდენობა;
 4. საავადმყოფო დაინტერესებულია სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის გაზრდით;
 5. დაბალია სამედიცინო დახმარების ხარისხი.
3. შემოხაზეთ სწორი პასუხი

ისტორიული მეთოდით დადგენილი გლობალური ბიუჯეტის თვისებებია:

- < საავადმყოფოსთან ანგარიშსწორების სირთულე.
 - < მეთოდის დანერგვის ადვილად განხორციელებადობა.
 - < მნიშვნელოვნად იზრდება ჯანდაცვის ხარჯები;
 - < საავადმყოფო ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობის გაზრდით არ არის დაინტერესებული;
 - < იზრდება სამედიცინო დაწესებულების ეკონომიკური საქმიანობის დონე.
 - < გლობალური ბიუჯეტი ხელს უწყობს სამედიცინო დაწესებულების სტრუქტურულ ცვლილებებს.
4. ჩამოთვალეთ გლობალური ბიუჯეტის გამოთვლის ეტაპები
 5. გლობალური ბიუჯეტის გათვლისათვის ძირითადად რა სახის სტატისტიკური მონაცემების ანალიზი კეთდება?
 6. გლობალური ბიუჯეტის გათვლისათვის ძირითადად რა სახის ფინანსური მონაცემების ანალიზი კეთდება?
 7. შემოხაზეთ სწორი პასუხი
კონკურენციის არსებობისას რომელი სახის ტარიფია უფრო მიზანშეწონილი?
< ინდივიდუალური
< ერთიანი (უნიფიცირებული)
 8. ყოველი სამედიცინო დაწესებულებისათვის ნოზოლოგიებზე ინდივიდუალურ ტარიფების დაწესება როდისაა უფრო მიზანშეწონილი და რატომ?
< სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენციის არსებობისას
< სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენციის არარსებობისას

ლიტერატურა

1. შეიმაი ი. “ჯანდაცვის სისტემის მართვისა და დაფინანსების რეფორმირება”, მოსკოვი, 1998წ.
2. Шейман И.М. Экономика Здравоохранения, Москва, ТЕИС, 2001.
3. Alain C. Enthoven, and Wynand P.M.M. van de Ven, Going Dutch — Managed-Competition Health Insurance in the Netherlands.
4. Keeler E. B. Brode M. Economic incentives in the choice between vaginal delivery and Caesarean section, Milbank Q. 1993. Vol. 71, N 3. P. 365-404.

5. Busse R, Reisberg A. Health Care System in Transition: Germany, Copenhagen, WHO. Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
6. თ. სირბილაძე, DRG-ის მეთოდი, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2007 წ.
7. ე. ნაცვლიშვილი, ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაფინანსების მეთოდები გერმანიაში, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2007 წ.
8. Saltman R.B and Figueras J. (Ed.) European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 1997.
9. Witter S. and Ensor T. Health economics for Developing Countries. The University of York, Centre for Health Economics International Programme. Macmillan, 2000.
10. ნ. ნუცუბიძე, სამედიცინო დაზღვევა ნიდერლანდებში, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

თავი XXXI

სამედიცინო ორგანიზაციის შიდასამეურნეო ურთიერთობების საფუძვლები

სამედიცინო ორგანიზაციებში დასაქმებული პერსონალის ეკონომიკური მოტივაცია დაფუძნებულია სამეურნეო ურთიერთობათა ორ ფორმაზე:

- < დამფინანსებელ მხარესა და სამედიცინო ორგანიზაციას შორის ურთიერთობები სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების თაობაზე;
- < სამედიცინო ორგანიზაციის შიდა ურთიერთობები.

სამედიცინო ორგანიზაციის შიდა ურთიერთობები მყარდება ორგანიზაციის ადმინისტრაციასა და მის განყოფილებებს შორის, აგრეთვე თვით განყოფილებებს შორის. ამ ურთიერთობების არსი მდგომარეობს განყოფილებების ეკონომიკური ინტერესების შეთანხმებაში, სამედიცინო ორგანიზაციის ერთიან სტრატეგიაში მათ დაქვემდებარებაში. მოცემულ თავში განიხილება შიდასამეურნეო ურთიერთობების სხვადასხვა მოდელები, მათი შემუშავების და გამოყენების მეთოდები.

31.1. სამედიცინო ორგანიზაციის შიდასამეურნეო ურთიერთობების მოდელები

შიდასამეურნეო ურთიერთობების სხვადასხვა ფორმები განიხილება როგორც შიდასამეურნეო ურთიერთობების მოდელები. სამედიცინო ორგანიზაციაში სამედიცინო მომსახურების სხვადასხვა სახეების გაწევა ურთიერთდაკავშირებულია. ორგანიზაციის წარმატება დამოკიდებულია ყველა განყოფილების შეთანხმებულ მოქმედებებზე, ამიტომ განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია შიდასამეურნეო ურთიერთობების სისტემის ჩამოყალიბება. შიდა ურთიერთობების ქვეშ იგულისხმება ორგანიზაციის ადმინისტრაციასა და მის განყოფილებებს შორის, აგრეთვე თვით განყოფილებებს შორის ურთიერთობები.

შიდასამეურნეო ურთიერთობების მოდელი წარმოადგენს მოდელს, რომელიც იძლევა განყოფილებების მოქმედებების შედეგების განსაზღვრის და ამ შედეგებით მართვის წესებს.

შიდასამეურნეო ურთიერთობების მოდელების გამოყენების მიზანს წარმოადგენს სამედიცინო ორგანიზაციის მიერ არჩეული სტრატეგიის რეალიზაცია. სტრატეგიის არჩევა განსაზღვრავს შიდასამეურნეო ურთიერთობების მოდელის არჩევანს.

შეიძლება გამოყენდეს ორი მთავარი მარკეტინგული სტრატეგია – თავდაცვითი (ბაზრის შენარჩუნება) და შეტევითი (ბაზრის გაფართოება და/ან მომსახურების ნომენკლატურის გაფართოება). ამ ორ სტრატეგიას შეესაბამება შიდასამეურნეო ურთიერთობების მოდელების ორი ჯგუფი – ადმინისტრაციული და ფინანსური.

31.1.1. შიდასამეურნეო ურთიერთობების ადმინისტრაციული მოდელები

ეს მოდელები დაფუძნებულია:

- < საწარმოო მაჩვენებლების დაგეგმარებაზე განყოფილებების ჭრილში;
- < სამედიცინო ორგანიზაციების მოქმედებების საერთო საფინანსო შედეგების განსაზღვრაზე;

< განყოფილებების მოქმედების საწარმოო შედეგების შეფასებაზე.

როდესაც შედეგების მართვა გულისხმობს განყოფილების ეკონომიკურ სტიმულირებას მიღწეული საწარმოო მაჩვენებლების შესაბამისად (როგორც მოცულობითი, ასევე ხარისხობრივი), მაშინ მოცემული მოდელი წარმოადგენს **ადმინისტრაციულ მოდელს ეკონომიკური მართვის ელემენტებით**.

მის სარეალიზაციოდ საჭიროა მულტიპლიკატორის (განზოგადოებული მაჩვენებლის) არსებობა, რომელიც საშუალებას იძლევა შევადაროთ და ერთმანეთს შევადაროთ სხვადასხვა განყოფილებების საწარმოო მოქმედებების შედეგები.

ეს მოდელები ძალიან პოპულარულს წარმოადგენენ. ყველაზე გავრცელებული ვარიანტი აგებულია ქულობრივი სისტემის საფუძველზე. დაგეგმილი საწარმოო მაჩვენებლები ფასდება ქულებით. გეგმის მიუღწევლობა და გარკვეული დარღვევები განაპირობებენ ქულების დაკარგვას. შესაფასებელ პერიოდში განისაზღვრება თითოეული განყოფილების მიერ გამოშუშავებული ქულების რაოდენობა. შემდგომ (მოდელის სახესხვაობის მიხედვით) ხელფასის მთელი ფონდი ან ეკონომიკური სტიმულირების ფონდი ნაწილდება განყოფილებებს შორის მოპოვებული ქულების პროპორციულად.

ასეთი მოდელის ფუნქციონირების წარმატება დამოკიდებულია მაჩვენებლების შემუშავებული პაკეტის ადექვატურობაზე, იმ მაჩვენებლებისა, რომლებიც დაგეგმილია თითოეულ განყოფილებაზე. ცნობილია ასეთი მოდელის რეალიზაციის წარმატებული ვარიანტები, კერძოდ, პოლიკლინიკებისათვის. მოცემულ მოდელში მულტიპლიკატორის (განზოგადებული კომპლექსური მაჩვენებელი) როლში გამოდის განყოფილების მიერ დაგროვილი ქულების რაოდენობა.

შიდასამეურნეო ურთიერთობების ადმინისტრაციული მოდელის სხვა ვარიანტი მულტიპლიკატორად იყენებს “შედეგის მიღწევის კოეფიციენტს”, რომელიც ფორმულირებულია “საბოლოო შედეგების მოდელების” საფუძველზე.

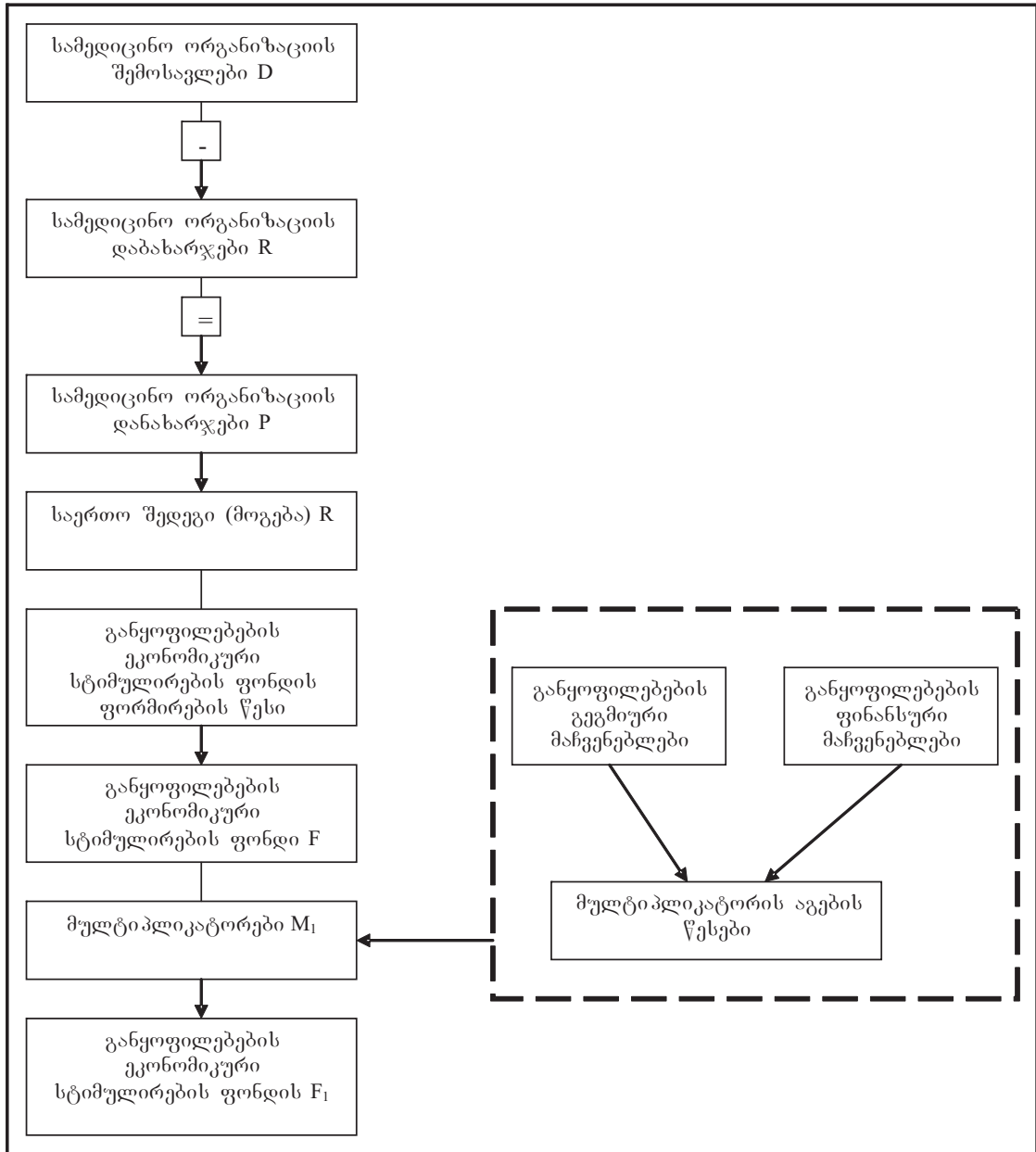
შიდასამეურნეო ურთიერთობების ადმინისტრაციული მოდელის სქემა ეკონომიკური მართვის ელემენტებით მოცემულია ნახატზე.

საერთო მოგებიდან P ეკონომიკური სტიმულირების წესების საფუძველზე გამოიყოფა განყოფილების ეკონომიკური სტიმულირების ფონდის F ფორმირებისათვის საჭირო თანხა. ი განყოფილების ეკონომიკური სტიმულირების ფონდი F_1 -ის ფორმირება ხდება ეკონომიკური სტიმულირების საერთო ფონდიდან F მულტიპლიკატორის გამოყენებით:

$$F_i = F \times M / \sum M_i = F \times M_i / M_1 + M_2 + \dots + M_n$$

სადაც n – განყოფილებების რაოდენობაა, M - მულტიპლიკატორი (კომპლექსური მაჩვენებელი, განყოფილებების მოქმედების შედეგების შემფასებელი).

ნახაზი 1: შიდასამეურნეო ურთიერთობების ადმინისტრაციული მოდელი ეკონომიკური მართვის ელემენტებით.



31.1.2. შიდასამეურნეო ურთიერთობების ფინანსური მოდელები

ეს მოდელები დაფუძნებულია:

- < განყოფილებების ბიუჯეტის ფორმირებაზე;
- < მიღწეული ფინანსური შედეგების აღრიცხვაზე;
- < ფაქტიური მაჩვენებლების გეგმიურიდან გადახრის შეფასებაზე.

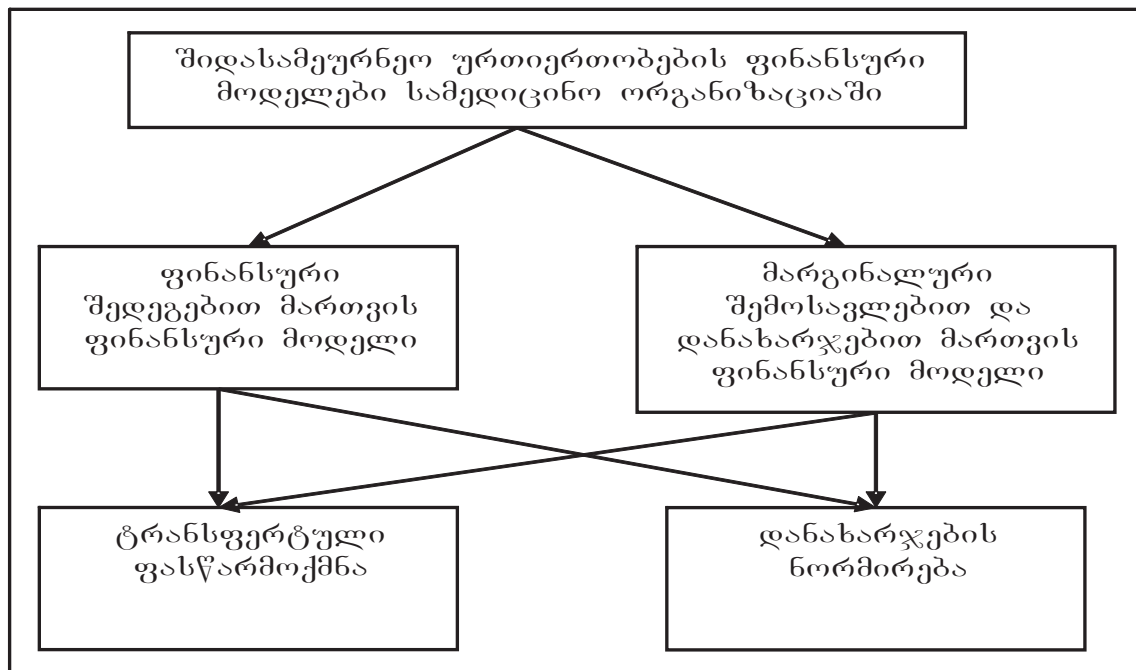
ფინანსურ მოდელებს მიზანშეწონილია დაემატოს “არაფინანსური” მაჩვენებლები, რომელიც აფასებს მოქმედების ხარისხს, მის ეფექტურობას, უსაფრთხოებას, პროფილაქტიკურ მიმართულებას.

ფინანსური მოდელის ადმინისტრაციული მოდელისგან განსხვავება მდგომარეობს იმაში, რომ იგი ეფუძნება ფინანსურ დაგეგმარებას. განყოფილების მუშაობის ფინანსური დაგეგმარების ტექნოლოგია, შედეგების აღრიცხვა და შეფასება ცნობილია როგორც **ბიუჯეტირების ტექნოლოგია**.

ბიუჯეტირების დანერგვა წინ უნდა უძღოდეს შიდასამეურნეო ურთიერთობების ფინანსურ მოდელზე გადასვლას და წარმოადგენს ფინანსური მოდელის წარმატებით ფუნქციონირების პირობას. რაში მდგომარეობს ფინანსური მოდელის სიახლე ადმინისტრაციულ მოდელთან განსხვავებით? ეს არის სამედიცინო ორგანიზაციის მიერ გაწეული მომსახურების თვითღირებულების მართვის შესაძლებლობა. თვითღირებულების მართვა წარმოადგენს კონკურენტულ ბრძოლაში გამარჯვების პირობას.

სამედიცინო ორგანიზაციის შიდასამეურნეო ურთიერთობების ფინანსური მოდელების კლასიფიკაცია მოყვანილია ნახატზე. ქვემოთ განხილულია ამ მოდელების ფუნქციონირების პრინციპები.

ნახაზი 2: ფინანსური მოდელების კლასიფიკაცია



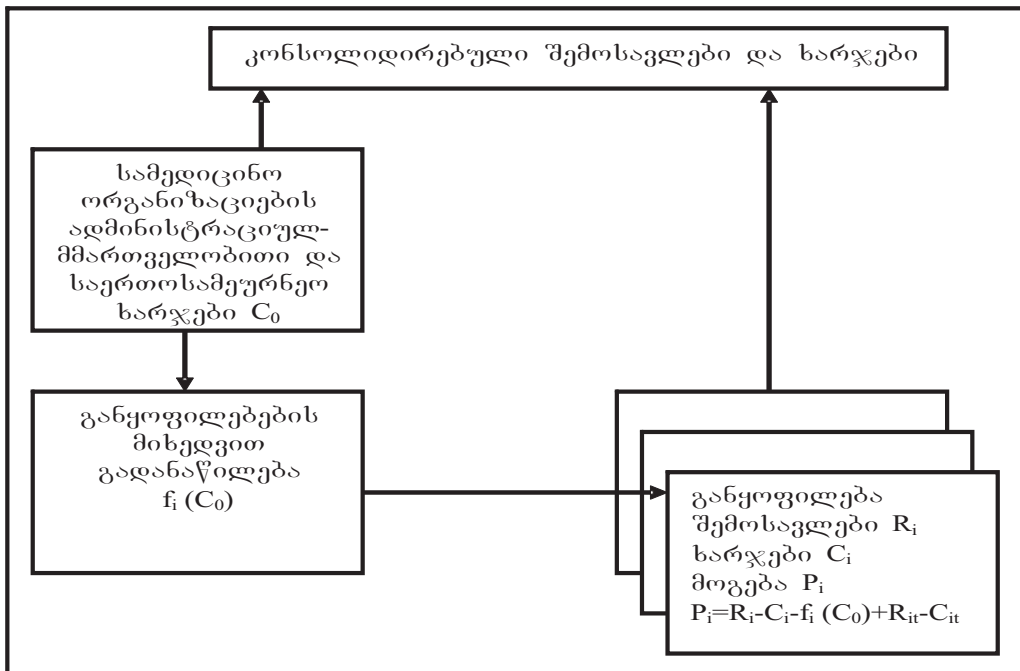
31.1.2.1. ფინანსური შედეგებით მართვის ფინანსური მოდელი

აღნიშნული მოდელი გულისხმობს, რომ განყოფილებებს რომლებიც უზრუნველყოფენ მოგებას, ეკუთვნის ორგანიზაციის ყველა ხარჯები. განყოფილებების შემოსავალი წარმოიქმნება მომსახურების რეალიზაციით გარე მომხმარებლებზე და/ან ერთი განყოფილების მომსახურების რეალიზაციით მეორეზე. თითოეული განყოფილების მიხედვით განისაზღვრება ფინანსური შედეგი (მოგება ან ზარალი), რომელიც წარმოადგენს განყოფილების საწარმოო შედეგების შეფასებას. პრობლემა მდგომარეობს იმაში, რომ სამედიცინო მომსახურებისათვის, ფინანსური მოდელის დანერგვისას განყოფილებებს შორის საჭიროა კორიზონტალური ფინანსური კავშირების დამყარება. ეს კავშირები შეიძლება დამყარდეს ტრანსფერტული (შიდა) ფასწარმოქმნის ან ხარჯების ნორმირების საფუძველზე.

31.1.2.2. ტრანსფერტული ფასწარმოქმნის საფუძველზე ფინანსური შედეგებით მართვის ფინანსური მოდელი

შიდასამეურნეო ურთიერთობების ფინანსური მოდელები გამოიყენება სტაციონარებში, რომლის დროსაც სამედიცინო დაწესებულებების სამკურნალო განყოფილებები პარაკლინიკურ განყოფილებებთან ანგარიშსწორებას გაწეულ მომსახურებაზე ახდენენ ტრანსფერტული (შიდადაწესებულებრივი) ფასების გამოყენებით და შემოსავლის გარკვეულ პროცენტს რიცხავენ ადმინისტრაციული და უზრუნველყოფის სამსახურების შენახვისათვის. აღნიშნული მოდელი წარმოდგენილია ნახატზე.

ნახაზი 3: შიდასამეურნეო ურთიერთობების ფინანსური მოდელი



სტაციონარის შემოსავლების ფორმირება ხდება სამკურნალო განყოფილებების მიერ, რომლებიც დაფინანსებას ღებულობენ მკურნალობის დამთავრებულ შემთხვევაზე. სამკურნალო განყოფილებების მიერ პარაკლინიკური განყოფილებების მომსახურების ანაზღაურება ტრანსფერტული (შიდა) ფასებით წარმოადგენს სამკურნალო განყოფილებების ტრანსფერტულ ხარჯებს და პარაკლინიკური განყოფილებების ტრანსფერტულ შემოსავლებს.

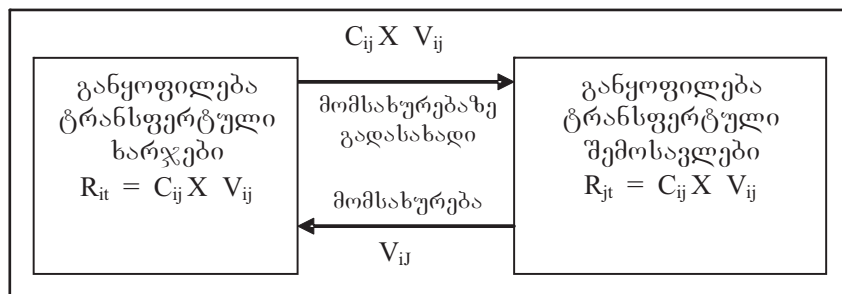
სამკურნალო განყოფილებების მიერ ადმინისტრაციულ-მმართველობით და სამეურნეო განყოფილებებზე გადარიცხული თანხები წარმოადგენენ ამ უკანასკნელთა მომსახურების ტრანსფერტულ ფასს. ამ სახსრებისგან ხდება ადმინისტრაციულ-მმართველობითი და სამეურნეო განყოფილებების ტრანსფერტული შემოსავალი.

თითოეული განყოფილებისათვის გათვალისწინებულია პირდაპირი ხარჯები C_i , ტრანსფერტული ხარჯები C_{it} , ადმინისტრაციულ-მმართველობითი და საერთოსამეურნეო ხარჯები $f_i (C_0)$.

განყოფილებების შემოსავლებს წარმოადგენს გარე მომხმარებლის მომსახურების რეალიზაციისგან შემოსავლები R_i . და/ან შიდა მომხმარებელზე მომსახურებისათვის ტრანსფერტული შემოსავლები R_{it} .

ნახატზე გამოსახულია ტრანსფერტული ფასწარმოქმნის საფუძველზე განყოფილების ურთიერთქმედების სქემა.

ნახაზი 4: ტრანსფერტული ფასწარმოქმნის საფუძველზე განყოფილების ურთიერთქმედების სქემა



განყოფილების ტრანსფერტული ხარჯები i_j ტოლია J განყოფილების მიერ მომსახურების მოცულობის V_{ij} ტრანსფერტულ ფასებში C_{ij} ანაზღაურების (მაგალითად, სამკურნალო განყოფილების მიერ ერთ-ერთი პარაკლინიკური განყოფილების ანაზღაურება).

მოგება P_i , რომლის ფორმირება ხდება J განყოფილების მიერ, გამოიყენება ეკონომიკური სტიმულირებისათვის მოგების ზომის კორექტირების შემდეგ, მულტიპლიკატორის საშუალებით, რომლითაც ხდება სამედიცინო დახმარების ხარისხის და მოქმედების სხვა ასპექტების შეფასება.

$$F_i = P_i \times M_i$$

სადაც F_i – J განყოფილების ეკონომიკური სტიმულირების ფონდი.

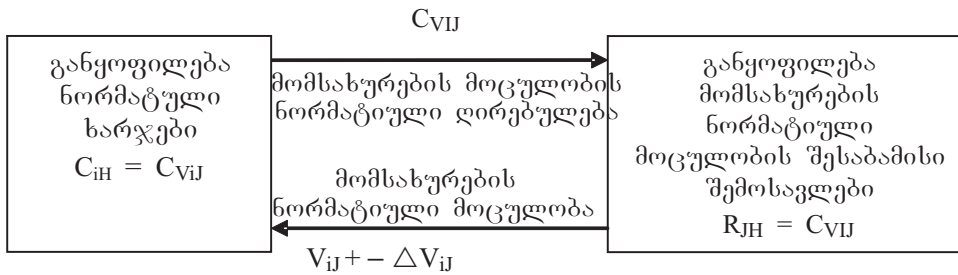
31.1.2.3. ხარჯების ნორმირების საფუძველზე ფინანსური შედეგებით მართვის ფინანსური მოდელი

ამ შემთხვევაში სტაციონარის სამკურნალო განყოფილებები პარაკლინიკურ განყოფილებებთან ახდენენ მათთვის საჭირო მომსახურების მოცულობის და საერთო ღირებულების შეთანხმებას. შეთანხმებისას დგინდება რისკის კორილორი, ანუ მომსახურების მოცულობის მოსალოდნელი ცვლილების პროცენტი, რომლის დროსაც სამკურნალო განყოფილებები პარაკლინიკურ განყოფილებებს უხდიან შეთანხმებულ თანხას, მაგალითად, მომსახურების მოცულობის $+ - 10\%$. განისაზღვრება როგორ იცვლება შეთანხმებული თანხა მომსახურების მოცულობის 10% -ზე მეტის ცვლილებისას.

მოცემული მეთოდის უპირატესობა მდგომარეობს იმაში, რომ განყოფილებები იძულებული არიან გამოწვლილვით დაგეგმონ თავიანთი მოქმედება და მათ არ აქვთ პაციენტთა გამოკვლევების ეკონომიის ეკონომიკური სტიმული.

ნახატზე მოცემულია განყოფილებების ურთიერდამოკიდებულება ნორმირებული ხარჯების საფუძველზე.

ნახაზი 5: განყოფილებების ურთიერდამოკიდებულება ნორმირებული ხარჯების საფუძველზე.



i განყოფილების ნორმატიული ხარჯები (C_{iH}) ტოლია J განყოფილების მიერ გაწეული მომსახურების ნორმატიული მოცულობის ღირებულების (V_{iJ}), ანუ უკანასკნელის შემოსავლის R_{JH} ფორმირება ხდება არა თითოეულ მომსახურებაზე ტრანსფერული ფასის მიხედვით ანაზღაურების ფორმით, არამედ სამკურნალო განყოფილებიდან შეთანხმებული თანხის C_{ViJ} ყოველთვიური ანაზღაურების ფორმით. შეთანხმება წარმოებს რისკის დერეფანის $\square V_{iJ}$ შესახებაც, რომლის ფარგლებშიც ხდება შეთანხმებული თანხის ანაზღაურება, აგრეთვე იმ წესების შესახებ, რომლითაც იცვლება ეს თანხა რისკის დერეფნის საზღვრებიდან გასვლის შემდეგ.

31.1.2.4. მარბინალური შემოსავლებისა და ხარჯების მიხედვით შიდასამშურნეო ურთიერთობების მართვის ფინანსური მოდელი

სამედიცინო ორგანიზაციების განყოფილებები, რომლებიც აწარმოებენ საბოლოო შედეგებს, არავითარ გავლენას არ ახდენენ ორგანიზაციის მუდმივ ხარჯებზე (როგორც საწარმოო, ასევე ადმინისტრაციულ-სამეურნეო). განყოფილებების ფინანსური მართვისათვის მათ ბიუჯეტში გათვალისწინებული უნდა იყოს ისეთი დანახარჯები, როგორიცაა: ცვლადი ხარჯები, კერძოდ, დანახარჯები მედიკამენტებზე, მასალებზე, კვება, ელექტროენერგია, გამოყენებული სამედიცინო

აპარატურა, სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება. სამედიცინო განყოფილებებისათვის სწორედ ამ ხარჯების დაგეგმვა და გათვალისწინება ხდება.

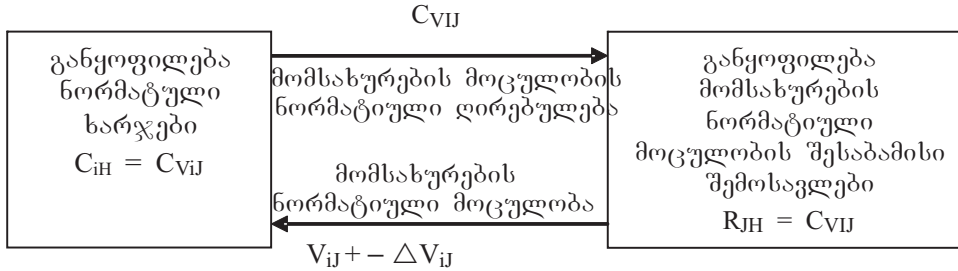
ასეთი ფინანსური მოდელები დაფუძნებულია განვითარებულ ქვეყნებში პოპულარულ თვითღირებულების აღრიცხვის მეთოდზე, რომელიც ცნობილია “დირექტ-ქოსთინგი” სახელით. დირექტ-ქოსთინგი არ ითვალისწინებს მთლიანი ღირებულების გათვლას განყოფილებების ჭრილში. მართვის ობიექტს წარმოადგენს არა მოგება, არამედ მარგინალური შემოსავალი, განყოფილებებს შორის ხარჯები და აგრეთვე კონტროლი იმაზე, რომ განყოფილებების მუშაობის მიხედვით განხორციელდეს ადმინისტრაციული და საერთოსამეურნეო ხარჯების დაფარვა. მარგინალურ შემოსავალში იგულისხმება სხვაობა შემოსავალსა და ცვლად საწარმოო ხარჯებს (როგორც პირდაპირი, ასევე, ირიბი) შორის.

ფინანსური მოდელის ამ ჯგუფს შეიძლება მივაკუთვნოთ მოდელი, რომელიც გამოიყენება პოლიკლინიკებში, სადაც დაფინანსება ხდება სულაღობრივი ნორმატივის მიხედვით სამედიცინო დახმარების მთელ მოცულობაზე (ფონდის მესაკუთრის მეთოდი - Fundholder). ამ დროს პოლიკლინიკის საერთო შემოსავლიდან გამოიყოფა ადმინისტრაციული და საერთოსამეურნეო ხარჯები. ზოგადი პრაქტიკის ექიმების განყოფილებები ხდებიან ფონდის მესაკუთრეები (დარჩენილი შემოსავლის ფარგლებში) და პარაკლინიკურ განყოფილებებს, ვიწრო სპეციალისტებს, დღის სტაციონარს და სხვ. უხდიდნენ ტრანსფერტული (შიდა) ფასების მიხედვით, ხოლო გარე მომსახურებისათვის სხვა სამედიცინო დაწესებულებებს (ჰოსპიტალიზაცია, სასწრაფო და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გამოძახება, გამოკვლევა) უხდიდნენ დაწესებულებათშორისო ფასებით. შედეგად, ყოველი განყოფილება ახდენდა მარგინალური შემოსავლის ფორმირებას.

მარგინალური შემოსავლებისა და ხარჯების მიხედვით შიდასამეურნეო ურთიერთობების მართვის ფინანსური მოდელის ფინანსური შედეგები განისაზღვრება მხოლოდ საერთოდ სამედიცინო ორგანიზაციის მიხედვით. ამიტომ ეკონომიკურ სტიმულირების დებულებაში ასახული უნდა იყოს განყოფილებების ეკონომიკური სტიმულირების ფონდების ფორმირების წესი. იმ განყოფილებებისათვის, რომლებიც მუშაობენ მოგებაზე, ეკონომიკური სტიმულირების ზომა დგინდება განყოფილებების რენტაბელობის პროპორციულად, რომელიც გათვლილია როგორც მარგინალური შემოსავლის კავშირი დანახარჯებთან (პროცენტებში). მოცემულ მოდელში სამედიცინო დანახარჯების ოპტიმიზაციის მიზნით გამოიყენება ტრანსფერტული ფასები ან ხარჯების ნორმირება. ამასთან ტრანსფერტულ ფასებში ან ნორმირებულ ხარჯებში შედის მხოლოდ გათვალისწინებული ცვლადი ხარჯები.

მარგინალური შემოსავლებისა და ხარჯების მიხედვით (ხარჯების ნორმირების საფუძველზე) შიდასამეურნეო ურთიერთობების მართვის ფინანსური მოდელის სქემა მოცემულია ნახატზე.

ნახაზი 6: მარგინალური შემოსავლებისა და ხარჯების მიხედვით (ხარჯების ნორმირების საფუძველზე) შიდასამეურნეო ურთიერთობების მართვის ფინანსური მოდელი



i განყოფილების მარგინალური შემოსავლის P_{im} ფორმირება ხდება გარე მომხმარებლებისგან (R_i) და/ან შიდა მომხმარებლებისგან (R_{iH}) მიღებულ შემოსავლებსა და ხარჯებს C_i და/ან C_{iH} შორის სხვაობით, სადაც C_i – i განყოფილების პირდაპირი ცვლადი ხარჯებია, C_{iH} – i განყოფილების ხარჯები სხვა განყოფილებების მომსახურების ანაზღაურებისათვის.

ხარჯების ნორმირების მაგალითს წარმოადგენს ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მიმართვით ვიწრო სპეციალისტის მიერ პაციენტთა კონსულტაციების რაოდენობის და მისი ღირებულების შეთანხმება. ეს თანხები წარმოადგენს ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ხარჯებს (C_{iH}) და ვიწრო სპეციალისტის შემოსავლებს (R_{iH}). ჩატარებული კონსულტაციების რაოდენობის 10 %-ზე მეტით გაზრდის შემთხვევაში, ანაზღაურება მატულობს დამატებით კონსულტირებული პაციენტების რაოდენობის პროპორციულად. იმ შემთხვევაში, როდესაც ზოგადი პრაქტიკის ექიმი დაგეგმილზე ნაკლები რაოდენობის პაციენტს გააგზავნის საკონსულტაციოდ, ანაზღაურების ზომა არ იცვლება. მოცემულ შემთხვევაში გამოიყენება რისკის ერთმხრივი დერეფანი $\square V_{iJ} = +10 \%$, რომელიც არახელსაყრელს ხდის ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მიერ კონსულტაციაზე მიმართვების რაოდენობის დაგეგმილზე ნაკლებად შემცირებას და კონსულტაციაზე მიმართვების რაოდენობის დაგეგმილზე 10 %-ზე მეტით გაზრდას.

31.2. შიდასამეურნეო ურთიერთობების მოდელის არჩევა და ფორმირება

შიდასამეურნეო ურთიერთობების მოდელის არჩევა და ფორმირება შეიძლება წარმოადგინოთ შემდეგი თანმიმდევრული ნაბიჯების სახით:

- < სამედიცინო ორგანიზაციის სტრატეგიის შემუშავება;
 - < შიდასამეურნეო ურთიერთობების მოდელის არჩევა;
 - < ბიუჯეტირების დადგენა;
 - < განყოფილებების მუშაობის “არაოფიციალური” შედეგების მაჩვენებლების და შეფასების წესების დაგეგმვა;
 - < ხელმძღვანელის პირადი პასუხისმგებლობის განსაზღვრა;
 - < ეკონომიკური სტიმულირების მეთოდის შემუშავება.
- განვიხილოთ ცალკეული ნაბიჯები.

31.2.1. სამედიცინო ორგანიზაციის სტრატეგიის შემუშავება.

სტრატეგიის შემუშავება ხორციელდება ბიზნესდაგეგმარების პროცესში. ორგანიზაციის სუსტი და ძლიერი მხარეების ანალიზის, კონკურენტების, მომხმარებელთა ბაზრის შესაძლებლობების და შეზღუდვების ანალიზის საფუძველზე ხდება მარკეტინგული სტრატეგიის შემუშავება. შეტევითი სტრატეგია ითვალისწინებს გაწეული მომსახურების მოცულობის გაზრდას ახალი პაციენტების მიზიდვის ხარჯზე, რომელთა მომსახურება ხორციელდება როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო სახსრების საფუძველზე. სამედიცინო ორგანიზაციები ახორციელებენ მკურნალობის იმ ახალი ტექნოლოგიების განვითარების დაგეგმვას, რომლებშიც საჭიროებენ პაციენტები. თავდაცვითი სტრატეგია გულისხმობს პაციენტთა და მომსახურების ნომენკლატურის შენარჩუნებას ხარისხის გაზრდის და თვითღირებულების შემცირების საშუალებით.

31.2.2. შიდასამეურნეო ურთიერთობების მოდელის არჩევა

ნებისმიერი შეტევითი სტრატეგია მოითხოვს ინვესტიციებს და შეიცავს რისკის ელემენტებს. ზარალის თავიდან აცილების თვალსაზრისით, საჭიროა დაწესებულებების წინაშე მიზნების დასახვა და ამ მიზნების მისაღწევად ძლიერი სტიმულების შემუშავება. ამგვარად, შეტევითი სტრატეგიის დროს მიზანშეწონილია შიდასამეურნეო ურთიერთობების ფინანსური მოდელის არჩევა.

თავდაცვითი სტრატეგია შეიძლება დამყარებული იყოს ადმინისტრაციულ მოდელზე ეკონომიკური მართვის ელემენტებით. ამასთან აუცილებელია მომსახურების თვითღირებულების გათვალისწინება, სხვა მხრივ შესაძლებელია ხარჯების მიუღებელი ზრდა. ასე რომ, ფინანსური დაგეგმარების და მმართველობითი აღრიცხვის დანერგვა მიზანშეწონილია ადმინისტრაციული მოდელის არჩევის დროსაც. ეს მით უფრო აუცილებელია, როდესაც თავდაცვითი სტრატეგია ითვალისწინებს სამედიცინო მომსახურების ბაზრის საკუთარი სექტორის შენარჩუნებას მომსახურების თვითღირებულების შემცირების ხარჯზე.

როგორც ვხედავთ, ფინანსური დაგეგმარება და მმართველობითი აღრიცხვა (ბიუჯეტირება) აუცილებელია შიდასამეურნეო ურთიერთობების ფინანსური მოდელის არჩევისათვის და შეიძლება განხორციელდეს ადმინისტრაციული მოდელის დანერგვასთან ერთად. ბიუჯეტირების განხილვამდე განყოფილების მუშაობის საწარმოო შედეგების შეფასება შესაძლებელია მხოლოდ დაგეგმილი საწარმოო მაჩვენებლების (ნამკურნალევ პაციენტთა რაოდენობა, დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა და ა. შ.) შესრულების ანალიზის მიხედვით. სხვადასხვა განყოფილებების შედეგების ურთიერთშედარებისათვის საჭიროა კომპლექსური მაჩვენებლის (მულტიპლიკატორი) ფორმირება, რომელიც მოახდენს განყოფილების მიერ დაგეგმილი საწარმოო მაჩვენებლების მიღწევის შეფასებას.

ბიუჯეტირების დანერგვისას განყოფილების საწარმოო მუშაობა, ნატურალური მაჩვენებლების გარდა, შეიძლება დახასიათდეს ფინანსური მაჩვენებლებით – შემოსავლებით და გასაყვლებით. ჩნდება სხვადასხვა განყოფილებების საწარმოო მუშაობის ურთიერთშედარების და ობიექტური შეფასების შესაძლებლობა ერთიანი ფინანსური მაჩვენებლების საშუალებით, რისთვისაც გამოიყენება მარტივი გეგმა-ფაქტის ანალიზი (მაჩვენებლების გეგმიური და ფაქტიური მნიშვნელობების შედარებითი ანალიზი). შეფასების სრულყოფა ხდება მულტიპლიკატორის დამატებით, რომელიც ახდენს ხარისხის, უსაფრთხოების, პროფილაქტიკური მიმართულებების და მუშაობის სხვა ასპექტების შეფასებას, რომლებიც

სრულად არ ხასიათდებიან ფინანსური მაჩვენებლებით (მაგრამ ზემოქმედებენ ფინანსურ მაჩვენებლებზე). ამგვარად, ბიუჯეტირების დანერგვით, მიზანშეწონილია ადმინისტრაციულიდან შიდასამეურნეო ურთიერთობების უფრო მარტივ, გასაგებ და ეფექტურ ფინანსურ მოდელზე გადასვლა.

31.2.3. ბიუჯეტირება

ბიუჯეტირება წარმოადგენს ორგანიზაციის განყოფილებების მუშაობის ფინანსური დაგეგმარების, აღიქვისა და ანალიზის სისტემას. ანგარიშგების საწყის პერიოდში ბიუჯეტები წარმოადგენენ გეგმებს, რომლებიც ახდენენ მიმდინარე პერიოდში შემოსავლებისა და გასავლების შესახებ პროგნოზირებას. პერიოდის დასასრულს ბიუჯეტი გვევლინება ერთგვარი საზომის როლში, მისი საშუალებით შესაძლებელია განხორციელდეს გარკვეული გადახრების მართვა: მიღებული შედეგები შევადაროთ დაგეგმილს და მოახდინოთ შემდგომი მოქმედების კორექცია.

ბიუჯეტირება მოიცავს:

- < ბიუჯეტები როგორც ფინანსური გეგმები არჩეული პოზიციების მიხედვით;
- < ფინანსური ანგარიშგება, როგორც ბიუჯეტების შესრულების შედეგი;
- < გეგმა-ფაქტის ანალიზი.

ბიუჯეტირების ფორმირებისას აუცილებელია სამედიცინო ორგანიზაციაში გამოიყოს ცენტრები, რომლებიც წამოადგენენ ფინანსური მართვის ობიექტებს, ანუ განხორციელდეს სამედიცინო ორგანიზაციის ფინანსურ სტრუქტურის ფორმირება. ფინანსური მართვის ობიექტებს განეკუთვნებიან ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრები.

ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრები წარმოადგენენ ისეთ სტრუქტურულ განყოფილებებს ან განყოფილებების ჯგუფს, რომლებსაც შეუძლიათ პირდაპირი გავლენა მოახდინონ სამედიცინო ორგანიზაციის მუშაობის შემოსავალზე და რენტაბელობაზე, აგრეთვე აიღონ პასუხისმგებლობა მათ წინაშე დასახული მიზნების რეალიზაციაზე და დადგენილი ლიმიტის ფარგლებში შეინარჩუნონ ხარჯების დონე.

ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრების საშუალებით მართვის მეთოდოლოგია დამყარებულია იმაზე, რომ სამედიცინო ორგანიზაციის ფინანსური მოღვაწეობის ორგანიზაცია დაფუძნებულია შემოსავლების და გასავლების დაბალანსებაზე.

31.2.3.1. ფინანსური სტრუქტურის ორგანიზაციის ფუნქციონირება

ფინანსური სტრუქტურის ორგანიზაცია გულისხმობს შემდეგი საკითხების შემუშავებას:

- < ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრების ჩამონათვალი;
- < ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრების კლასიფიკაცია პასუხისმგებლობების სახეების მიხედვით;
- < ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრების ინფორმაციის კონსოლიდაციის სქემები.

მუშაობის ხასიათის მიხედვით განყოფილებებს შეიძლება გააჩნდეთ შემდეგი სახის პასუხისმგებლობები:

- < პასუხისმგებლობა მოგებაზე
- < პასუხისმგებლობა შემოსავალზე;
- < პასუხისმგებლობა ხარჯებზე;
- < პასუხისმგებლობა ინვესტიციაზე.

სხვადასხვა ფინანსურ მაჩვენებლებზე გავლენის მიხედვით გამოყოფენ ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრების შემდეგ სახეებს.

მოგების ცენტრი – სტრუქტურული დანაყოფი, რომლის მუშაობა პირდაპირაა დაკავშირებული საბოლოო პროდუქტების რეალიზაციასთან, რომლებიც უზრუნველყოფენ მოგების მიღებას.

შემოსავლის ცენტრი – სტრუქტურული დანაყოფი, რომლის მუშაობა პირდაპირაა დაკავშირებული ორგანიზაციის მიერ მიღებულ შემოსავალზე.

დანახარჯების (გასავლების) ცენტრი – სტრუქტურული დანაყოფი, რომელიც ახდენს მოგების და შემოსავლების ცენტრების, აგრეთვე საინვესტიციო ცენტრების მხარდაჭერას და ფუნქციონირების უზრუნველყოფას. მათ პირდაპირი გავებით არ მოაქვთ მოგება.

საინვესტიციო ცენტრები – სტრუქტურული დანაყოფი, რომელიც პასუხისმგებლობას იღებს ინვესტიციებზე და პირდაპირაა დაკავშირებული ახალი ტექნოლოგიების დანერგვასთან, რომელთაგან მოგების მიღება მოსალოდნელია მომავალში.

ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრების დროს ითვალისწინებენ შემდეგ ფაქტორებს:

< სტრუქტურული განყოფილების ფუნქციური ერთგვაროვნება;

< საერთო მართვის და ერთიანი მატერიალურ-ტექნიკური უზრუნველყოფის არსებობა;

< სტრუქტურული განყოფილებების მუშაკების შესაძლებლობა გავლენა იქონიონ შემოსავლებზე და გასავლებზე.

განვიხილოთ სამედიცინო ორგანიზაციის ფინანსური სტრუქტურის ვარიანტები.

31.2.3.2. სტაციონარის ფინანსური სტრუქტურა

სტაციონარში საბოლოო მომსახურების ძირითად მწარმოებლებს განეკუთვნებიან **სამკურნალო განყოფილებები**. სამკურნალო განყოფილებების ექიმები ზემოქმედებენ შემოსავალზე სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების მეთოდზე დამოკიდებულებით. მაგ., სერვისების მიხედვით ანაზღაურების (fee for service) შემთხვევაში მათ შეუძლიათ გაზარდონ განყოფილებაში მიღებულ პაციენტთა რაოდენობა, რაც თავის მხრივ ზრდის შემოსავალს. საწოდლებით ანაზღაურების შემთხვევაში, ექიმი ცდილობს გაზარდოს პაციენტის სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა. თუ პარაკლინიკური განყოფილებების მომსახურება ცალკე ანაზღაურდება, ამ მომსახურებათა მოცულობა აგრეთვე დამოკიდებულია მკურნალი ექიმის მიერ გაცემულ დანიშნულებებზე. გლობალური ბიუჯეტით სტაციონარული დახმარების შეთანხმებული მოცულობის მიხედვით ანაზღაურების შემთხვევაში ექიმები დახმარების შეკვეთილი მოცულობის შესრულებით უზრუნველყოფენ შემოსავლების შეთანხმებული მოცულობის მიღებას. ამგვარად სამკურნალო განყოფილებები იღებენ შემოსავლებზე პასუხისმგებლობას.

რა გავლენას ახდენენ სამკურნალო განყოფილებები სამედიცინო ორგანიზაციის დანახარჯებზე? დაგეგმილთან შედარებით ხარჯების შემცირებით, ექიმები ახდენენ მოგების ფორმირებას. ხარჯების შემცირების უმთავრეს საშუალებას წარმოადგენს სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის შემცირება. ამ დროს მცირდება ცვლადი ხარჯები, ხოლო იმავე საწოდლებზე შესაძლებელია სხვა ავადმყოფების მკურნალობა, რაც მუდმივი ხარჯების (რომლებიც შეადგენენ საერთო ხარჯების 70-80 %-ს) ბევრ შემთხვევაზე განაწილების ხარჯზე ამცირებს შემთხვევის თვითღირებულებას. ამას გარდა, სწორედ მკურნალი ექიმები უნიშნავენ პაციენტს პარაკლინიკურ განყოფილებებში გამოკვლევას და მკურნალობას, რითაც განსაზღვრავენ მათზე ხარჯებს. ისინი წყვეტენ, თუ როდისა შესაძლებელია პაციენტის დღის სტაციონარში გადაყვანა, რაც ასევე ამცირებს ხარჯებს.

ამგვარად, სამკურნალო განყოფილებები იღებენ როგორც შემოსავლებზე, ასევე გასავლებზე პასუხისმგებლობას და წარმოადგენენ მოგების ცენტრებს. მათთვის მიზანშეწონილია ფინანსური გეგმის შემუშავება შემოსავლების და გასავლების ბიუჯეტის ფორმის სახით.

პარაკლინიკური განყოფილებები უზრუნველყოფენ სამკურნალო-დიაგნოსტიკურ პროცესს. პარაკლინიკური სამსახურების ნაწილი ახდენს მხოლოდ სტაციონარის სამკურნალო-დიაგნოსტიკური პროცესის უზრუნველყოფას (მუშაობენ სამკურნალო განყოფილებებზე). ნაწილი წარმოადგენს საბოლოო მომსახურების მწარმოებელს (როგორც მოსახლეობისათვის, ასევე სხვა სამედიცინო ორგანიზაციების შეკვეთით). ამგვარად, პარაკლინიკური განყოფილებები, რომლებიც აწარმოებენ საბოლოო მომსახურებას, პირდაპირ გავლენას ახდენენ სამედიცინო ორგანიზაციის შემოსავლებზე, ხოლო დანარჩენები ახდენენ ირიბ გავლენას – ავადმყოფთა ოპერატიული გამოკვლევის გზით და ამის საფუძველზე პაციენტთა მკურნალობის საშუალო ხანგრძლივობის შემცირებით.

განვიხილოთ პარაკლინიკური განყოფილებების გავლენა სამედიცინო ორგანიზაციის დანახარჯებზე. ისინი პირდაპირ გავლენას არ ახდენენ სამედიცინო ორგანიზაციის დანახარჯებზე იმ შემთხვევაში, როდესაც ორგანიზაციაში ხდება მასალებსა და მედიკამენტებზე კუთვნილი დანახარჯების ნორმირება. ეს სამსახურები ზემოქმედებენ მუდმივი ხარჯების ზომაზე. გავლენის მთავარ ფაქტორებს განეკუთვნებიან – დაკავებული ფართობების მოცულობა, დიაგნოსტიკური მოწყობილობის დატვირთვის დონე. უკანასკნელი, თავის მხრივ, განისაზღვრება პერსონალის საშტატო განაკვეთით, სამუშაო დროითა და ინტენსიურობით. მუშაობის ოპტიმალური ორგანიზაციისას პარაკლინიკური განყოფილებები გავლენას ახდენენ შემთხვევის თვითღირებულების შემცირებაზე მუდმივი დანახარჯების შემცირების ხარჯზე.

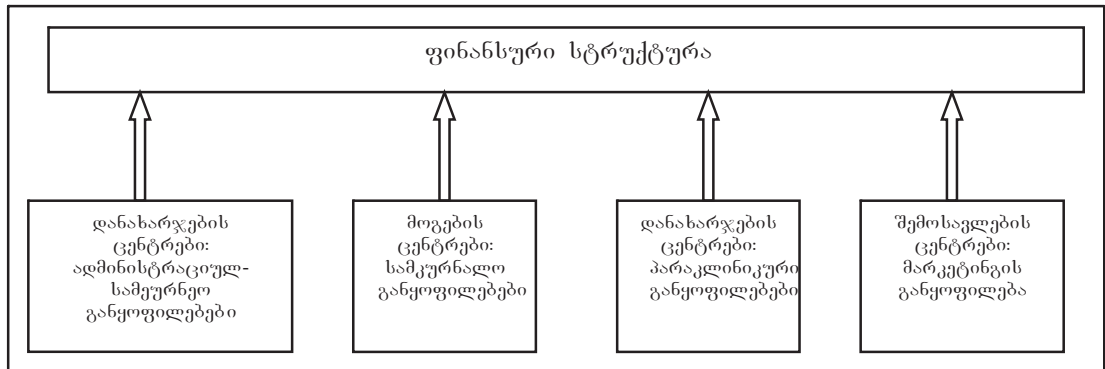
ამგვარად, პარაკლინიკური სამსახურები შეიძლება განვიხილოთ როგორც შემოსავლების, ასევე მოგების ცენტრებად. ფინანსური პასუხისმგებლობის სახის არჩევანი დამოკიდებულია გარკვეულ ფაქტორებზე. უპირველეს ყოვლისა, ეს არის პარაკლინიკური განყოფილების მომსახურების საერთო მოცულობაში საბოლოო მომსახურების წილი. გარდა ამისა, როდესაც სტაციონარი უპირატესად მკურნალობის დასრულებულ შემთხვევებზე ანაზღაურდება და დაინტერესებულია პაციენტთა რაოდენობის ზრდით და შესაბამისად პარაკლინიკური განყოფილების დატვირთვის გაზრდით, მაშინ მიზანშეწონილია ყველა პარაკლინიკური ცენტრები გახდნენ მოგების ცენტრებად. შესაბამისად, მოგების პარაკლინიკური ცენტრებისათვის ფინანსური გეგმა ფორმირდება შემოსავლების და გასავლების ბიუჯეტის სახით, ხოლო ხარჯების პარაკლინიკური ცენტრებისათვის ფინანსური გეგმა წარმოადგენს ხარჯების ნუსხას.

არასამედიცინო, ადმინისტრაციულ-მმართველობითი და საერთოსამეურნეო სამსახურები, როგორც წესი წარმოადგენენ ხარჯების ცენტრებს. მათი ფინანსური გეგმები წარმოადგენენ ხარჯების ნუსხას. ამასთან, შეიძლება გამოყვით ცალკეული სამსახურები, რომლებიც პასუხისმგებელი არიან სამედიცინო ორგანიზაციის შემოსავლებზე.

განყოფილებებიდან შეიძლება გამოყვით მარკეტინგის სამსახური, რომლის ფუნქციებს განეკუთვნებიან მომხმარებელთა მოძებნა, ასევე სამედიცინო ორგანიზაციის ფასის პოლიტიკის განსაზღვრა. რადგანაც იგი გავლენას ახდენს სამედიცინო ორგანიზაციის შემოსავლებზე, მიზანშეწონილია იგი მიეკუთვნოს შემოსავლების ცენტრს. ადმინისტრაციული და საერთოსამეურნეო სამსახურები განეკუთვნება გასავლების ცენტრს.

ამასთან ტრანსფერტული ფასთწარმოქმნის საფუძველზე ფინანსური შედეგების მართვის ფინანსური მოდელის გამოყენებისას ყველა განყოფილებები შეიძლება წარმოადგენდნენ მოგების ცენტრებს.

ნახაზი 7: სტაციონარის ფინანსური სტრუქტურის ვარიანტი



31.2.3.3. პოლიკლინიკის ფინანსური სტრუქტურა

პოლიკლინიკისათვის მოგების ცენტრებს შეიძლება წარმოადგენდნენ თერაპიული (პედიატრიული) განყოფილებები, რომელთა შემადგენლობაში მუშაობენ ზოგადი პრაქტიკის ექიმები. პოლიკლინიკის სულადობრივი პრინციპით დაფინანსებისას ყოველ მიმაგრებულ პაციენტზე ზოგადი პრაქტიკის ექიმი პასუხისმგებელია სამედიცინო ორგანიზაციის შემოსავლებზე, რადგან შემოსავლები მიმაგრებული პაციენტების რაოდენობის პროპორციულია.

ზოგადი პრაქტიკის ექიმი აგრეთვე პასუხისმგებელია სამედიცინო ორგანიზაციის ხარჯებზე, მათ შორის გარე - იმ შემთხვევაში, როდესაც სულადობრივი ნორმატივი ითვალისწინებს სხვა სამედიცინო ორგანიზაციების მომსახურების ანაზღაურებას. გამოკვლევის და მკურნალობის მოცულობის განსაზღვრისას, სამედიცინო ორგანიზაციის როგორც შიგნით, ასევე გარეთ, უბნის ექიმი არსებით გავლენას ახდენს ხარჯებზე, რადგანაც პოლიკლინიკის პაციენტთა უმეტესი ნაწილი მას მიმართავს.

ზოგადი პრაქტიკის ექიმი როდესაც წვევს პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის საკითხს, მისი დასაბუთებული აუცილებლობის შემთხვევაში, მას აგზავნის არა სტაციონარში, არამედ დღის სტაციონარში (ან ბინაზე მკურნალობა). შესაბამისად პოლიკლინიკას შეიძლება ჰქონდეს ორმაგი შემოსავალი – დღის სტაციონარში ან ბინაზე მკურნალობის დასრულებული შემთხვევის შემოსავალი და დამატებითი სტიმულირება ჰოსპიტალიზაციის დონის შემცირებისათვის.

ამგვარად, თერაპიული (პედიატრიული) განყოფილებისათვის ფინანსური გეგმა ფორმირდება შემოსავლებისა და გასავლების ბიუჯეტის ფორმით თითოეული ზოგადი პრაქტიკის ექიმის ჭრილში.

ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრები სპეციალიზირებული განყოფილებების და კაბინეტების ბაზაზე შეიძლება იყვნენ დანახარჯების ცენტრები (სულადობრივი დაფინანსების დროს) ან მოგების ცენტრები შესრულებული სამუშაოს ან კონკრეტული შემთხვევების მიხედვით ანაზღაურების დროს.

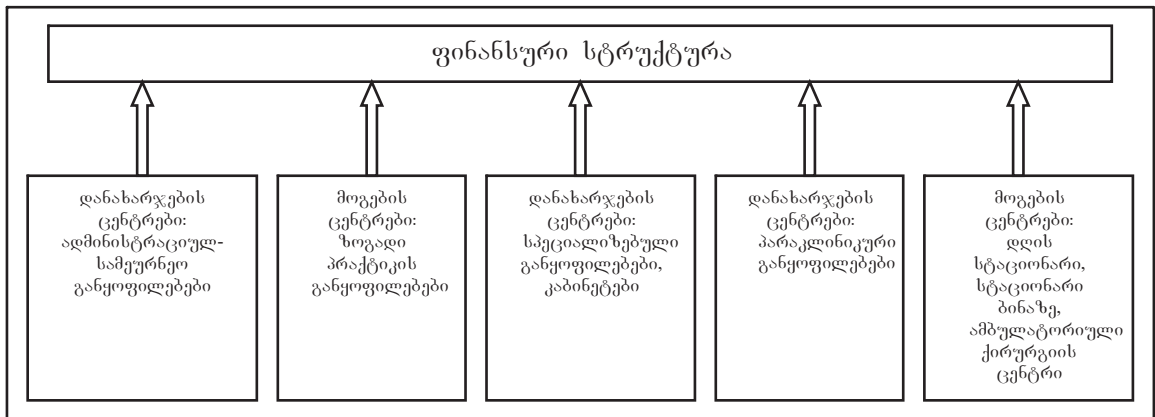
ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრები დღის სტაციონარის ბაზაზე, ბინაზე სტაციონარის და ამბულატორიული ქირურგიის დროს, რომელთა ანაზღაურება ხორციელდება დასრულებული შემთხვევების მიხედვით, წარმოადგენენ საბოლოო მომსახურების მწარმოებლებს და შესაბამისად, გავლენას ახდენენ შემოსავლებზე. პარაკლინიკური განყოფილებების მომსახურების

გამოყენებისას, ისინი გავლენას ახდენენ პოლიკლინიკის დანახარჯებზე. ამგვარად, ისინი წარმოადგენენ მოგების ცენტრებს.

სპეციალიზებული და კონსულტაციური პოლიკლინიკების ფინანსური სტრუქტურა დამოკიდებულია ანაზღაურების მეთოდზე: შესრულებული სამუშაოს ან კონკრეტული შემთხვევების მიხედვით ანაზღაურების დროს სამკურნალო განყოფილებები წარმოადგენენ მოგების ცენტრებს, პარაკლინიკური განყოფილებები – მოგების ან შემოსავლების ცენტრებს, ხოლო ადმინისტრაციულ-სამკურნეო – დანახარჯების ცენტრებს.

პოლიკლინიკის ფინანსური სტრუქტურის ვარიანტი, რომელიც ფინანსდება სულადობრივი ნორმატივით გამოსახულია ნახატზე.

ნახაზი 8: პოლიკლინიკის ფინანსური სტრუქტურის ვარიანტი

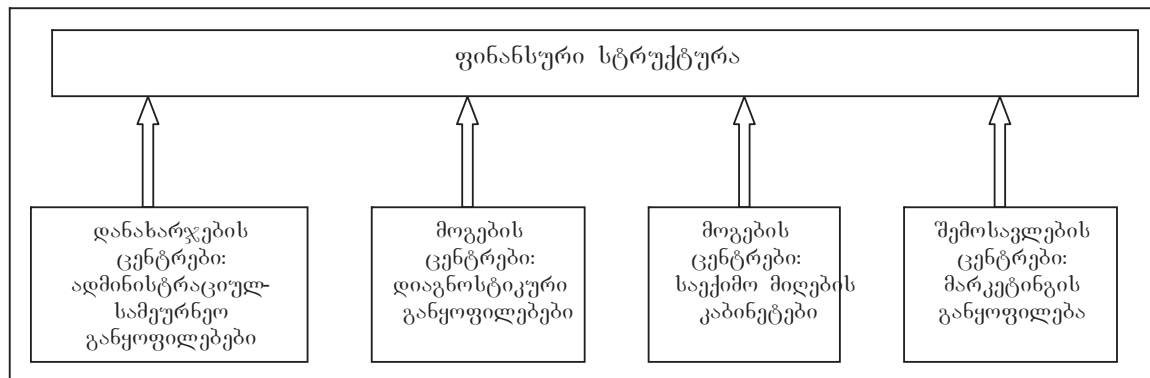


31.2.3.4. კლინიკურ-დიაგნოსტიკური ცენტრების ფინანსური სტრუქტურა

კლინიკურ-დიაგნოსტიკურ ცენტრებში, სადაც ანაზღაურება ხორციელდება ცალკეული შემთხვევების მიხედვით, ყველა განყოფილება – საექიმო მიღების და დიაგნოსტიკური, წარმოადგენენ მოგების ცენტრებს, რადგანაც პაციენტი შეიძლება გაიგზავნოს კონკრეტულ გამოკვლევაზე პირდაპირ და არა მხოლოდ ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მიერ. ადმინისტრაციულ-სამკურნეო განყოფილებები წარმოადგენენ დანახარჯების ცენტრებს.

ფინანსური სტრუქტურის შემუშავების შემდეგ ხდება ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრების ფინანსური ბიუჯეტების ფორმირება.

ნახაზი 9: კლინიკურ-დიაგნოსტიკური ცენტრის ფინანსური სტრუქტურის ვარიანტი



31.2.4. კომალექსური მაჩვენებლების (გულტიკლიკატორი) შეფასება

სამედიცინო ორგანიზაცია წარმოადგენს ორგანიზაციულ სისტემას, რომელიც უზრუნველყოფს პერსონალის ფუნქციონირებას დასახული მიზნების მისაღწევად. ორგანიზაციის მართვისათვის საჭიროა მიზნების დეკომპოზიცია (გადანაწილება ორგანიზაციის სტრუქტურულ ერთეულებზე) და ხარისხობრივი მიზნებიდან შეფასების კონკრეტული კრიტერიუმების სისტემაზე გადასვლა.

დეკომპოზიცია წარმოადგენს მიზნების, ამოცანების, კრიტერიუმების და შესაბამისი რიცხობრივი მაჩვენებლების მიმაგრებას სხვადასხვა იერარქიული დონის ორგანიზაციის სტრუქტურულ ელემენტებზე. დეკომპოზიციის სხვადასხვა მეთოდები არსებობს.

დეკომპოზიციის ეტაპზე, რომელიც უზრუნველყოფს გადასაწყვეტ პრობლემაზე ზოგად წარმოდგენას, ხორციელდება:

- < კვლევის საერთო მიზნის განსაზღვრა და დეკომპოზიცია;
- < პრობლემის დადგენა;
- < ზემოქმედების ფაქტორების აღწერა.

ხშირად დეკომპოზიცია ხორციელდება მიზნის ხის და ფუნქციის ხის შედგენით. ამ დროს უმთავრეს პრობლემას წარმოადგენს ორი ურთიერთსაწინააღმდეგო პრინციპების დაცვა:

- < **პრობლემის სისრულე** უნდა განიხილებოდეს მაქსიმალურად მრავალმხრივად და დაწვრილებით;
- < **სიმარტივე** – მიზნისა და ფუნქციის ხე უნდა იყოს მაქსიმალურად კომპაქტური.

კომპრომისი მიიღწევა ოთხი ძირითადი ასპექტის გათვალისწინებით:

არსებითობა – მოდელი უნდა მოიცავდეს მხოლოდ იმ კომპონენტებს, რომლებიც ანალიზის მიზნების მიმართებაში არსებითს წარმოადგენენ;

- < ელემენტარულობა – დეკომპოზიციის დაყვანა მარტოვ, გასაგებ, რეალიზებად შედეგამდე;

- < მოდელის თანდათანობითი დეტალიზაცია;

- < იტერატიულობა – მიზნისა და ფუნქციის ხის სხვადასხვა შტოში დეკომპოზიციის ახალი ელემენტების შემოტანა

შეფასების კრიტერიუმების გაერთიანებით იქმნება კომპლექსური მაჩვენებლები (მულტიპლიკატორი), რომელიც შესაძლებლობას იძლევა შეფასდეს კონკრეტულ მიზნების მიღწევა.

მულტიპლიკატორების შესაქმნელად გამოიყენება ქვემოთ მოყვანილი პროცედურები.

ნორმირებული სკალის გამოყენება. მნიშვნელობა ენიჭება ნორმატიულ (გეგმიურ) მაჩვენებლებს. მიზნის მიღწევა ფასდება ნორმატიული (გეგმიური) მაჩვენებლების მიხედვით, უპირატესად შეფარდებით ერთეულებში.

ერთსაზომიანი სკალის გამოყენება გულისხმობს მიზნის მიღწევის გაზომვის მრავალსაზომიანი სკალიდან ერთსაზომიან სკალაზე გადასვლას. მაგალითად, ნატურალური მაჩვენებლების მიხედვით გაზომვა, ან წარმოების და მოხმარების მოცულობის ფულადი გაზომვა.

აგრეგირების პროცედურების გამოყენება, მაგალითად, შეჯამება, გამრავლება ან უფრო რთული ფორმულების გამოყენება.

მატრიცული აგრეგაცია (გაერთიანება) გამოიყენება შეფასებების წყვილ-წყვილად განზოგადების დროს, რომელთაც აქვთ გრადაციის საბოლოო რიცხვი. მაგალითად, საჭიროა ორი მაჩვენებლის გაერთიანება, რომელთაც აქვთ სამი შესაძლებელი მნიშვნელობა: მაღალი, ნორმა, დაბალი. ცხრილში მოცემულია კვადრატული მატრიცის შეკვრის ფუნქციის მაგალითი. განზოგადებული შეფასება მოცემულია სვეტის გადაკვეთის ადგილას.

ცხრილი 1: ცალკეული მაჩვენებლების ექსპერტული შეფასება

მაჩვენებელი 1	მაღალი NO	ნორმა	დაბალი
მაჩვენებელი 2			
მაღალი	მაღალი	მაღალი	დაბალი
ნორმა	ნორმა	ნორმა	დაბალი
დაბალი	დაბალი	დაბალი	დაბალი

მულტიპლიკატორის შექმნა მოიცავს რამდენიმე სახის პროცედურას. განვიხილოთ მულტიპლიკატორის შექმნა საბოლოო შედეგების მოდელის მაგალითზე.

მოდელი მოიცავს მაჩვენებლების ორ ნაკრებს: მასტიმულირებელს და დეფექტებს; თითოეული მაჩვენებლის (დეფექტების მაჩვენებლებისათვის ნორმატიული მნიშვნელობა უდრის ნულს) ნორმატიული (გეგმიური) მნიშვნელობა; მაჩვენებლის რანგი (მნიშვნელობა), გამოხატული ქულებში; ფაქტიური მნიშვნელობის ნორმატიულიდან გადახრის შეფასება, რომელიც გამოხატულია ქულებში, და მულტიპლიკატორის ფორმირებისათვის აგრეგირების პროცედურა – შედეგების მიღწევის კოეფიციენტი.

მაჩვენებლების ნაკრებებმა შეიძლება შეაფასოს სამედიცინო ორგანიზაციის მუშაობის სხვადასხვა მხარეები. შიდასამეურნეო ურთიერთობების ადმინისტრაციული მოდელის გამოყენებისას აუცილებლად უნდა იყოს ჩართული მუშაობის მოცულობის მაჩვენებლები (მოცული მოსახლეობის რაოდენობა, მიმართვების რაოდენობა და ა. შ.). ფინანსური მოდელის გამოყენებისას მოცულობითი მაჩვენებლების მიღწევა ფასდება ფულადი სახით, ხოლო მაჩვენებლებმა უნდა დაახასიათონ მოქმედების ხარისხი (მაგალითად, მკურნალობის ხარისხის დონე, რომელიც განისაზღვრება სამედიცინო სტანდარტების გამოყენებით), პროფილაქტიკური მიმართულება (მაგალითად, დისპანსერიზებულ ქრონიკულ ავადმყოფთა პროცენტი), ეფექტურობა და სხვა.

მოვიყვანოთ მაგალითი. დავუშვათ, მოდელი, რომელიც აფასებს პოლიკლინიკის მუშაობას სამედიცინო დახმარების სტრუქტურული ეფექტურობის გაზრდის საშუალებით, შეიცავს მაჩვენებლებს, რომლებიც მოცემულია ცხრილში. პირველი მაჩვენებელი ”1000 მოსახლეზე საწო-

დღეთა რაოდენობა” ახასითებს პოლიკლინიკის მუშაობის სტრუქტურულ ეფექტურობას. მას დებულობენ ჰოსპიტალიზაციის დონის გამრავლებით ჰოსპიტალიზაციის დღეთა რაოდენობაზე. ამიტომ, უპირველესად, იგი ასახავს პოლიკლინიკის მუშაობას ჰოსპიტალიზაციის დონის შემცირების მიხედვით, რომლის დროსაც სტაციონარისშემცვლელი ტექნოლოგიების (დღის სტაციონარში, სტაციონარში ბინაზე, ამბულატორიული ქირურგიის ცენტრში) გამოყენების საშუალებით ხორციელდება დროული პროფილაქტიკა და მკურნალობა. მეორე მხრივ, იგი ასახავს პოლიკლინიკის მუშაობას სტაციონარში მკურნალობის ინტენსიური ეტაპის შემდეგ პაციენტთა მკურნალობის დასრულების თვალსაზრისით – სტაციონარული ეტაპის შემდეგ მკურნალობის თანმიმდევრობითობის უზრუნველყოფა, რაც განაპირობებს სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის შემცირებას.

ცხრილი 2: საბოლოო შედეგების მოდელის შეფასება

№	მაჩვენებლების დასახელება	გაზომვის ერთეულები	ნორმატივი N	შეფასება ქულებში			ფაქტიური მნიშვნელობა F
				ნორმატივი N ₁	გადახრა		
					ნიშანი	გაზომვის ერთეული M	
1	საწოლ-დღეების რაოდენობა 1000 მოსახლეზე	საწოლ-დღეთა რაოდენობა 1000 მოსახლეზე	1936	5	-	0,01	2000
2	დღის სტაციონარში ნამკურნალეუ პაციენტთა რაოდენობის შეფარდება სტაციონარში ნამკურნალეუ პაციენტთა რაოდენობაზე	პროცენტი	20	2	-	0,05	20

მოცემული მაგალითის მიხედვით მისი შეფასება ქულებში შეადგენს – 5-ს, ანუ მას მიენიჭა ყველაზე მაღალი პრიორიტეტი. საწოლ-დღეების რაოდენობის გაზრდა იწვევს ქულათა შეფასების 0,01-ით შემცირებას ყოველ დამატებით საწოლ-დღეზე 1000 მოსახლეზე. მეორე მაჩვენებელი ”დღის სტაციონარში განკურნებულ პაციენტთა რაოდენობის შეფარდება სტაციონარში განკურნებულთა რაოდენობასთან” წარმოადგენს დამატებით მაჩვენებელს, რადგან სტაციონარის-შემცვლელი მოქმედება ფასდება პირველი მოჩვენებლითაც., მაგრამ მეორე მაჩვენებელი ნათლად გვიჩვენებს დახმარების სტრუქტურის ცვლილებების დინამიკას. მისი პრიორიტეტი დაბალია. შეფასება შეადგენს 2 ქულას. ცხადია, მოდელს შეიძლება დაემატოს სხვა მაჩვენებლები.

მულტიპლიკატორის გათვლა (შედეგის მიღწევის კოეფიციენტი) ხორციელდება აგრეგირების ფორმულის საშუალებით:

$$K = \frac{[N_1 - (F_1 - N_1) * M_1] + [N_2 - (F_2 - N_2) * M_2]}{N_1 + N_2} = \frac{[5 - (2000 - 1936) * 0,01] + [2 - (20 - 20) * 0,05]}{7} = 0,91$$

ამგვარად, მულტიპლიკატორ “შედეგის მიღწევის კოეფიციენტის” ფორმირება მოიცავს სკალის ნორმირებული გარდაქმნის პროცედურას (ფაქტიური და ნორმატიული მნიშვნელობის შედარება), ერთსაზომიან სკალაზე გადასვლას (ნორმატივების შეფასება ქულებში და ფაქტიური მნიშვნელობის ნორმატიულისგან გადახრა), არჩეული ფორმულით აგრეგირების პროცედურას.

31.2.5. ხელმძღვანელის პირადი პასუხისმგებლობის განსაზღვრა

სამედიცინო ორგანიზაციის სტრუქტურული განყოფილების ხელმძღვანელი პირად პასუხისმგებლობას ღებულობს განყოფილების წინაშე მდგარი ამოცანების შესრულებაზე. მართვის ვერტიკალის უზრუნველსაყოფად აღნიშნული პასუხისმგებლობა ასახულია კონტრაქტში. მისი სტიმულირება მიზანშეწონილია წარმოებდეს ეკონომიკური სტიმულირების ცენტრალური ფონდიდან, განყოფილების მიერ მიღწეული შედეგების და კონტრაქტით გათვალისწინებული დამატებითი მაჩვენებლების მიხედვით.

ეკონომიკური სტიმულირების წესები მოიცავს:

- < მატერიალური სტიმულირების, საწარმოო და სოციალური განვითარების ფონდების ფორმირების წყაროებს;
- < ფონდების ჩამონათვალი (ცენტრალიზებული, განყოფილებების), მოგების პროცენტი, სხვა წყაროებიდან შევსების პირობები. მაგალითად, ცენტრალიზებული ფონდი შეიძლება შეივსოს განყოფილებების მატერიალური სტიმულირების ფონდის სახსრებით (როდესაც არ მიიღწევა მოთხოვნილი ხარისხი);
- < შიდასამეურნეო ურთიერთობების არჩეული მოდელის აღწერა და დასაბუთება;
- < ფინანსური მოდელისათვის – ფინანსური სტრუქტურის, ფინანსური პასუხისმგებლობის თითოეული ცენტრისათვის ბიუჯეტის ფორმატის, ბიუჯეტის მაჩვენებლების ფორმირების ალგორითმების აღწერა, ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრებს შორის საერთო მოგების განაწილება.
- < თითოეული განყოფილებისათვის მოქმედების “არაფინანსური” მაჩვენებლების ჩამონათვალი, მათი ფორმირების ალგორითმი, მულტიპლიკატორის აგების წესები;
- < თითოეული განყოფილებისათვის ფონდების ფორმირების წესი მულტიპლიკატორის გათვალისწინებით;
- < შედეგების შეჯამების პროცედურები და პერიოდულობა;
- < გამოუმუშავებული შემოსავლების მიუღებლობის (შემოსავლების მიღების შეჩერების) შემთხვევაში განყოფილებების ფონდების ფორმირების რიგი;
- < მატერიალური სტიმულირების ფონდის განყოფილებების მუშაკებს შორის განაწილების წესი და პრინციპები.

31.3. შიდასამეურნეო ურთიერთობების მოდელის გამოყენება

31.3.1. ფინანსური შედეგებით მართვის შიდასამეურნეო ურთიერთობების ფინანსური მოდელის გამოყენების პარანტი

განვიხილოთ ფინანსური შედეგებით მართვის შიდასამეურნეო ურთიერთობების ფინანსური მოდელის ფუნქციონირების ვარიანტები. ამ მოდელში მოგების ცენტრებისათვის, რომლებიც წარმოადგენენ საბოლოო მომსახურების მწარმოებლებს, იგეგმება და გათვალისწინებულია მათ მიერ მიღებული შემოსავლები და დანახარჯები – როგორც ძირითადი საწარმოო (პირდაპირი და არაპირდაპირი), ასევე ზედნადები.

არაპირდაპირი ხარჯები შესაძლებელია მივაკუთვნოთ მოგების ცენტრებს, რისთვისაც არსებობს მრავალი მეთოდი. მეთოდის არჩევა ხდება იმ მიზნების მიხედვით რაც აქვს სამედიცინო ორგანიზაციას. მაგ., დაუშვათ, რომ არჩეული სტრატეგიის მიხედვით სამედიცინო ორგანიზაციის მიზანია გავიდეს ახალ ბაზარზე მომსახურების ახალი სახეებით. ამისათვის საჭიროა ფართის

გამოთავისუფლება. ადმინისტრაციული გადაწყვეტილების მიღებით ხელმძღვანელმა შეიძლება მისის არმილების პროოცირება განაპირობოს დაზარალებული განყოფილებების დონეზე.

სხვა გზას წარმოადგენს – ფართობის შენახვასთან დაკავშირებული ხარჯების გადანაწილება პროპორციულად განყოფილებებზე მათ მიერ დაკავებული ფართობის პროპორციულად. მოგების ცენტრებისათვის ეს ნიშნავს, რომ რაც უფრო მეტ ფართს ფლობენ ისინი, მით ნაკლები იქნება მათი მოგება (ფინანსური შედეგი). ანუ, მოგების ცენტრებს გაუჩნდებათ მათ მიერ დაკავებული ფართის ოპტიმიზაციის ეკონომიკური სტიმული. ასეთ შემთხვევაში მომსახურების ახალი სახეები საწარმოებლად ფართის გამოთავისუფლება გადაწყდება არაკონფლიქტური გზით.

თუ ორგანიზაციის წინაშე არ დგას ფართის გამოთავისუფლების ამოცანა, ფართის შენახვის ხარჯები შეიძლება გაერთიანდეს ზედნადებ საერთოსამეურნეო ხარჯებს და გადანაწილდეს პროპორციულად განყოფილებებ შორის (მაგ, მათ მიერ დაკავებული ფართის პროპორციულად). ამასთან განყოფილება არ არის პასუხისმგებელი სამეურნეო ხარჯების საკუთარ წილზე, რადგანაც ეს ხარჯები არ არიან ცალკე გამოყოფილი, არამედ გაერთიანებულია საერთო ხარჯებში. ამიტომ არ აქვთ მათ მიერ დაკავებული ფართის ზომის ოპტიმიზაციის სტიმული. ამ მაგალითზე ნათელია, რომ ხარჯების განაწილება ძირითად და ზედნადებ, პირდაპირ და არაპირდაპირ ხარჯებად, აგრეთვე არაპირდაპირი ხარჯების განაწილება განყოფილებებს შორის უნდა განისაზღვროს სამედიცინო ორგანიზაციის წინაშე მდგარი მიზნების გათვალისწინებით.

რესურსების რაციონალურად გამოყენების რაც უფრო მეტი აუცილებლობაა, მით მეტი ნაწილი ხარჯების, რომელზეც პასუხისმგებელია განყოფილება, უნდა დაიგემოს და თვალსწინებული იყოს მის ფინანსურ ბიუჯეტში. ანუ, ზედნადებ ხარჯებში უნდა შედიოდეს მხოლოდ ადმინისტრაციულ-მმართველობითი, მარკეტინგის და საერთოსამეურნეო (მაგ. ტერიტორიის დასუფთავება) მუშაობის ხარჯები. ეს ხარჯები შეიძლება მიუკუთვნოთ განყოფილებას თითო კრიტერიუმის მიხედვით, მაგალითად შრომის ანაზღაურების ფონდის პროპორციულად. ამასთან განყოფილებები შეიძლება აღმოჩნდნენ სხვადასხვა სიტუაციაში მოგების ფორმირების შესაძლებლობის თვალსაზრისით, რადგან არ არსებობს ხარჯების მიკუთვნების იდეალური, ერთნაირად სამართლიანი კრიტერიუმები. სხვადასხვა კრიტერიუმების გამოყენებით იზრდება ხარჯების მიკუთვნების ობიექტურობა და სამართლიანობა.

განვიხილოთ მოდელი სტაციონარის მაგალითზე, რომელშიც ყველა განყოფილება წარმოადგენს მოგების ცენტრებს, რომლებიც ერთმანეთთან ურთიერთქმედობენ ტრანსფერტული ფასწარმოქმნის საფუძველზე.

ამ შემთხვევაში დაგვემის ეტაპზე თითოეული სამკურნალო ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრებისათვის ღებინდება გეგმიური შემოსავალი და გეგმიური ხარჯები და განისაზღვრება დანახარჯების წილი თითოეულ ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრებზე. დადგენილი პროცენტები წარმოადგენენ ტრანსფერტულ ფასებს და სამკურნალო განყოფილების ფაქტიური შემოსავლიდან ირიცხება ყოველთვისურად. ეს უკანასკნელი ამ გადარიცხული თანხებიდან აყალიბებენ საკუთარ შემოსავალს. პარაკლინიკური ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრებისათვის ტრანსფერტულ ფასებად მიზანშეწონილია გამოყენებულ იქნეს შიდა ფასები პარაკლინიკური განყოფილებების მომსახურებისათვის.

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში მოცემულია სამკურნალო ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრების ეკონომიკური სტიმულირების ფონდების ფორმირების მაგალითი.

ცხრილი 3: ფინანსური შედეგების მართვის მოდელი, სამკურნალო ფაზის ტრანსფერული გადახდა ყველა არასამედიცინო უზრუნველყოფის ფაზის

	ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრები			
	თერაპიული განყოფილება	ქირურგიული განყოფილება	გინეკოლოგიური განყოფილება	სულ
შემოსავლები (ყველა წყაროს მიხედვით)	991,0	1566,4	1378,0	3935,4
ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრების ხარჯები მათ შორის:	984,2	1566,0	1367,6	3917,8
<ul style="list-style-type: none"> პირდაპირი ხარჯები (შრომის ანაზღაურება, დარიცხვა შრომის ანაზღაურებაზე, მედიკამენტები) 	718,2	1241,2	1069,0	3028,4
<ul style="list-style-type: none"> არაპირდაპირი ხარჯები (სამკურნალო ფაზის სწარმოო ფართობი); 	35,7	48,8	44,0	
<ul style="list-style-type: none"> ტრანსფერტული ხარჯები (პარაკლინიკური ფაზის; არასამედიცინო ფაზის (საკვები ბლოკი, სამრეცხაო, სატრანსპორტო მომსახურება...); ადმინისტრაციულ-მმართველობითი და საერთოსამკურნალო ფაზის) 	230,3	276,0	254,6	128,5
				760,9
მოგება (P)	6,8	0,4	10,4	17,6
მულტიპლიკატორები (M ₁)	0,9	0,95	0,8	0,84
სამკურნალო ფაზის ეკონომიკური სტიმულირების ფონდები მულტიპლიკატორის გათვალისწინებით (F ₁)	6,12	0,38	8,32	14,82

ტრანსფერტული ფასები ითვალისწინებენ ფინანსური შედეგების ფორმირებას თითოეული ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრებისათვის (ფაზის). ამიტომ მოგება P₁ წარმოადგენს ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრების (ფაზის) მუშაობის ფინანსურ შედეგებს. მულტიპლიკატორის (M₁) საფუძველზე მუშაობის არაფინანსური შედეგების (უმთავრესად ხარისხი) შეფასების გათვალისწინებით ფორმირდება სამკურნალო ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრების (ფაზის) ეკონომიკური სტიმულირების ფონდი F₁. მოდელის მოცემულ ვარიანტში არსებობს განყოფილებებს შორის ჰორიზონტალური კავშირები ტრანსფერტული ფასწარმოქმნის საფუძველზე. ვერტიკალური კავშირები (მართვა) რეალიზდება ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრების (ფაზის) ფინანსური ბიუჯეტის მაჩვენებლების დაგეგმვის, აგრეთვე მულტიპლიკატორების აგების წესების საფუძველზე.

მოდელის მოცემული ვარიანტი, რომელშიც ყველა განყოფილება წარმოადგენს მოგების ცენტრებს, ახდენს რესურსების შენარჩუნების სტიმულირებას და საშუალებას იძლევიან მოქნილად და ოპერატიულად უზრუნველყონ სამედიცინო ორგანიზაციის მოქმედების მოცულობის გაზრდა, რადგანაც ყველა განყოფილებების შემოსავალი მით მეტია რაც მეტია გაწეული მომსახურების მოცულობა.

ამასთან ასეთი მოდელის გამოყენება მოითხოვს შემდეგი პირობის შესრულებას – უნდა შენარჩუნდეს ბალანსი სამედიცინო ორგანიზაციის შემოსავლებსა და დანახარჯებს შორის. ეს ნიშნავს, რომ განყოფილებების ყველა ხარჯები სტაბილურად დაიფარება მიღებული შემოსავლებიდან. სამედიცინო მომსახურების წარმოება წარმოადგენს ძლიერად დაკავშირებულ ბიზნეს-პროცესს, ამიტომ ცალკეული განყოფილებების ზარალებმა, მათ მიერ თავიანთი ფუნქციების შესრულების შეუძლებლობამ შეიძლება შეაჩეროს მთელი სამკურნალო პროცესი.

არასრული დაფინანსების შემთხვევაში ხელმძღვანელი უნდა დაეყრდნოს არამართო შემოსავლებისა და ხარჯების ბიუჯეტს, არამედ ფულადი საშუალებების მოძრაობის ბიუჯეტსაც.

არასრული დაფინანსების შემთხვევაში მიზანშეწონილია ფინანსური შედეგებით მართვის მოდელის გამართიება, რაც გულისხმობს ტრანსფერტების ფასების დათოვებას სამკურნალო და პარაკლინიკური განყოფილებების ურთიერთქმედებისათვის, რომლებიც უძვობესია შენარჩუნდეს მოგების ცენტრებად, ხოლო დანარჩენი განყოფილებები განიხილებოდეს როგორც ხარჯების ცენტრები. მაგრამ მაშინ სამკურნალო განყოფილებების მიერ ფორმირებული მოგება აუცილებელია განაწილდეს მათსა და დამხმარე განყოფილებებს (ხარჯების ცენტრები) შორის. ყველაზე მარტივ ვარიანტს წარმოადგენს – მოგების დადგენილი პროცენტის გადარიცხვა განყოფილებების სტიმულირებისათვის.

ასეთი მოდელის ფუნქციონირების მაგალითი წარმოდგენილია ცხრილში.

ცხრილი 4: ფინანსური შედეგების მართვის მოდელი, სამკურნალო ფბც-ის ტრანსფერული გადახდა პარაკლინიკურ ფბც-ს

	ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრები			
	თერაპიული განყოფილება	ქირურგიული განყოფილება	გინეკოლოგიური განყოფილება	სულ
შემოსავლები (ყველა წყაროს მიხედვით)	991,0	1566,4	1378,0	3935,4
ხარჯები მათ შორის:	980,8	1556,9	1362,3	3900,0
• პირდაპირი ხარჯები (შრომის ანაზღაურება, დარიცხვა შრომის ანაზღაურებაზე, მედიკამენტები)	699,2	1231,2	1055,0	2985,4
• ტრანსფერტული ხარჯები (პარაკლინიკური ფბც);	40,3	60,0	49,1	
• არაპირდაპირი ხარჯები (ადმინისტრაციულ-მმართველობითი და საერთოსამკურნეო ფბც; არასამედიცინო ფბც (საკვები ბლოკი, სამრეცხაო, სატრანსპორტო მომსახურება;)	241,3	365,7	258,2	149,4
მოგება (P)	10,2	9,5	15,7	35,4
ეკონომიკური სტიმულირების ფონდი	6,12	0,38	8,32	14,82
• სამკურნალო განყოფილებები (60 %)	3,67	0,23	4,99	8,89
• არასამედიცინო ფბც (30 %)	1,84	0,11	2,5	4,45
• ადმინისტრაციულ-მმართველობითი და საერთოსამკურნეო ფბც (10 %);	0,61	0,04	0,83	1,48
მულტიპლიკატორები (M)	0,9	0,95	0,8	0,85
სამკურნალო ფბც ეკონომიკური სტიმულირების ფონდები მულტიპლიკატორის გათვალისწინებით (F)	3,30	0,22	3,99	7,51

სამკურნალო ფპც-ს მუშაობის ფინანსური შედეგი P_1 ნაწილდება ყველა ფპც-ს შორის. ყველა სამკურნალო ფპც-თვის დადგენილია, რომ ფორმირებული მოგების 60 % გადაირიცხება მათი ეკონომიკური სტიმულირების ფონდში. მიღებული შედეგები დამატებით ფასდება მულტიპლიკატორის საშუალებით.

$$F_1 = P_1 \times M_1$$

მოდელის ამ ვარიანტში ჰორიზონტალური კავშირები დგინდება სამკურნალო და პარაკლინიკურ ფპც-ს შორის.

ნორმირებული ხარჯებით ფინანსური შედეგების მართვის მოდელი წინა მოდელისგან განსხვავდება იმით, რომ ტრანსფერტული ფასების მაგვირად გამოიყენება ხარჯების ნორმირება, ანუ წინასწარ განისაზღვრება აუცილებელი ხარჯების მოცულობა დახმარების დაგეგმილი მოცულობის პირობებში.

31.3.2. მარგინალური უმოსავლები და ხარჯების მართვით უიდასამურნეო ურთიერთობების ფინანსური მოდელის პარიანტი

ყველა ხარჯების იმ განყოფილებებისთვის მიკუთვნება, რომლებიც წარმოადგენენ მოგების ცენტრებს, მართვის მიზნებისათვის ყოველთვის არ არის გამართლებული. სამკურნალო განყოფილებები გავლენას არ ახდენენ ადმინისტრაციულ-მმართველობით, საერთოსამკურნეო და სხვა დანახარჯებზე. შესაბამისი ფპც ფინანსურ სტრუქტურაში აღწერილია როგორც დანახარჯების ცენტრები და მათი მართვა ხორციელდება სამედიცინო ორგანიზაციის ხელმძღვანელობის მიერ გვემა-ფაქტიურ ანალიზის საფუძველზე. მაშინ აზრი არ აქვს მართვის მიზნით მათი ხარჯები მივაკუთვნოთ სამკურნალო განყოფილებებს. უფრო მიზანშეწონილია უფრო მარტივი მარგინალური შემოსავლებით და დანახარჯებით მართვის ფინანსური მოდელის გამოყენება.

ცხრილი 5: სტაციონარის მარგინალური ხარჯებისა და შემოსავლების მართვის ფინანსური მოდელი

	ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრები			
	თერაპიული განყოფილება	ქირურგიული განყოფილება	გინეკოლოგიური განყოფილება	სულ
შემოსავლები (ყველა წყაროს მიხედვით)	991,0	1566,4	1378,0	3935,4
განყოფილების ცვლადი ხარჯები პირდაპირი ხარჯები (შრომის ანაზღაურება, დარიცხვა შრომის ანაზღაურებაზე, მედიკამენტები, კვება)	699,2	1231,2	1055,0	2985,4
ცვლადი ტრანსფერტული ან ნორმირებული ხარჯები პარაკლინიკურ ფპც-ზე	40,3	60,0	49,1	149,4
სულ ცვლადი ხარჯები	739,5	1291,2	1104,1	3134,8
მარგინალური შემოსავალი $P_{\text{მ}}$	251,5	275,2	273,9	800,6
ფპც-ს მუშაობის რენტაბელობა l_i (%)	34	21	25	26
მუდმივი ხარჯები (ადმინისტრაციულ-მმართველობითი და საერთოსამკურნეო ხარჯები: არასამედიცინო ფპც (საკვები ბლოკი, სამრეცხაო, დაცვა, სატრანსპორტო მომსახურება;)				741,5
მოგება (P)				59,1
სამკურნალო ფპც-ს ეკონომიკური სტიმულირების ფონდი F_1	15,07	9,31	11,08	35,46
მულტიპლიკატორები (M_i)	0,9	0,95	0,8	0,9
სამკურნალო ფპც-ს (60 %) ეკონომიკური სტიმულირების ფონდები მულტიპლიკატორის გათვალისწინებით (F_{1M})	13,56	8,84	8,86	31,26

მოცემულ მოდელში განყოფილებების მიხედვით განისაზღვრება მარგინალური შემოსავალი P_{1m} და რენტაბელობა R_1 .

მოგება განისაზღვრება მთლიანად სტაციონარზე. გათვალისწინებულია, რომ სტაციონარის სამკურნალო განყოფილებების ეკონომიკური სტიმულირების ფონდში გადაირიცხება მოგების 60 %. ეკონომიკური სტიმულირების ფონდი სამკურნალო განყოფილებებს შორის ნაწილდება რენტაბელობის პროპორციულად. მაშინ თერაპიული განყოფილებისათვის:

$$F_{\text{თერაპ}} = 0,6 * 59,1 * \frac{34}{34 + 21 + 25} = 15,07$$

ხარისხის შეფასების გათვალისწინებით ეკონომიკური სტიმულების ფონდის მუშაობა თერაპიული განყოფილებისათვის შეადგენს:

$$F = 0,9 * 15,07 = 13,56$$

მარგინალური შემოსავლებითა და ხარჯებით მართვის მოდელის სხვა მაგალითს წარმოადგენს პოლიკლინიკის შიდასამეურნეო ურთიერთობების მოდელი, რომელიც ფინანსდება სულადობრივი ნორმატივით არასტაციონარული დახმარების მთელ მოცულობაზე.

მოდელი გულისხმობს მოგების ცენტრების (განყოფილებები, ზოგადი პრაქტიკის ექიმები) დაფინანსებას შიდა სულადობრივი ნორმატივებით, რომლებიც ტრანსფერტულ ფასებს წარმოადგენენ. ზოგადი პრაქტიკის ექიმების განყოფილების შემოსავალი ფორმირდება ტრანსფერტული ფასის გამრავლებით მოცული მოსახლეობის რაოდენობაზე. ზოგადი პრაქტიკის ექიმები ითვალისწინებენ ვიწრო სპეციალისტების კონსულტაციებს, პარაკლინიკური განყოფილებების, დღის სტაციონარების (თუ მათი მომსახურება არ ფინანსდება სადაზღვევო ორგანიზაციის მიერ) მომსახურებას ტრანსფერტული ფასებით მომსახურებაზე ან ხარჯების ნორმირების საფუძველზე. უკანასკნელი მეთოდი უპირატესს წარმოადგენს, რადგანაც სხვა განყოფილებების მომსახურების წინასწარ შეთანხმებული დასაბუთებული მოცულობის არსებობისას, რომლებსაც ისინი მოცემულ ზოგადი პრაქტიკის ექიმს გაუწევენ, მას არ ექნება მომსახურების ეკონომიის სტიმული, შეთანხმებული მოცულობების ჩარჩოებში რისკის დერეფნის გათვალისწინებით. ქვემოთ მოცემულია ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ეკონომიკური სტიმულირების ფონდის ფორმირების მაგალითი.

ცხრილი 6: პოლიკლინიკის მარგინალური ხარჯებისა და შემოსავლების მართვის ფინანსური მოდელი

	ფინანსური პასუხისმგებლობის ცენტრები			
	I უბანი	II უბანი	III უბანი	სულ
შემოსავლები (ყველა წყაროს მიხედვით)	56,0	50,4	42,0	148,4
განყოფილების ცვლადი ხარჯები პირდაპირი ხარჯები (შრომის ანაზღაურება, დარიცხვა შრომის ანაზღაურებაზე, მედიკამენტები, ტრანსპორტული ხარჯები, გარე კონსულტაციებისა და გამოკვლევის ხარჯები)	26,4	23,1	22,0	71,5
ცვლადი ტრანსფერტული ან ნორმირებული ხარჯები პარაკლინიკურ ფაქტზე და სპეციალიზებული მიღებების ფაქტზე, დღის სტაციონარი	8,5	10,9	7,5	26,9
სულ ცვლადი ხარჯები	34,9	34,0	29,5	98,4
მარგინალური შემოსავალი P _{1m}	21,1	16,4	12,5	50,0
ფაქტ-ს მუშაობის რენტაბელობა ღ _i (%)	60	48	42	51
მუდმივი ხარჯები (ადმინისტრაციულ-მმართველობითი და საერთოსამეურნეო ხარჯები: არასამედიცინო ფაქტ (რეგისტრატურა, დაცვა...)				40,5
მოგება (P _i)				9,5
სამკურნალო ფაქტ-ს ეკონომიკური სტიმულირების ფონდი F ₁	2,47	1,98	1,73	6,18
მულტიპლიკატორები (M)	0,9	0,9	0,95	0,9
ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ფაქტ-ს ეკონომიკური სტიმულირების ფონდები მულტიპლიკატორის გათვალისწინებით (F _{1M})	2,22	1,78	1,64	5,64

პოლიკლინიკის მოგებიდან ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ეკონომიკური სტიმულირების ფონდში გადაირიცხება საშუალებების 65 %. ისინი ნაწილდება უბნებს შორის რენტაბელობის **R₁** პროპორციულად. მაგალითად, I უბნის ეკონომიკური სტიმულირების ფონდში მიიმართება შემდეგი საშუალებები:

$$F_1 = 0,65 * 9,5 * \frac{60}{60 + 48 + 42} = 2,47$$

არაფინანსური მაჩვენებლების (პროფილაქტიკური მუშაობა, ეფექტურობა, სამედიცინო დახმარების ხარისხი...) შეფასების გათვალისწინებით ფორმირდება ეკონომიკური სტიმულირების შეჯამებული ფონდი:

$$F_{1M} = 0,9 * 2,47 = 2,22$$

ტანხები, რომლებიც არ მიუღია ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს, მიიმართება პოლიკლინიკის ეკონომიკური სტიმულირების ცენტრალიზებულ ფონდში.

საკონტროლო კითხვები

1. რაში მდგომარეობს სამედიცინო ორგანიზაციის შიდასამეურნეო ურთიერთობების არსი?
2. ჩამოაყალიბეთ შიდასამეურნეო ურთიერთობების მოდელის ცნება.
3. შიდასამეურნეო ურთიერთობების მოდელის რომელი კლასები არსებობენ?
4. ჩამოაყალიბეთ შიდასამეურნეო ურთიერთობების კლასების ძირითადი პრინციპები.
5. ახსენით რაში მდგომარეობს ფინანსური მოდელის ძირითადი განსხვავება და უპირატესობა ადმინისტრაციულ მოდელთან შედარებით
6. ჩამოთვალეთ შიდასამეურნეო ურთიერთობების მოდელის შემუშავების ძირითადი ეტაპები.
7. რაში მდგომარეობს ბიუჯეტირების ცნება?
8. წარმოადგინეთ მულტიპლიკატორები და დაასაბუთეთ მათი შექმნა სტაციონარის ქირურგიული განყოფილებისათვის ა) ადმინისტრაციული მოდელის ბ) ფინანსური მოდელის არჩევისას.
9. ჩამოაყალიბეთ სტაციონარის ფინანსური სტრუქტურა, რომელიც ფინანსდება მკურნალობის დასრულებული შემთხვევის ფაქტიური რაოდენობით ანაზღაურების მიხედვით.
10. შეიმუშავეთ თქვენი ორგანიზაციის ეკონომიკური სტიმულირების მეთოდი.

ლიტერატურა

1. P. B. Saltman, Дж. Фигейрас, Реформы системы здравоохранения в Европе, Москва, 2000.
2. Saltman R.B and Figueras J. (Ed.) European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 1997.
3. Шейман И.М. Экономика Здравоохранения, Москва, ТЕИС, 2001.
4. С. Виттер; Т. Енсор; Введение в Экономику Здравоохранения для Стран Восточной Европы и СНГ. Центр Экономики Здравоохранения Университет Йорка.
5. Witter S. and Ensor T. Health economics for Developing Countries. The University of York, Centre for Health Economics International Programme. Macmillan, 2000.

ლიტერატურა

ასათიანი მ. ჯანმრთელობის დაზღვევის მოთხოვნა და მიწოდება, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

აღდგომელაშვილი მ., დასაქმებაზე დაფუძნებული დაზღვევა აშშ-ში, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

აღდგომელაშვილი მ., კერძო სამედიცინო დაზღვევა და სამედიცინო დეპონიტური ანგარიში, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

აღდგომელაშვილი მ., ჯანდაცვის დაფინანსება დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

ბაღდადიშვილი კ. ტერიტორიული დაგეგმვის ძირითადი ფაქტორები ჯანდაცვაში სამხრეთ-აღმოსავლეთ საქართველოს მაგალითზე, რესპუბლიკური კონფერენცია “ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე”, მოხსენებათა თეზისები, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება, თბილისი, 1991 წ.

ბრეგვაძე ი. ჯანმრთელობის დაცვის ობიექტთა პრივატიზაციის შესახებ. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.

ბრეგვაძე ი. სამედიცინო დახმარების სტანდარტიზაციისა და ფასწარმოქმნის მეთოდოლოგიური ასპექტი. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.

გამეზარდაშვილი თ. ფასისმიერი დისკრიმინაცია, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

გამყრელიძე ა, ათუნი რ, გოცაძე გ, მაკლეპოსი ლ. “ჯანდაცვის სისტემები გარდამავალ პერიოდში, საქართველი”, თბილისი, 2002 წ.

გამყრელიძე ა., გლობალური ჯანმრთელობა, საპრევენტიაციო მასალა, თბილისი, 2007 წ.

გამყრელიძე ა, ვასაძე ო, მინდორაშვილი ა, შავდია ი, იმნაძე პ, ცინცაძე მ, გერზმაგა ო, “ცხოვრების პირობების ზემოქმედება მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე”. ეროვნული მოხსენება საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. თბილისი, 1999 წ.

გამყრელიძე ა, ვასაძე ო. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვა საუკუნეთა მიჯნაზე. მოკლე ისტორიული მიმოხილვა. თბილისი, 2003 წ.

განუგრავა ნ. მიწოდება და მოთხოვნა ჯანდაცვის სფეროში, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

გერზმაგა ო, ლომთათიძე დ. “ზოგიერთი მოსაზრება ჯანდაცვის სისტემაში რეფორმირების გატარების თაობაზე”, ჟურნალი “საქართველოს სამედიცინო მოამბე”, № 3-4, 1994 წ.;

გერზმაჟა ო, ვასაძე ო, ვესტი დ. ჯანდაცვის მენეჯმენტის საფუძვლები. თბილისი 2001 წ.

გერზმაჟა ო, ვასაძე ო, ვესტი დ. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი, თბილისი 2003 წ.

გერზმაჟა ო, სოციალური ჰიგიენა და ჯანდაცვის ორგანიზაცია. თბილისი. განათლება, 1990 წ.

გვასალია გ., საქართველოს რესპუბლიკის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საბაზო პროგრამის მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.

გიგიაშვილი რ., საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების თანამედროვე პრობლემები, რესპუბლიკური კონფერენცია “ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე”, მოხსენებათა თეზისები, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება, თბილისი, 1991 წ.

გიუაშვილი ნ. ა.შ.შ. ჯანდაცვის ეკონომიკური მოდელის ზოგიერთი ასპექტი, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, 2007 წ.

გოცაძე გ, კაშინი შ, ზოიძე ა, ვალდინი ი. წინაპირობათა აღწერილობა ჯანდაცვის დაფინანსების რეფორმის სტრატეგიის შემუშავებისთვის საქართველოში. სადისკუსიო მასალა, თბილისი, 2005 წ. საერთაშორისო ფონდი კურაციო აბთ ესოშიეთს ინკორპორეითიდ.

გოგინაშვილი ქ., ჯანდაცვაზე დანახარჯები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, საპრეზენტაციო მასალა, თბილისი, 2007 წ.

დარჯანია ლ., მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის საკითხები, რესპუბლიკური კონფერენცია “ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე”, მოხსენებათა თეზისები, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება, თბილისი, 1991 წ.

ვარაზაშვილი ე., უგრეხელიძე თ., მედიკო-სანიტარული ნაწილის ეკონომიკური სტიმულირების სისტემის სრულყოფისათვის, რესპუბლიკური კონფერენცია “ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე”, მოხსენებათა თეზისები, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება, თბილისი, 1991 წ.

ზოიძე ა., გზირიშვილი დ., გოცაძე გ., „საქართველოში საავადმყოფოების დაფინანსების კვლევა“, თბილისი, 1999 წ.

კალანდარია თ. პროსპექტული ანაზღაურება, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

კალანდაძე თ. საპენსიო ასაკის მოსახლეობის სიკვდილიანობის გამოძწვევი მიზეზები და მისი მნიშვნელობა ჯანდაცვის სისტემის სრულყოფისათვის, რესპუბლიკური კონფერენცია “ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე”, მოხსენებათა თეზისები, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება, თბილისი, 1991 წ.

კალანდაძე თ., ბრეგვაძე ი., თაყაიშვილი რ., ფესტვენიძე ბ., გვარამია გ., ვერულავა თ., ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემა გერმანიაში, თბილისი, 1999 წ.

კალანდაძე თ., ბრეგვაძე ი., თაყაიშვილი. საელდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემის მშენებლობა საქართველოში, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, თბილისი, 1999 წ.

კენჯარია მ., ჯანდაცვის სამსახურის მოღვაწეობის ოპტიმიზაციის ზოგიერთი საკითხები, რესპუბლიკური კონფერენცია “ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე”, მოხსენებათა თეზისები, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება, თბილისი, 1991 წ.

კობალაძე ლ., დ. გზირიშვილი, ქ. ბუბუტიშვილი, ა. ზოიძე. სტაციონარის ანაზღაურების ფორმის მოდელირება. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის ნაციონალური ცენტრი, სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტ. I. თბილისი 1998 წ.

კუხიანიძე თ. ჯანდაცვის სისტემა საფრანგეთში, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, 2008 წ.

კუპატაშვილი რ. კონკურენტული სტრატეგია, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

ლანდია ნ. ფასწარმოქმნა, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

ლასარეიშვილი კ. სახელმწიფო ჩარევები ჯანდაცვის სექტორში, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

ლეხანიძე ს., ჯანდაცვაზე დანახარჯები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, საპრეზენტაციო მასალა, თბილისი, 2008 წ.

ლეჟავა ნ., სადაზღვევო ბაზარი საქართველოს გარდამავალ ეკონომიკაში, თბილისი, 2006 წ.

ლობჯანიძე თ., სტაციონარის პირობებში მკურნალობის ფასწარმოქმნის მექანიზმის სრულყოფის მეთოდის საკითხებთან დაკავშირებით, რესპუბლიკური კონფერენცია “ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე”, მოხსენებათა თეზისები, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება, თბილისი, 1991 წ.

მაკარაშვილი ე. სახელმწიფო რეგულირება, რეგულირების მიზნები და ამოცანები, რეფერატი საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

მამაცაშვილი ლ. ჯანდაცვის ეკონომიკის საფუძვლები და შეფასების მეთოდები, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

მარკუნი ე., ჯანდაცვის ეკონომიკური მექანიზმის თავისებურებები, რესპუბლიკური კონფერენცია “ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე”, მოხსენებათა თეზისები, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება, თბილისი, 1991 წ.

მაყაშვილი ბ., შრომისუნარიანი მოსახლეობის სიკვდილიანობის და მისი გამომწვევი მიზეზების სტრუქტურულიზაცია, რესპუბლიკური კონფერენცია “ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე”, მოხსენებათა თეზისები, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება, თბილისი, 1991 წ.

მაყაშვილი ბ.. ჯანდაცვის დაფინანსების ახალი სისტემის მეთოდოლოგიური ასპექტები. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.

მგალობლიშვილი თ. სახელმწიფო ჩარევები სამედიცინო ბაზარზე, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

მენქიუ გ., ეკონომიკის პრინციპები, ჰარვარდის უნივერსიტეტი, 2008.

მურჯიკელი მ., ჯანმრთელობის დაზღვევა საქართველოში, თბილისი, 2003 წ.

მურჯიკელი მ., სამედიცინო დაზღვევის განვითარების პერსპექტივები საქართველოში. თბილისი, 2003 წ.

მღვდელაძე ა., ზობიაშვილი მ., სამეურნეოანგარიშიან ურთიერთობათა სრულყოფა ჯანდაცვის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტებში, რესპუბლიკური კონფერენცია “ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე”, მოხსენებათა თეზისები, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება, თბილისი, 1991 წ.

მშვიდლობაძე ნ., ჯანდაცვის კოლექტიური საწარმოო ფონდების წარმოქმნის სოციალურ-ეკონომიკური ასპექტები, რესპუბლიკური კონფერენცია “ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე”, მოხსენებათა თეზისები, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება, თბილისი, 1991 წ.

ნასიძე ნ. ანტიმონოპოლური კანონმდებლობა, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

ნასიძე ნ. ეკონომიკური შეფასების მეთოდების გამოყენება და მათი დანერგვა, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

ნაცვლიშვილი ე., ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაფინანსების მეთოდები გერმანიაში, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2007 წ.

ნუცუბიძე ნ., სამედიცინო დაზღვევა ნიდერლანდებში, ა. ენთჰოვენის კონკურენტული სადაზღვევო მოდელი, რეფერატი, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, 2008 წ.

ნ. ნუცუბიძე, თ. ხუნდაძე, შესყიდვების ორგანიზაცია ევროპის ქვეყნებში, რეფერატი, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, 2008 წ.

საქართველოს სადაზღვევო ბაზარი და სახელმწიფოებრივი რეგულირება, საქ. დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური, თბილისი, 2002 წ.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ეროვნული ანგარიშები, 2005 წ.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ეროვნული მოხსენება, 2005 წ.

საქართველოში ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარების პოლიტიკის ვარიანტები, საერთაშორისო ფონდი კურაციო, აბთ ესოპიეთის ინკორპორეითიდის წარმომადგენლობა საქართველოში, თბილისი.

საქართველოს სტატისტიკური წელიწადწლეული, 2000, საქართველოს სტატისტიკის სახელმწიფო დეპარტამენტი, თბილისი, 2000 წ.

სირბილაძე თ., DRG-ის მეთოდი, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2007 წ.

ტეტელოშვილი თ., ელასტიკურობა ჯანდაცვის სექტორში, რეფერატი, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, 2008 წ.

ტეტელოშვილი თ., მედიკას პროგრამის თავისებურებები, რეფერატი, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, 2008 წ.

ტეტელოშვილი თ., სამედიცინო მომსახურების ეკონომიკური შეფასების მეთოდები, რეფერატი, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, 2008 წ.

უბილავა ნ., კავშირები ჯანმრთელობასა და სიღარიბეს შორის, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

უბილავა ნ., შესყიდვების თეორიები, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

უგრელიძე ი., რისკის პულინგი, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

ურუშაძე რ., ჯანდაცვის რეგიონული მართვის პრინციპები გარდამავალ პერიოდში. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.

ურუშაძე რ., საზოგადოებრივი ჯანდაცვა. ქართული მედიცინის განვითარების მიმართულებები. თბილისი, 2002 წ.

ფირცხალაიშვილი ლ., ჯანდაცვის სისტემაში შრომის მეცნიერული ორგანიზაცია, რესპუბლიკური კონფერენცია “ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე”, მოხსენებათა თეზისები, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება, თბილისი, 1991 წ.

ფრუიძე ნ., ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა დაბალ და საშუალოშემოსავლიან ქვეყნებში, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, 2007 წ.

ფხალაძე რ. რეტროსპექტული დაფინანსება ჯანდაცვის სექტორში, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

შეიძინა ი. “ჯანდაცვის სისტემის მართვისა და დაფინანსების რეფორმირება”, მოსკოვი, 1998 წ.

შენგელია მ. გარდამავალი პერიოდის ქართული მედიცინა 1801-1860, “საბჭოთა საქართველო”. თბილისი, 1968 წ.

ხარაბაძე ლ., ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა იტალიაში, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, 2008 წ.

ხუნდაძე თ., ჩინეთის ჯანდაცვის სისტემა, რეფერატი, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, 2008 წ.

ხუციშვილი ნ., კერძო დაზღვევა დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

ცინცაბაძე თ., 2001-2005 წლების ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების მომზადების მეთოდოლოგიის შეფასება და მისი გაუმჯობესების რეკომენდაციები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, თბილისი, 2007 წ.

ჩერნიაუსკასი გ., ნემეცი ი., მაღაგარდისი ა., კობალაძე ლ., სხაფველდი ქ., ქაროსანიძე ი., კიკნაძე ნ., პელნი მ., პირველადი ჯანდაცვის განვითარება საქართველოში, ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის რეფორმა, თბილისი, 2006 წ.

ჩიქავა ლ., ეკონომიკური თეორიის მოკლე კურსი, თბილისი, 1997 წ.

ჩხეიძე ქ. სტრატეგიული შესყიდვების კონცეფცია, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი, 2008 წ.

ჭელიძე ნ. საიჯარო ურთიერთობათა პრობლემები ჯანდაცვის საბიუჯეტო ორგანიზაციებში, რესპუბლიკური კონფერენცია “ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე”, მოხსენებათა თეზისები, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება, თბილისი, 1991 წ.

ყაზახაშვილი ნ., ფოცხვერაშვილი ნ.. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის ზოგიერთი ტენდენცია საქართველოში. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის ნაციონალური ცენტრი, სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტ. I. თბილისი 1998 წ.

ყაზახაშვილი ნ. “ქალთა და ბავშვთა ჯანმრთელობის გაუმჯობესების პროგრამები”. სამეცნიერო ჟურნალი – დემოგრაფია. თბილისი, 1999 წ.

ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების კლასიფიკაცია და მომზადების მეთოდოლოგია, 2001-2006 წწ., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური პროექტების განმახორციელებელი ცენტრის პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი, თბილისი, 2008 წ.

ჯაყელი კ., ხაჭაპურიძე გ., ჯანმრთელობის დაცვის ეკონომიკის განვითარების მნიშვნელოვანი მიმართულებები მსოფლიოს გამოცდილების გათვალისწინებით, თბილისი, 2003.

ჯაყელი კ. დაზღვევის ეკონომიკის საფუძვლები, თბილისი, 1999 წ. გამომცემლობა “მეცნიერება”.

ჯიბუტი მ. თანაგადახდის მექანიზმები, რეფერატი, საქართველოს უნივერსიტეტი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა, თბილისი 2008 წ.

ჯინჯოლაუა თ. ჯანდაცვის როლი და ადგილი სახალხო მეურნეობის საბოლოო პროდუქტის წარმოების პროცესში, რესპუბლიკური კონფერენცია “ჯანდაცვის სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე”, მოხსენებათა თეზისები, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტრო, სამეცნიერო-ეკონომიკური საზოგადოება, ჯანდაცვის ეკონომიკისა და მართვის სამეცნიერო-პრაქტიკული გაერთიანება, თბილისი, 1991 წ.

ჯინჯოლაუა თ. საქართველოს ჯანდაცვის რეორგანიზაციის კონცეფციის ეკონომიკური საფუძვლები. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.

ჯიბიაი ჰოლდინგი, საქართველოს საპენსიო და სადაზღვევო ჰოლდინგი”, წლიური ანგარიში, თბილისი, 2004 წ.

ჯორბენაძე ა., საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეორიენტაციის ზოგიერთი შედეგის შესახებ. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო, ჯანდაცვის ნაციონალური ცენტრი, სამეცნიერო შრომათა კრებული. ტ. I. თბილისი 1998 წ.

ჯორბენაძე ა., მოხსენება საქართველოს რესპუბლიკის პარლამენტის სხდომაზე 1994 წლის მარტში, ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.

ჯორბენაძე ა., მოხსენება საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის სხდომაზე 1994 წლის 5 ოქტომბერს, ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.

ჯორბენაძე ა., სიტყვა წარმოთქმული პარიზში საქართველოს მთავრობის დელეგაციის შეხვედრისას დონორი ქვეყნების წარმომადგენლებთან 1994 წლის ივნისში, ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროგრამული და მეთოდოლოგიური ასპექტები, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1994 წ.

ჯორბენაძე ა., სიტყვა წარმოთქმული საქართველოს რესპუბლიკის მინისტრთა კაბინეტის სხდომაზე 1995 წლის 14 ივნისის სხდომაზე, ჯანდაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პირველი ეტაპისათვის აუცილებელი კანონქვემდებარე დოკუმენტების IV კრებული, ჯანდაცვის სამინისტრო, თბილისი, 1995 წ.

Annual report 2005. Tallinn, Estonian Health Insurance Fund, 2005.

Aqselson Suzan, Setting Prioritets in Health care, Tacis, 2003.

Assessment of Healthcare Decentralisation in the Republic of Georgia, Wolfgang Munar and Seema Manghee, February, 1998;

Balabanova A., McKee M. (2004) Health services utilization in the former Soviet Union. In: *Health Services Rervices*, December.

Bdmighausen, T., and R. Sauerborn. 2002. “One Hundred and Eighteen Years of the German Health Insurance System: Are There Any Lessons for Middle- and Low-Income Countries?” *Social Science and Medicine* 54 (10)

BECKER, G.S. *Human capital: a theoretical and empirical analysis with special reference to education*, 2nd ed. New York, National Bureau of Economic Research, 1975.

Belli, P., Gotsadze, G., and Shahriari, H. 2004. Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Policy* 70: 109 – 123.

Bihari-Axelsson Susanna, THE SWEDISH HEALTH CARE SYSTEM, 1999.

Bobadilla, J.-L., Cowley, P., Musgrove, P., and Saxenian, H. 1995. Design, content and financing of a national package of health services. *Bulletin of the World Health Organization* 72: 653 – 662.

Bowie C. Consulting the public about health service priorities // Br. Med. J. – 1995. – vol. 311.

Bowie, R., and G. Adams. 2005. “Financial and Management Practice in a Voluntary Medical Insurance Company in the Developed World.” Background paper for the Conference on Private Health Insurance in Developing Countries, Wharton Business School, University of Pennsylvania, March 15–16, Philadelphia.

Busse R, Reisberg A. Health Care System in Transition: Germany, Copenhagen, WHO. Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

Busse R. and Prymula R. (2001) «Implementing Hospital Reforms in the Czech Republic». *Eurohealth*. Volume 7 Number 3, Special issue.

Reinhard Busse, Jonas Schreyögg, and Christian Gericke, Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries, 2007, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank

Reinhard Busse, Jonas Schreyögg, and Christian Gericke, Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries, 2007, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank

Carrin G. et al, Social Health Insurance Development in low-income developing countries Building Social Security: the challenge of privatisation, X. Scheil-Adlung (ed.). Transactions Publication, London 2001

Carrin, G., and C. James. “Social Health Insurance as a Pathway to Universal Coverage: Key Design Features in the Transition Period.” Health Financing Technical Paper, World Health Organization, Geneva. 2004.

Cassels A. Janovsky K. Better Health in developing countries are sector-wide approaches the way of the future? The Lancet, 1998.

Clymer, A. 1994. “In the Arithmetic of Health Care, it Pays to Aim for 100%.” New York Times, July 24, E 16.

Colombo F, Tapay N. Draft outline for the final report of the Private Health Insurance Component of the Health Project. 2003.

Committee on the Costs of Medical Care, Medical Care of the American People, Chicago: University of Chicago Press, 1932.

Daniels N. Just Health Care. – Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

Denis Drechsleri and Johannes P. Jüttingii, *Private Health Insurance in Low and Middle-Income Countries*, OECD Development Centre, 2005

Djakeli (2001 - N50) "Georgian Health Care System and Alternative Methods for its Financing", Publishing House: Center for Strategic Research and Development of Georgia

Djakeli (2001 - N63) "Biodiversity Safety by applying to present economic approaches and methods", Publishing House: Center for Strategic Research and Development of Georgia.

Djakeli (2001) "Health Economy of Georgia and New Ways of Health Financing", International scientific magazine - "Macro- and microeconomics", Georgia, Tbilisi.

Djakeli (2002 - N64) "Economic and Social Aspects of Unemployment", Publishing House: Center for Strategic Research and Development of Georgia.

Djakeli (2002 - N65) "Important Ways for Development of Health Economics", Publishing House: Center for Strategic Research and Development of Georgia.

Djakeli (2002 - N68) "Revenues of Georgian Commercial Banks", Publishing House: Center for Strategic Research and Development of Georgia.

Djakeli K. (2004) "New Economic Methods to the Safety of Biodiversity and Agricultural Development in the Eastern Georgia", Tbilisi: Publishing House - Georgian Humanitarian Institute of Health Economics and Insurance with sponsorship of "Horizont" Foundation.

Djakeli K. *Creating Health Accounts for Developed and Developing Countries*, by Daniel R. Waldo, March 17, 1997.

Drummond M., Maynard A., eds. *Purchasing and providing cost-effective health care*. London: Churchill Livingstone, 1993.

Drummond M., Stoddard G., Torrance G. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*.—Oxford: Oxford University Press, 1987.

Dunning A. *Choices in health care: a Report by the Government Committee on choices in Health Care*. Executive Summary. – Reykjavik: Ministry of Welfare, Health and Culture, 1992.

Duran A., Sheiman I., Schneider M., Ovretveit J. (2005) "Purchasers, providers and contracts". In: *Purchasing to improve health system performance* Edited by Josep Figueras, Ray Robinson, Elke Jakubowski. Open University Press. Buckingham.

Elixhauser A. *Health care cost-benefit and cost-effectiveness analysis. From 1979 to 1990: a bibliography*. Medical Care 1993; 31

Engaging for Health, Eleventh General Programme of Work, 2006-2015, A Global Health Agenda, WHO

Enthoven Alain C., and Wynand P.M.M. van de Ven, *Going Dutch - Managed-Competition Health Insurance in the Netherlands*.

Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. *Health care systems in transition: Netherlands*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

Evans, R. G. 2002. "Funding Health Care: Taxation and the Alternatives." In E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, and J. Kutzin, eds., *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press

Figueras J, R. Robinson, E. Jakubowski *Purchasing to improve health systems performance*, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006.

Figueras J., Robinson R., Jakubowski E. (2005) "Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons" *In: Purchasing to improve health system performance* Edited by Josep Figueras, Ray Robinson, Elke Jakubowski. Open University Press. Buckingham.

Field M.G. *The Health System and Policy: a Contemporary American Dialectic // Social Science and Medicine*, 1980. – V 14a, № 5.

Folland S., Goodman A., Stano M., *The Economics of Health and Health Care*. 5th ed. 2007.

Getzen Thomas E., "An Income-weighted International Average for Comparative Analysis of Health Expenditures," *International Journal of Health Planning and Management* 6:3-22, 1991.

Getzen Thomas E., "Population Aging and the Growth of Health Expenditures", *Journal of Gerontology*, 47 (3): S98-104, 1992.

Getzen Thomas E.. *Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds*. Temple University, 1997.

Glied, Sherry A, "Managed Care" *Handbook of Health Economics*, Vol. 1A, Anthony J. Culyer and Joseph P. Newhouse, eds. (Amsterdam: Elsevier, 2000).

Gotsadze George, Khubua David, *Baseline Survey of Healthcare Facilities in Two Districts of Georgia (Kharagauli and Zestaphoni)*, CIF, 1998

Gotsadze, G., Turdziladze, A., and Lebanidze, S. 2005. *National Health Accounts for Georgia: 2001- 2003*. CoReform Project Technical Report. Tbilisi, Georgia.

Gottret Pablo, Schieber George, *Health Financing Revisited*, World Bank, 2006.

Green Martin, *The Economics of Health Care*, Office of Health Economics, London, 2004.

GROSSMAN, M. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of political economy*, LXXX(2): (1972).

Grossman M., *The demand for health: a theoretical and empirical investigation*. New York, Columbia University Press, 1972.

Gutler, D. M. and R. J. Zeckhauser, "The Anatomy of Health Insurance", Vol. 1A, *Handbook of Health Economics*.

Ham C.J. et al. *Priority Setting for Health Gain*. – Lond: Department of Health, 1993.

Harris J. QALYfying the value of life // *K. Med. Ethics.* – 1987. Vol. 13. – P. 117-123.

Healthcare Demand and Health Expenditures, Report on Household Survey, UNICEF, Tbilisi, Georgia, October 1997;

Healthcare Reforms in Georgia, An Analytical Overview, UNICEF, Health Net International, Tbilisi, Georgia, November 1997

Heginbotham C. Health care priority setting: a survey of doctors, manager and the general public // *Rationing in Action* / Ed. R. Smith. – Lond: BMJ Publishing Group, 1993.

Heshmat, S. 1996. “A Decision Model for Competitive Bidding: Price Negotiations for the Health Care Industry.” *Journal of Health Care Finance* 22.

Hickson G.B. Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behaviour in a randomized prospective study // *Pediatrics.* – 1987. Vol. 80, N 3.

Hospitals in a Changing Europe, M. McKee & J. Healy Ed, Open University Press and European Observatory on Health Care Systems. June 2000.

Hospitals in a Changing Europe, MMcKee & JHealy Ed, Open University Press & European Observatory on Health Care Systems. p:227, 2001

Human Development report 2004: Cultural liberty in today’s diverse world. NY, 2004.

Human Development Report: Georgia 1997. United Nations Development Programme. Tbilisi, Georgia, 1997

Hunter D. *Rationing Dilemmas in Health Care.* – Birmingham: National Association of Health Authorities and Trusts, 1993.

Iliffe S. The national plan for Britain’s national health service // *International journal of health service.* 2002. V. 31. № 1.

Jakab M., Temirov A. (2005) Trends in public and private health expenditures in the Kyrgyz Republic 2000-03. Manas Health Policy Analysis Project Policy Research Paper No. 28.

Jakab M., Kutzin J., Chakraborty S., O’Dougherty S., Temirov A., Manjieva E. (2005) Evaluating the Manas Health Sector Reform (1996-2005): Focus on Health Financing. Manas Health Policy Analysis Project Policy Research Paper No. 31.

Jefferson T O, Demicheli V, Mugford M. *Elementary Economic Evaluation in Health Care* London: BMJ Books 1996

Jensen, Gail A., et al. ”The New Dominance of Managed Care: Insurance Care in the 1990s”, *Health Affairs*, 16 (January-February 1997).

E.Jerome McCarthy. *Basic Marketing: A Managerial Approach*, 1996.

Jost TS. Private or public approaches to insuring the uninsured: lessons from international experience with private insurance. *New York University Law Review*; 76. 2003

Jütting Johannes and Denis Drechsler, *Is there a Role for Private Health Insurance in Developing Countries?* Development Centre, OECD, Paris, 2005.

Keeler E. B. Brode M. Economic incentives in the choice between vaginal delivery and Caesarean section, *Milbank Q.* 1993. Vol. 71, N 3.

Keeler E.B., Manning W.G., and Wells K.B. 1988. "The Demand for Episodes of Mental Health Services." *Journal of Health Economics*

Klein R. Dimensions of rationing: who should do what? // *Br. Med. J.* – 1993. – Vol. 307, No. 6899. – P. 309-311.

Kornai, J. (2000). *Hidden in an Envelope: Gratitude Payments to Medical Doctors in Hungary.* CEU Press, Budapest.

Kongstvedt Peter R., *Essentials of Managed Health Care*, 2004.

Kutzin, J. (2001) A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements, *Health Policy*, 56 (3): 171-204.

Kutzin, J. 2001. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy* 56: 171-204.

Kutzin, J. 2005. Principles for benefit package design. Presented at the WHO Workshop, "Health Financing and Policy Reform in Georgia," June 21-22, 2005. Tbilisi, Georgia

Kutzin J., Meimanaliev T., Ibraimova A., Cashin C/ Dougherty S. (2003) Formalizing Informal Payments in Kyrgyz Hospitals from Phased Implementation of Financing reforms. Paper for IHEA 2003 Conference

Layte R, Nolan B. Equity in the utilization of health care in Ireland. Dublin, Economic and Social Research Institute, 2004 (Working Paper 2).

Lee R. H. *Economics for health care managers*, AUPA, Washington, 2000

Lewis M. (2001) *Informal Payments in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union: Issues, Trends and Policy Implications.* In: *Funding Health Care Options for Europe.* European Observatory Series.

Liu X., Mills A., "Evaluating Payment Mechanisms: How Can We Measure Unnecessary Care?" *Health Policy and Planning* 14, no. 4 (1999)

Managed Care Digest: HMO-PPO Digest, Kansas City, Mo.: Hoechst Marion Roussel, 1995

Martin Green, *The Economics of Health Care*, Office of Health Economics, London, 2004.

Martin, S., Rice, N. and Smith, P. (1998), "Risk and the general practitioner budget holder", *Social Science and Medicine*.

Maynard A. Logic in Medicine: an economic perspective. *BMJ.* 1987; 295: 1541. (The clearest and most concise description of the basis of economic logic that we have come across). Williams A. Health economics: the end of clinical freedom? *BMJ.* 1988 297: 1183-86.

McKee, M., D. Delnoij, and H. Brand. 2004. "Prevention and Public Health in Social Health Insurance Systems." In R. B. Saltman, R. Busse, and J. Figueras, eds., *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, U.K.: Open University Press

Monthly Labor Review, U.S. Department of Labor, Volume 119.

Morrisey, M. 1994. *Cost Shifting in Health Care: Separating Evidence from Rhetoric* Washington, D.C.: AEI Press.

Mossialos E., Dixon A., Figueras, J., Kutzin J. (editors) (2002) *Funding health care: options for Europe*. Buckingham. Open University Press

Mossialos, E., S. Thomson (2004) *Voluntary Health Insurance in the European Union*. WHO.

Mosby C.V., Glanze Walter D., Anderson Kenneth N., *Mosby Medical Encyclopedia, The Signet Medical Encyclopedia, The Signet: Revised Edition*, New American Library, 1996.

Murray, CJ, Frenk, J, 2000, "A framework for assessing the performance of health systems, *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (6),

Murthy A., Mossialos E. (2003). *Informal Payments in EU Accession Countries*.// *Euro Observer*. Vol., 5, N. 2

Neelam Sekhri, *Health Financing Policy*, World Health Organization, Geneva, 2005.

OECD *Health Systems: Facts and Trends 1960-1991*, Paris: OECD, 1993.

Pauly Mark, "When Does Curbing Health Costs Really Help the Economy?" *Health Affairs*, 14 (2):68-82, 1995.

Pouvirville G. personal communication, 2005

Preliminary Analysis of Risk Pooling Potential in the Health Care Financing System of Georgia, Actuarial Research Corporation, July, 1998

Preston Samuel H., *Fatal Years: Child Mortality in Late Nineteenth-Century America*, Princeton, NJ: Princeton University Press, 1991.

Purvis GP et al. *Evaluating Manas health sector reforms (1996–2005): focus on restructuring Bishkek*, Manas Health Policy Analysis Project, 2005 (Policy Research Paper No. 30).

UNDP, *Human Development Report Georgia 2000*. 2000, United Nations Development Programme: Tbilisi.

UNDP, *Human Development Report Georgia 1999*. 2000, United Nations Development Programme: Tbilisi

Reinhard Busse, Jonas Schreyögg, and Christian Gericke, *Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries, 2007*, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank

Reorientation of Georgian Healthcare System: Major Directions, Ministry of Health of Georgia, 1995

Richardson et al, 1998, "Skill mix changes; substitution or service development?", *Health Policy*.

Riddle Clive, President MCOL The Future of Managed Care An Outline, MCOLE - Seminars, 2000

Roemer, M. I. (1991). National health systems of the world. Oxford [England];New York, Oxford University Press.

Roland M. (2004) «Linking Physicians' Pay to the Quality of Care – A Major Experiment in the United Kingdom». *New England Journal of Medicine*. September 30.

Rosset, R. N., and L. Huang. 1973. "The Effect of Health Insurance on the Demand for Medical Care." *Journal of Political Economy*.

Shahriari H., Belli P., and Lewis M. (2001). Institutional Issues in Informal Health Payments in Poland: report on the qualitative part of the study. World Bank

Saltman R.B and Figueras J. (Ed.) European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 1997.

Sandier S, Paris V, Polton D. *Health care systems in transition: France*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

Savas S. and Sheiman I. (1998) "Contracting Models and Provider Competition" In : Critical Changes for Health Care Reform in Europe. Ed. by Saltman R., Fugueros J., Sakellarides C. Open University Press. Buckingham.

Schmidt U. (1995) "How sustainable is a market-oriented approach to the German health system?" *Euro Observatory* Volume 7 No.1.

Scott, L. 1996. "Government Buying Play Provokes Private Sector." *Modern Healthcare* November 11, 56

Sekhri N., Savedoff W., 2004. Private Health Insurance: Implications for Developing Countries. Discussion paper No. 3. World Health Organization. Geneva

Sekhri, N., W. Savedoff, and S. Tripathi. 2005. "Regulating Private Insurance to Serve the Public Interest: Policy Issues for Developing Countries." World Health Organization, Geneva.

Sekhri N. Health Financing Policy, World Health Organization, Geneva, 2005

Shirley Johnson-Lans, A Health Economic Primer, Pearson Education, Addison Wesley, 2005

Smith M. (2005) Continuity of Care and Trust Among Individuals with Chronic Conditions. AcademyHealth Annual Research Meeting, Boston, June 26-28 2005.

Smith Peter C., Witter Sophie N., Risk Pooling in Health Care Financing: The Implications for Health System Performance, HNP Discussion Paper, The World Bank, 2004.

Staff Appraisal Report-Georgia, Health Project, The World Bank, April 1996;

Starr P., "The Social Transformation of American Medicine" (New York: Basic Books, 1982).

Swedish Parliamentary Priorities Commission. Priorities in Health Care. – Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs, 1995

THE COUNCIL OF THE EUROPEAN COMMUNITIES, *Official Journal L 228*, 11/08/1992 P. 0001 – 0023

Thomson Prentice, Health, history and hard choices: Funding dilemmas in a fast changing world, WHO, 2006.

Vayda E. A. comparison of surgical rates in Canada and England and Wales, 1973. Vol. 289

Velasco-Garrido M., Borowitz M., Ovretveit J., Busse R. (2005) “Purchasing for quality of care”. In: *Purchasing to improve health system performance* Edited by Josep Figueras, Ray Robinson, Elke Jakubowski. Open University Press. Buckingham.

Woolley, S. 1998. “I Got it Cheaper than You.” *Forbes* 162 (10.)

WHO, World Development Report, 1993.

WHO (2000). The World Health Report, 2000. Health systems: improving performance, Geneva, WHO

WHO, Regional Overview of Social Health Insurance in South-East Asia, 2004

WHO, Engaging for Health, Eleventh General Programme of Work, 2006-2015, A Global Health Agenda.

World Health Organization (2000), The World Health Report 2000. Health systems: improving performance, Geneva: World Health Organization

World Health Organization (2000). Health systems : improving performance. Geneva, World Health Organization.

World Health Statistics 2007, WHO, 2008.

World Bank, Georgia: Poverty and Income Distribution: Volume 1: Main report. 1999, World Bank

Williams A. Cost-effectiveness analysis: is it ethical? *Journal of Medical Ethics* 1992

Witter S. and Ensor T. Health economics for Developing Countries. The University of York, Centre for Health Economics International Programme. Macmillan, 2000.

Winnie Yip, William C. Hsiao, The Chinese Health System At A Crossroads, *Health Affairs- Volume 27, Number 2*, March/April 2008.

Zöllner H., G. Stoddart and C. Selby Smith, Learning to live with Health Economics, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2003.

Zhou R., “Responsible Utilization of Antibiotics Should Be a Societal Responsibility,” Sanmenxia Central Hospital, Paper no. 223, (in Chinese, accessed 15 January 2008)

Акопян А.С., ШИЛЕНКО Ю.В., ЮРЬЕВА Т.В., Индустрия здоровья: экономика и управление, Москва: Дрофа, 2003

Бесстремьянная Г.Е., Шишкин С.В. (2005). Доступность медицинской помощи // Доходы и социальные услуги: неравенство, уязвимость, бедность. Независимый институт социальной политики. Мю: Изд. Дом ГУ ВНЭ.

Власов В.В. Медицина в условиях дефицита ресурсов. — М.: Триумф, 1999

Виттер С; Т. Енсор; Введение в Экономику Здравоохранения для Стран Восточной Европы и СНГ. Центр Экономики Здравоохранения Университет Уорка

Горбунова Н.В., Обухова Е.И., Мелкова К.Н. Использование различных доз цитарабина в терапии гемобластов в гематологическом отделении Клинической больницы № 6. — В сб. “Труды участников конференции по противораковой химиотерапии. — М., 1996.

Граната А.В., Хиллман А.Л. Использование анализа эффективности затрат для выбора оптимальных клинических рекомендаций.— Международный журнал медицинской практики, 1999, № 6

Чазов Е.И., Медицинская газета. 10 октября 1988 г., № 84

Зяблюк Н. Г. Политический плюрализм: контуры американской модели // США и Канада: экономика, политика, культура. 1999. № 5

Итоги десятилетия советской власти в цифрах. 1917–1927 гг. М.:ЦСУ СССР, 1927

Кричагин В.И. Народное здравие: время решений // В человеческом измерении. М.: Прогресс, 1989

Методические рекомендации по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования граждан в Российской Федерации. - М.: ФФОМС, 1993

О развитии медицинского страхования за рубежом Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения № 9, 2005 г.

Очерки истории русской общественной медицины. М.: Медицина, 1965.

Плескевич Н. Неопределенность в мире определенности // Государственная служба. 2000. № 4.

Поляков И.В., Зеленская Т.М., Ромашов П.Г., Пивоварова Н.А. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. Учебное пособие. Санкт-Петербург, 1997

Прохоров Б.Б. Организация здравоохранения в России в XX веке, Россия в окружающем мире 2001

Салтман Р. Б., Дж. Фигейрас, Реформы системы здравоохранения в Европе, Москва, 2000.

Семашко Н.А. Избранные произведения / Ред. П.И. Калью. М.: Медицина, 1967.

Слепнев А.А., Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В. (2004) Реформа здравоохранения: трудный поиск решений. «Менеджер здравоохранения» № 11.

Телюков А.В. Интегрированная система учета и анализа затрат на оказание больничной помощи. /Технический отчет/ — Здравреформ, 1996

Телюков А.В. Интегрированная система учета и анализа затрат на оказание больничной помощи. /Технический отчет/ — Здравреформ, 1996

Федорова Т., Основы страховой деятельности, Москва, 2001

Филатов Вадим, Мировое здравоохранение. Состояние, Оценки, Перспективы, 2006.

Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы./Ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. /Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2002

Фотаки М. Сочетание общественного/государственного и частного в Российской системе здравоохранения в свете международного опыта // Сборник «Общественное и частное в здравоохранении и в медицинском страховании (состояние, проблемы, перспективы)». – М., - 1999

Фрэнк Найт, Риск, неопределенность и прибыль. Москва, 2003

Шейман И.М. Экономика Здравоохранения, Москва, ТЕИС, 2001.

Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. -М.: Издатцентр, 1998

Шейман И.М., Исакова Л.Е. (ред.) Реформирование систем оплаты медицинской помощи (2002). В двух томах. Кемерово, Изда-во «СибформС».

Шейман И.М. Система стратегической закупки медицинской помощи: международный опыт и его значение для российского здравоохранения. «Здравоохранение». № 4. 2006

Шишкин С.В., Бесстремьянная Г.Е., Овчарова В.А., Чернец А.Е., Чирикова А.Е., Шилова ЛюС. (2004) Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. Независимый институт социальной политики. М. : Изд. Дом ГУ ВШЭ.

Эстония, Изменения в системе здравоохранения 1992 – 1999 годы, Эстонская центральная больничная касса, Таллинн, 2004.