

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

თენგიზ ვერულავა

სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების მეთოდების
კომპლექსური შეფასება

14.00.33-სოციალური ჰიგიენა და ჯანდაცვის ორგანიზაცია

ხელმძღვანელი: პროფ. ოთარ გერზმავა

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი

დ ი ს ე რ ტ ა ც ი ა

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის

სამეცნიერო ხარისხის მოსაპოვებლად

თბილისი-1999

ს ა რ ჩ ე ვ ი

თავი 1

სამედიცინო დაზღვევის განვითარების ისტორიის ძირითადი ეტაპები (ლიტერატურის მიმოხილვა) 7

1.1 სოციალური დაზღვევის სისტემის მოქმედების თავისებურებანი 12

1.2 სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების ძირითადი მეთოდების ზოგადი დახასიათება 16

თავი 2

გამოკვლევის მასალა და მეთოდოლოგია 32

თავი 3

ბავშვთა მოსახლეობის ჯანმრთელობის და პედიატრიული დახმარების განვითარების ძირითადი ტენდენციები საქართველოში და სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონში 38

3.1. ბავშვთა გადარჩენის პროგრამით მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსების თავისებურებები 51

თავი 4

საყოველთაო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემის ჩამოყალიბება საქართველოში 54

თავი 5

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდების შეფასების შედეგები 63

ჩატარებული კვლევის შედეგების განხილვა 94

დასკვნები 97

წინადადებები 99

გამოყენებული ლიტერატურა 100

შესავალი

საქართველოში მიმდინარე ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის მრავალეტაპიანი პროცესი გარკვეული სირთულეებით ხორციელდება, რაც მრავალი მიზეზებითაა განპირობებული. ჯანდაცვის სისტემის საბაზრო ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლამ, სამედიცინო დახმარებაზე თანაგადახდის დაწესებამ გარკვეული უკმაყოფილება გამოიწვია საზოგადოების სხვადასხვა ფენებში. სერიოზულ პრობლემას, განსაკუთრებით რეფორმის გატარების პირველ ეტაპზე, წარმოადგენდა მისი განხორციელებისათვის საჭირო გამოცდილებისა და პრაქტიკის უქონლობა, რამაც გამოიწვია მთელი რიგი პრობლემების წარმოშობა. მეორეს მხრივ, აშკარაა, რომ არსებული ეკონომიკური სირთულეების პირობებში სახელმწიფოს აღარ შეეძლო მოსახლეობის წინაშე ნაკისრი ვალდებულებების შესრულება, რაც სისტემის რეფორმირების ძირითადი მიზეზი გახდა. (ა. ჯორბენაძე, 1998, 1999).

90-იანი წლების დასაწყისში ქვეყანაში გამოხატულად გაუარესდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის ძირითადი მაჩვენებლები. მკვეთრად შემცირდა შობადობა, მოიმატა სოციალურად საშიში დაავადებების რიცხვმა, განსაკუთრებით ბავშვებში და ხანდაზმულ მოსახლეობაში. (ო. გერზმავა, 1998).

ყოველივე ზემოთ აღნიშნულმა დააჩქარა ჯანდაცვის არსებული სისტემის რეორიენტაციის პროცესი, რომელიც ფაქტობრივად 1995 წლიდან დაიწყო. რეფორმების პირველ ეტაპზე არსებითად შეიცვალა ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მეთოდები, განისაზღვრა საზოგადოების მოთხოვნილებები ჯანდაცვის სისტემის მიმართ, ჩამოყალიბდა სისტემის ორგანიზაციის ახალი პრინციპები, მისი საქმიანობის შინაარსი. დარგი გადავიდა პროგრამულ და პროგრამულ-მიზნობრივ დაფინანსებაზე. დაინერგა პრიორიტეტულ მიმართულებათა შერჩევის და განხორციელების მექანიზმი, კონკრეტულად განისაზღვრა სახელმწიფოს ვალდებულებები და რეალური შესაძლებლობები მოსახლეობის სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფის საქმეში. 1996 წელს

საფუძველი ჩაეყარა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო სისტემის ჩამოყალიბებას. (თ. კალანდაძე, ს. ბრეგვაძე. 1997).

რეფორმის შედეგად სამედიცინო დაწესებულებები გადავიდნენ სამეურნეო ანგარიშთან ურთიერთობებზე. მათ მიერ შემოსავლების მიღება და განაწილება თვისობრივად ახალ წესებსა და პირობებს დაეფუძნა. სრულიად შეიცვალა სამედიცინო პერსონალის მიერ შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურების მექანიზმები, რომლებიც ამჟამად სახელშეკრულებო პრინციპებით ხორციელდება.

სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსების ახალი მეთოდების შესწავლისას გამოიკვეთა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ მათი ტექნოლოგიური სპეციფიკიდან გამომდინარე, თითოეულს ესაჭიროება სხვადასხვა ხარისხის კონტროლი. აგრეთვე მნიშვნელოვანია ის გარემოებაც, რომ მართვის ახალი მექანიზმების გამოყენების სირთულებიდან გამომდინარე, საჭიროა სხვადასხვა ინფორმაციული სისტემების ამოქმედება, სისტემის მმლავრი და მაღალი დონის ტექნიკური საშუალებებით უზრუნველყოფა. (6,7,9).

ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების პირველი ეტაპის შედეგების შეჯამება საშუალებას იძლევა დავასკვნათ, რომ მიუხედავად დიდი სიძნელებისა, უკვე მოღწეულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გარკვეული გაუმჯობესება, ეს განპირობებულია სოციალურად დაუცველი ფენებისათვის სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის მიღწევით და ამ კონტიგენტისათვის თანასწორობის პრინციპის უზრუნველყოფით. ამ კუთხით განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ქვეყანაში სამედიცინო დაზღვევის სისტემის სრულყოფას.

ჩატარებული ანალიზი ცხადყოფს, რომ ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის წარმატებული განხორციელების ერთ-ერთი აუცილებელი პირობაა სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსების ახალი მეთოდების მეცნიერული კვლევა და მიღებული მონაცემების საფუძველზე სათანადო ღონისძიებების გატარება სამედიცინო დახმარების სოციალური და ეკონომიკური ეფექტურობის გაზრდის თვალსაზრისით.

მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული პრობლემები მოითხოვს სერიოზულ სამეცნიერო უზრუნველყოფას, ამ კუთხით ქვეყანაში შესრულებულია მხოლოდ ერთეული კვლევები.

კვლევის მიზანი და ამოცანები:

ზემოთაღნიშნულის გათვალისწინებით, კვლევის მიზანია საქართველოში სამედიცინო დაზღვევის სისტემის ჩამოყალიბების ძირითადი ეტაპების, გაწეული სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების ახალი მეთოდების დანერგვის კომპლექსური შეფასება და მიღებული მონაცემების საფუძველზე ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ოპტიმიზაციის მიზნით სათანადო რეკომენდაციების შემუშავება.

დასახული მიზნის მისაღწევად კვლევის პროცესში გადაწყვეტილია შემდეგი ამოცანები:

1. განვითარებულ ქვეყნებში მოქმედი ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემების მეცნიერული ანალიზი.
2. საქართველოში სადაზღვევო მედიცინის განვითარების ძირითადი ტენდენციების ანალიზი ბავშვთა გადარჩენის სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამის მაგალითზე;
3. სამეგრელოს რეგიონის მოსახლეობის დემოგრაფიული განვითარების ძირითადი ტენდენციების რეტროსპექტული ანალიზი;
4. ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე პირველადი ჯანდაცვის რგოლის რეორიენტაციის პროცესის შედეგების კომპლექსური შეფასება;
5. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესში გამოყენებული დაფინანსების მეთოდების საექსპერტო შეფასება;
6. მიღებული შედეგების საფუძველზე სათანადო რეკომენდაციების შემუშავება გაწეული სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების ოპტიმალური ფორმების შერჩევის მიზნით.

კვლევის მეცნიერული სიახლე:

1. პირველად საქართველოში განხორციელდა სამედიცინო დაზღვევის განვითარების ძირითადი ეტაპების კომპლექსური სოციალურ-ჰიგიენური შესწავლა;
2. სპეციალური პროგრამის მიხედვით ჩატარდა ბავშვთა გადარჩენის სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამით გათვალისწინებული დაფინანსების მეთოდების საექსპერტო შეფასება;
3. ბავშვთა გადარჩენის სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამის მიმდინარეობის შეფასების მიზნით ჩატარდა სოციოლოგიური კვლევა.
4. გაანალიზდა სხვადასხვა ქვეყნების სამედიცინო დაწესებულებათა დაფინანსების მეთოდების თავისებურებანი.

კვლევის პრაქტიკული მნიშვნელობა:

მიღებული მონაცემების საფუძველზე ჩამოყალიბდა კონკრეტული წინადადებები, რომლებიც მიმართულია:

- ბავშვთა გადარჩენის სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამით სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსების მეთოდების ოპტიმიზაციაზე;
- მომზადდა წინადადებები, რომლებიც ითვალისწინებენ სამედიცინო დახმარების ხარისხის ამაღლებას;
- შემუშავდა ღონისძიებათა ნუსხა, რომელიც მიმართულია ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირებისაკენ;
- რეგიონში ჩამოყალიბდა პირობები, რომლებიც ხელს უწყობს სამედიცინო დახმარების რეორიენტაციას პროფილაქტიკურ მუშაობაზე;
- მომზადდა წინადადებები, რომელთა განხორციელება ხელს შეუწყობს პროგრამის დაფინანსებისათვის საჭირო რესურსების დაზოგვას.

დაცვაზე გასატანი ძირითადი დებულებები:

1. უკანასკნელ წლებში საქართველოში არსებული დემოგრაფიული სიტუაცია აშკარა გაუარესებით ხასიათდება. აღინიშნება შობადობის შემცირება, ბავშვთა ასაკის მოსახლეობის სიკვდილიანობისა და ავადობის გაზრდა.
2. ბავშვთა მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების ძირითადი გზაა სათანადო სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების ამოქმედება, რომელთა დაფინანსების ოპტიმალური ფორმების შერჩევა განაპირობებს მიღებული შედეგების ეფექტიანობას.

დისერტაციის მასალის აპრობაცია:

დისერტაციის მასალები და კვლევის შედეგები მოხსენებული და განხილულია:

რესპუბლიკურ სამეცნიერო პრაქტიკულ კონფერენციაზე „ჯანდაცვის დღეები“ (თბილისი, 1998 წელი).

დისერტაციის ძირითადი შედეგები გამოქვეყნებულია 4 ნაბეჭდი ნაშრომის სახით.

დისერტაციის აპრობაცია შედგა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის და მენეჯმენტის კათედრის სხდომაზე (ოქმი N 1999 წლის 23 მარტი).

დისერტაციის სტრუქტურა და მოცულობა:

დისერტაცია წარმოდგენილია ქართულ ენაზე 111 ნაბეჭდი გვერდით; შეიცავს შესავალს, 5 თავს, დასკვნებს, პრაქტიკულ რეკომენდაციებს და გამოყენებული ლიტერატურის სიას (127 წყარო). ილუსტრირებულია 60 ცხრილით და 5 ნახატი.

თავი I

სამედიცინო დაზღვევის განვითარების ისტორიის ძირითადი ეტაპები (ლიტერატურის მიმოხილვა)

ნებისმიერ საზოგადოებაში არსებობს სხვადასხვა სახის ურთიერთდახმარების ტრადიციები. სტიქიური უბედურებებისა თუ ავადმყოფობის დროს ადამიანები აერთიანებდნენ თავიანთ ძალებს, შესაძლებლობებს, სახსრებს, რათა დახმარებოდნენ დაზარალებულს. (10, 14, 55).

ჯერ კიდევ უძველესი დროიდან, მართალია პრიმიტიულ დონეზე, მაგრამ ხდებოდა არსებული ინდივიდუალური რისკის საზოგადოების ყველა წევრზე დანაწილება. მაგალითად, მეფე ხამურაბის კოდექსის მიხედვით (18-ე ს. ჩვ. წ.ა.-მდე), თუ ქირურგი ავადმყოფს ოპერაციას შედეგიანად ჩაუტარებდა, იგი მიიღებდა 10 შეკელ ვერცხლს. საწინააღმდეგო შემთხვევაში ქირურგს ხელს მოკვეთავდნენ. ასევე, ძველ ინდოეთში მანუს კანონების მიხედვით (10-ე - 5-ე სს. ჩვ.წ.ა.-მდე) ექიმი, რომელიც ვერ განკურნავდა ავადმყოფს იხდიდა ჯარიმას, რომლის ზომა დამოკიდებული იყო პაციენტის სოციალურ მდგომარეობაზე. (45,48,50).

პაციენტის, ექიმისა და სახელმწიფოს ურთიერთობის ასეთი ხასიათი წარმოადგენდა ჯანდაცვის სისტემის პირველ საფეხურებს. ასეთ სქემას როცა გაწეული სამედიცინო დახმარების საფასურს იხდის ან პაციენტი, ან ნათესავები და მეგობრები თანამედროვე ენით კერძო მედიცინა ეწოდება.

კაცობრიობის განვითარებასთან ერთად ხდებოდა ადამიანის სიცოცხლის გახანგრძლივება, რაც თავისთავად იწვევდა სამედიცინო დახმარებაზე მოთხოვნილების ზრდას, რომლის დაკმაყოფილება გასაგები მიზეზების გამო პიროვნების მიერ დამოუკიდებლად ვერ ხერხდებოდა. ამ შემთხვევაში ადამიანები ერთიანდებოდნენ ნათესაური, პროფესიული, ან ტერიტორიული ნიშნებით და

სამედიცინო დახმარებისათვის განკუთვნილ საერთო ფონდში აგროვებდნენ საჭირო თანხებს. (40,50,77).

მაგალითად, ძველ ეგვიპტეში (ძველი წელთაღრიცხვით მეოთხე ათასწლეული) შეიქმნა ქვისმთლელთა ურთიერთდახმარების ფონდები. ასეთივე ცნობები მოგვეპოვება ძველ რომში, სადაც ფართოდ იყო გავრცელებული ე.წ. კოლეგიები, რომლებიც აკუმულირებდნენ სპეციალურ თანხებს რელიგიური დღესასწაულების ჩასატარებლად.

ამასთან, სამხედრო კოლეგიებში ყოველთვიური შენატანებით დაგროვილი თანხები ხმარდებოდა ისევ სამხედრო მოსამსახურეებს, ადგილის შეცვლის ან ჯარიდან დათხოვნის შემთხვევაში. (52, 53, 54).

რომაელი საზოგადო მოღვაწისა და ისტორიკოსის ტერტულიანეს (დაახლოებით 200 წელი ჩ/წ.) მიერ მოწოდებული ცნობებით რომის იმპერიის მსგავსად საბერძნეთშიც იქმნებოდა სპეციალური ფონდები, სადაც დაგროვილი თანხებით შესაძლებელი ხდებოდა სამედიცინო დახმარების გაწევა ავადმყოფებზე, ღარიბ ფენებზე. (49, 50, 51).

შუა საუკუნეებში, დასავლეთ ევროპის მონასტრებთან არსებული საავადმყოფოებისათვის სისტემატურად გროვდებოდა გარკვეული შესაწირი. აღსანიშნავია, რომ საქართველოში, დავით აღმაშენებლის მეფობის დროს, უკვე მე-11 საუკუნის ბოლოს აგებული სასნეულოეობის წამლებითა და სამედიცინო ინვენტარით მომარაგება ხდებოდა სამეფო ხაზინის ხარჯზე. (57).

ამ პერიოდში ჩამოყალიბდა მეწარმეთა გილდიები, რომლებიც ახდენდნენ გარკვეული თანხების აკუმულირებას, რითაც თავს იზღვევდნენ მოსალოდნელი რისკისაგან. გილდიები წარმოადგენდნენ ამხანაგობებს, რომელთა წევრები ერთმანეთს უნდა დახმარებოდნენ ავადმყოფობის ან ერთ-ერთი წევრის გარდაცვალების შემთხვევაში.

შემდგომში ეს ფორმა უფრო დაიხვეწა, შესაძლებელი გახდა სახსრების შეკრება სპეციალური ფონდის შექმნის მეშვეობით. ეს სისტემა საბოლოოდ ჩამოყალიბდა მეწარმეთა სადაზღვევო სალაროების სახით, რაც გარკვეულწილად მოგვიანებით შექმნილი ე.წ. საავადმყოფოთა სალაროების წინამორბედი გახდა.(66, 68, 72).

აღსანიშნავია, რომ პირველი სადაზღვევო (საავადმყოფოს) სალაროები გერმანელმა მეწარმეებმა ჯერ კიდევ მე-17 საუკუნეში შექმნეს. სამრეწველო საწარმოში მომუშავეთა დაცვის მიზნით ზოგიერთი მეპატრონე ექიმს ხელშეკრულებით იწვევდა. მისი შრომის ანაზღაურება ხორციელდებოდა სპეციალური ფონდების (ე.წ. საავადმყოფო სალაროების) მეშვეობით. ამ შემთხვევაში საწარმოს წევრს უკვე არ ესაჭიროებოდა არამარტო უბედური შემთხვევით, არამედ მის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სხვა პრობლემებით განპირობებული სამედიცინო ხარჯების უშუალო გაღება. (62,63,65).

დროთა განმავლობაში შენატანები საავადმყოფო სალაროებში ისეთი რაოდენობით გროვდებოდა, რომ შეაძლებელი ხდებოდა ზოგ საწარმოებთან მძლავრი საავადმყოფოების აშენება. (10, 14, 87, 90).

საავადმყოფოს სალაროს მართვა საზოგადოებრივ საწყისებზე ხორციელდებოდა, გამგეობაში შედიოდა როგორც დაქირავებულების, ასევე დამქირავებელთა წარმომადგენლები.

დაზღვევის ეს ფორმა შემდგომ გამოყენებულ იქნა სახელმწიფო სოციალური დაზღვევის სისტემის ჩამოყალიბების მიზნით.

სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის განვითარების ისტორია ყველაზე უფრო თვალსაჩინოა გერმანიის მაგალითზე, სადაც ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის ორგანიზაციის განსაკუთრებული სისტემა, რომლის დაფინანსება დაფუძნებული იყო 3 წყაროზე:

- სახელმწიფო ბიუჯეტი;
- დაქირავებულთა სავალდებულო შენატანები;
- დამქირავებელთა სავალდებულო შენატანები.

თანამედროვე მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყანა, რომლის ეკონომიკური სისტემა ხასიათდება სოციალურად ორიენტირებული საბაზრო ეკონომიკით, ჯანდაცვის პრობლემების გადასაჭრელად იყენებს გერმანიაში შემოღებულ სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის მოდელს. (3, 10, 87, 98).

გერმანიის კანცლერის ოტო ბისმარკის პოლიტიკურ წარმატებებს ხელი შეუწყო მის მიერ შემოთავაზებული სოციალური უსაფრთხოების სისტემის შექმნამ, რომლის ერთ-ერთ ნაწილს სამედიცინო დაზღვევა წარმოადგენს. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემამ, რომელიც ბისმარკის ინიციატივით გერმანიაში ჯერ კიდევ 1883-1889 წლებში ჩამოყალიბდა შემდგომში მიიღო ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ბისმარკის მოდელის, ან სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სახელწოდება. (58, 59, 67).

აღსანიშნავია, რომ რუსეთის იმპერიის ტერიტორიაზე პირველი საავადმყოფოს საღარო დაარსდა რიგაში 1859 წელს, ხოლო 1912 წელს მიღებულ იქნა სათანადო კანონები, რომელთა მიხედვით ნებაყოფლობითი დაზღვევის სისტემა გარდაიქმნა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევად. (3, 91, 105).

სოციალური დაზღვევის სხვადასხვა განშტოებების შემოღება ეტაპობრივად განხორციელდა. მაგალითად, 1883 წლის 15 ივნისს გერმანიაში მიღებულ იქნა „კანონი ავადმყოფობის შემთხვევაში მუშათა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“, რომელიც ემყარებოდა იმ ოთხ ძირითად პრინციპს, რაც საფუძვლად დაედო სხვა ქვეყნებში მოგვიანებით მიღებულ საკანონმდებლო აქტებს სამედიცინო დაზღვევის შესახებ. ესენია:

- ჯანმრთელობის დაზღვევა სავალდებულოა ყველა მომუშავესათვის;
- მომუშავეს აქვს კანონით დამტკიცებული უფლება მიიღოს უფასო სამედიცინო დახმარება;
- დამქირავებელი ვალდებულია რეგულარულად გადაიხადოს სადაზღვევო შენატანები;

▪ სადაზღვევო ფონდს აქვს დამოუკიდებელი საქმიანობის გატარების უფლება, მისი საქმიანობა დაფუძნებულია თვითმმართველობის პრინციპზე. (3,10,111,115).

ევროპაში დაზღვევის მატარებლებს თავიდანვე მიეკუთვნებოდა მრავალრიცხოვანი სუბიექტები, რომლებიც წარმოდგენილი იყო:

- ადგილობრივი სადაზღვევო სალაროებით;
- საწარმოო სალაროებით;
- მშენებელთა სადაზღვევო სალაროებით;
- კორპორაციათა სადაზღვევო სალაროებით;
- მეშახელთა სალაროებით;
- მუნიციპალური სადაზღვევო სალაროებით;

სოციალური დაზღვევის სისტემის ამოქმედების უკვე პირველ ეტაპზე სადაზღვევო შენატანები გროვდებოდა შემდეგნაირად: შენატანის მესამედს იხდიდა დამქირავებელი, ორ მესამედს კი უშუალოდ დაქირავებული პირი. (3, 10, 84, 96).

სოციალური დაზღვევის განვითარების შემდგომ მნიშვნელოვან ეტაპს წარმოადგენს ის საკანონმდებლო მუშაობა, რომელიც განხორციელდა ბევრ ქვეყანაში. განვიხილოთ ეს საქმიანობა გერმანიის მაგალითზე, რომელიც თავისებურად წინ უსწრებდა სხვა ქვეყნებს სახელმწიფო სოციალური დაზღვევის განვითარების კუთხით.

▪ 1884 წელი - კანონი საწარმოო მუშების უბედურ შემთხვევებთან დაკავშირებით სავალდებულო დაზღვევის შემოღების შესახებ;

▪ 1889 წელი - კანონი საპენსიო დაზღვევის შესახებ (ინვალიდობის და ხანდაზმულობის დროს);

▪ 1911 წელი - კანონი სავალდებულო დაზღვევის შესახებ;

▪ 1927 წელი - კანონი უმუშევართა დაზღვევის შესახებ;

▪ 1954 წელი - კანონი სოციალურ სასამართლოთა სისტემის შექმნის შესახებ.

ანალოგიური კანონები გარკვეული დაგვიანებით ამოქმედდა თითქმის ყველა განვითარებულ ქვეყანაში. გერმანიის სადაზღვევო მედიცინის განვითარების ისტორია ნათლად ასახავს, თუ რა მჭიდრო კავშირი არსებობს ეკონომიკასა და პოლიტიკას შორის. ეს ორი ფაქტორი გადამწყვეტ გავლენას ახდენდა არამარტო დაზღვევის შემოღებაზე, არამედ მის განვითარებაზე, დაფინანსებაზე, ორგანიზაციაზე და პრიორიტეტების განსაზღვრაზე. (3,45,57).

ბისმარკის მიერ გადადგმულ ნაბიჯებს მოგვიანებით მოჰყვა ევროპის სხვადასხვა ქვეყნებში ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პროგრამების შემუშავება. პოლიტიკურ წრეებში თანდათან პოპულარული ხდებოდა სადაზღვევო ფონდების ჩამოყალიბების იდეა. ასე, მაგალითად, მსგავსი კანონმდებლობა შემოღებულ იქნა ინგლისში (1911 წელს), შვეიცარიაში (1914 წელს), საფრანგეთში (1930 წელს), და სხვა. (65, 72, 85, 93).

თავდაპირველად სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა შეეხო მხოლოდ დიდი საწარმოების მუშებს. სხვა სფეროებში, მაგალითად სოფლის მეურნეობაში, ვაჭრობაში, მცირე საწარმოებში დასაქმებულები და არაკვალიფიცირებული მუშები სამედიცინო დახმარების ხარჯებს ფარავდნენ საკუთარი სახსრებით. (47, 53, 92).

ჯანდაცვის ეროვნული პროგრამების შემოღება პირველ რიგში მუშათა პარტიებისა და პროფკავშირების შექმნასთან იყო დაკავშირებული. როგორც ცხრილიდან ჩანს, პროფკავშირებისა და სოციალისტური პარტიების ჩამოყალიბებას ყოველთვის მოყვებოდა სოციალური დაზღვევის სისტემის განვითარებაც. (იხ. ცხრილი 1)

სოციალური დაზღვევის და სამედიცინო დაზღვევის სისტემის ჩამოყალიბების
ეტაპები სხვადასხვა ქვეყნებში

ქვეყანა	სოციალისტური პარტიის დაარსების თარიღი	პროფკავშირის დაარსების თარიღი	სოციალური დაზღვევის შემოღების თარიღი	სამედიცინო დაზღვევის შემოღების თარიღი
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
ჰოლანდია	1894	1905	1901	1901
დიდი ბრიტანეთი	1900	1868	1908	1908
შვეიცარია	1888	1880	1911	1892
შვედია	1889	1898	1913	1913
იტალია	1891	1906	1914	1914

აშკარაა, რომ როგორც პოლიტიკური პარტიების, ასევე პროფკავშირული ორგანიზაციების წარმატებების ერთ-ერთ ძირითად პირობას სოციალურად ორიენტირებული კანონმდებლობის გატარება წარმოადგენდა, რასაც სავსებით პასუხობდა სოციალური დაზღვევის სისტემის შემოღება. (75, 76, 77, 81).

1.1. სოციალური დაზღვევის სისტემის მოქმედების თავისებურებანი

თანამედროვე სოციალური დაზღვევის სისტემა ხუთი ძირითადი განმტოებისაგან შედგება, ესენია:

1. სამედიცინო დაზღვევა;
2. საპენსიო დაზღვევა;
3. საწარმოში მომუშავეთა უბედური შემთხვევისაგან დაზღვევა;
4. უმუშევართა დაზღვევა;
5. „მოვლის“ საღარო (მაგალითად, გერმანიაში იგი დაარსდა 1995 წელს).

სოციალური დაზღვევის ეს სახეობები სხვადასხვა ქვეყანაში არათანაბრად წარმოდგენილი (დაგროვილი საფინანსო სახსრების მიხედვით), ან გააჩნია ნაციონალური თავისებურებები, მაგრამ მთლიანობაში ეს სისტემა აშკარად იცავს მოქალაქეს ყოველგვარი სოციალური კატაკლიზმებისაგან. სოციალური

დაზღვევის სახეობები და მისი დაფინანსების წყაროები გერმანიის მაგალითზე წარმოდგენილია მე-2 ცხრილში.

ცხრილი 2

სოციალური დაზღვევის სისტემა გერმანიაში

	სამედიცინო დაზღვევა	საპენსიო დაზღვევა	უმუშევართა დაზღვევა	მოვლის სალარო	საწარმოო მუშათა უბედურ შემთხვევასთან დაკავშირებული დაზღვევა
მზღვეველი	მეზღვაურთა; მეურნეობის; მრეწველობის მუშაკთა	სამხარეო სადაზღვევო დეპარტამენტი; ფედერალური სადაზღვევო დეპარტამენტი	ფედერალური დასაქმების სამსახური	მოვლის სალარო	პროფკავშირები; მუნიციპალური ორგანიზაციები
დაზღვეულთა შემოსავლის წყარო	სხვადასხვა შენატანები;	სამთავრობო შენატანები; ინვესტიციები; სხვადასხვა	სამთავრობო შენატანები; ინვესტიციები; სხვადასხვა	შენატანები; სამთავრ. ინვესტიციები; სხვადასხვა	სამთავრობო შენატანები; ინვესტიციები; სხვადასხვა

სადაზღვევო სალაროები წარმოადგენენ სუბიექტებს, რომელთაც სახელმწიფოს მხრიდან დაკისრებული აქვთ გარკვეული მოვალეობები. ამ მოვალეობებს სალაროები დამოუკიდებლად ახორციელებენ, სახელმწიფო კი ხელს უწყობს და აკონტროლებს მათ საქმიანობას. (3, 10, 58, 68).

სალაროები თვითმმართველობას ახორციელებენ წარმომადგენლობითი არჩევითი ორგანოს საშუალებით (ადმინისტრაციული საბჭო). მისი წევრების რაოდენობა წესდებით განისაზღვრება, მაგრამ არ შეიძლება იყოს 30-ზე მეტი, (წარმომადგენელთა კრებისათვის ეს ლიმიტი 60%-ს შეადგენს). საბჭოს წევრების არჩევნები 6 წელიწადში ერთხელ იმართება. გასათვალისწინებელია, რომ დაქირავებულები და დამქირავებლები ცალ-ცალკე ირჩევენ საბჭოს წარმომადგენლებს, პროპორციულად ნაწილდება ადგილებიც. (3, 10, 61, 73).

საბჭო მუშაობს საზოგადოებრივ საწყისებზე და წელიწადში რამოდენიმეჯერ იკრიბება. მის სხდომებს უძღვება თავმჯდომარე ან მისი მოადგილე, რომლებიც წელიწადში ერთხელ ცვლიან ერთმანეთს. გასათვალისწინებელია, რომ ერთი მათგანი (თავმჯდომარე ან მოადგილე) წარმოადგენს დაქირავებულის, მეორე კი დამქირავებლის ინტერესებს. (3, 10, 65).

ადმინისტრაციული საბჭოს ფუნქციებია:

1. წესდების მიღება;

2. ბიუჯეტის დამტკიცება (მათ შორის სადაზღვევო შესატანების ოდენობის განსაზღვრა);
3. წლიური ანგარიშის შექმნა;
4. სალაროს მმართველობის არჩევა ან გადარჩევა.

სალაროს მმართველობა წარმოადგენს ორგანოს, რომელიც ინიშნება ადმინისტრაციული საბჭოს მიერ. მისი ფუნქციებია:

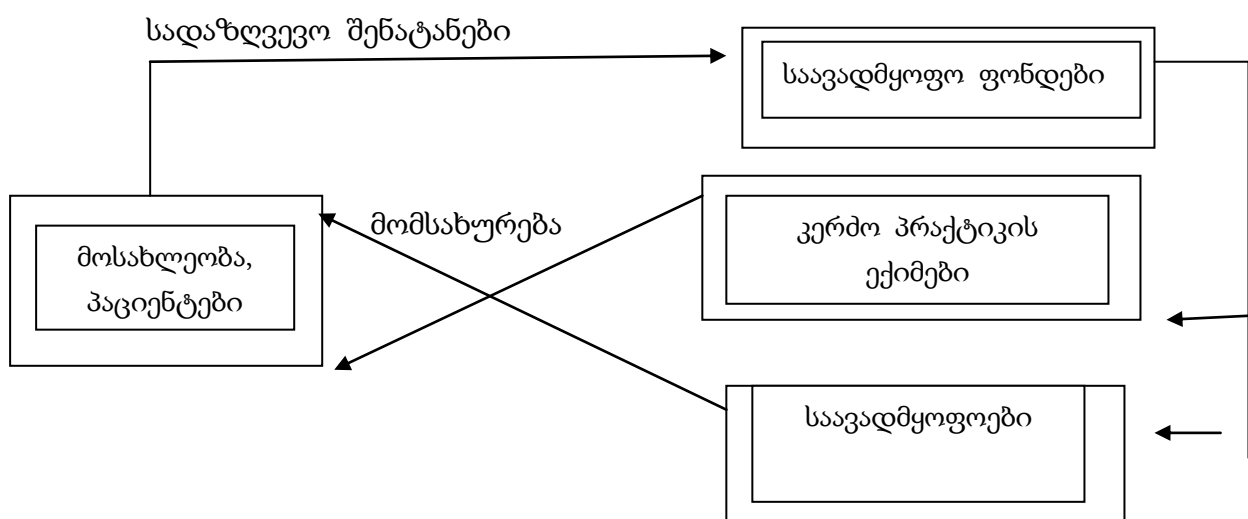
1. სალაროს იურიდიული წარმომადგენლობა;
2. წლიური ბიუჯეტის პროექტის შედგენა;
3. წლიური ფინანსური ანგარიშის შემოწმება და მისი წარდგენა ადმინისტრაციული საბჭოსათვის;
4. მზღვეველთა კუთვნილი ქონების გაზრდაზე ზრუნვა;
5. მზღვეველთა უძრავი ქონების გასხვისება, ან ახლის შეძენა;
6. სალაროს მიმდინარე საქმიანობის ყოველდღიური მართვა.

ადმინისტრაციული საბჭოს სხდომები ღია ხასიათს ატარებენ (გარდა ისეთი საკითხებისა, როგორიცაა პერსონალი, ფინანსური გარიგებები, უძრავი ქონების ყიდვა-გაყიდვა და სხვა). (3, 35, 76). ამგვარად, სალაროების მმართველობას ახორციელებენ:

1. ადმინისტრაციული საბჭო (საზოგადოებრივ საწყისზე მომუშავე საკანონმდებლო ორგანო);
2. მმართველობა (საბჭოს მიერ შერჩეული და ხელფასზე მომუშავე პერსონალი - აღმასრულებელი ორგანო). ფაქტობრივად მმართველობა სალაროს უმაღლეს აღმასრულებელ ორგანოს წარმოადგენს. (69, 76).

ნახატი 1

სოციალური დაზღვევის სისტემის ბისმარკის მოდელი



ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ბევერიჯის მოდელი

ინგლისი იმ მცირერიცხოვან ქვეყნებს მიეკუთვნება, სადაც შემოდებულია ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო ბიუჯეტიდან დაფინანსება, სათანადოდ მართვაც უშუალოდ სახელმწიფოს მიერ ხორციელდება. (90, 94, 112).

ბისმარკის სადაზღვევო მოდელისაგან განსხვავებით, ინგლისში ჯანდაცვისათვის განკუთვნილი, ზოგადი გადასახადებით შეგროვილი თანხები კონცენტრირდება არა საავადმყოფოს საღაროებში ან სადაზღვევო კომპანიებში, არამედ უშუალოდ ქვეყნის ბიუჯეტში. (65, 75, 108).

ჯანდაცვის სახელმწიფო სერვისებით იფარება მთელი მოსახლეობა. ჯანდაცვის ბიუჯეტი იქმნება ზოგადი გადასახადების ხარჯზე. სამედიცინო დახმარების ანაზღაურება ნაწილობრივ ხდება უშუალოდ პაციენტის მიერ (65, 96, 112).

კერძო დაზღვევა უპირატესად მოიცავს სამედიცინო მომსახურებათა ისეთ სახეებს, რომელსაც არ უზრუნველყოფს ჯანდაცვის ეროვნული სისტემა. კერძო დაზღვევით დაზღვეულია მოსახლეობის დაახლოებით 6% (81, 83, 87, 94).

ნახატი 2

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ბევერიჯის მოდელი



თავისთავად ვერცერთი მოდელი სრულყოფილად ვერ უზრუნველყოფს სამედიცინო დახმარების ფინანსურ და გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას, მაღალხარისხიან სამედიცინო მომსახურებას. ეს თავის მხრივ განაპირობებს დაფინანსების მოქმედი მოდელის მუდმივ რეფორმირებას. მიუხედავად იმისა, რომ განვითარებული ქვეყნების უმეტესობა სარგებლობს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების საბიუჯეტო ან სადაზღვევო პრინციპზე აგებული მოდელით, ყოველ მათგანს ახასიათებს გარკვეული თავისებურებანი, განპირობებული ეკონომიკური განვითარებით და ისტორიულ-კულტურული ტრადიციებით. ქვემოთმოყვანილ ცხრილში ნაჩვენებია სხვადასხვა ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელები (იხ. ცხრილი 3).

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელები ევროპის ქვეყნებში

ქვეყანა	ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელები
დანია	საერთო ბიუჯეტური შემოსავლებიდან დეცენტრალიზებული დაფინანსება
დიდი ბრიტანეთი	საერთო ბიუჯეტური შემოსავლებიდან ცენტრალიზებული დაფინანსება
ფინეთი	საერთო ბიუჯეტური შემოსავლებიდან დეცენტრალიზებული დაფინანსება
საფრანგეთი	სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაციის ცენტრალიზებული სისტემა
გერმანია	სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაციის დეცენტრალიზებული სისტემა
უნგრეთი	სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაციის ცენტრალიზებული სისტემა
ირლანდია	საერთო ბიუჯეტური შემოსავლებიდან ცენტრალიზებული დაფინანსება
იტალია	საერთო ბიუჯეტური შემოსავლებიდან ცენტრალიზებული დაფინანსება
ლატვია	სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაცია, საერთო ბიუჯეტური შემოსავლები
ნიდერლანდები	სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაციის ცენტრალიზებული სისტემა
ნორვეგია	საერთო ბიუჯეტური შემოსავლებიდან დეცენტრალიზებული დაფინანსება
სლოვაკია	საერთო ბიუჯეტური შემოსავლებიდან ცენტრალიზებული დაფინანსება
სლოვენია	სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაციის ცენტრალიზებული სისტემა
შვეცია	საერთო ბიუჯეტური შემოსავლებიდან დეცენტრალიზებული დაფინანსება
რუსეთი	დეცენტრალიზებული საბიუჯეტო-სადაზღვევო სისტემა

1.3. სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების ძირითადი მეთოდების ზოგადი დახასიათება

გაწეული სამედიცინო დახმარების ღირებულების დასაფარავად თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემებში ძირითადად შემდეგი სახის ანაზღაურების მეთოდები გამოიყენება:

- სულადობრივი ანუ, კაპიტაციური ანაზღაურების მეთოდი;
- ფიქსირებული ანაზღაურების მეთოდი;

- შესრულებული სამუშაოს მიხედვით გაწეული დანახარჯების ანაზღაურება;
- ე.წ. მიზნობრივი ანაზღაურება;
- საერთო ბიუჯეტი ანუ გლობალური ბიუჯეტი;

თავისთავად, ჯანდაცვის სხვადასხვა სისტემაში გაწეული სამედიცინო დახმარების ღირებულების ანაზღაურება საკუთარ გამოცდილებაზე დაყრდნობით ხორციელდება.

საგულისხმოა, რომ ყოველი ზემოთ ჩამოთვლილი მეთოდი ხასიათდება გარკვეული ნაკლოვანებებით, რის გამოც მუდმივად ხდება მათი დანერგვისას ცვლილებების შეტანა. ასეთი ცვლილებები დაკავშირებულია ქვეყნის როგორც ეკონომიკურ, ასევე პოლიტიკურ და ფინანსურ შესაძლებლობასთან, საზოგადოებაში მიმდინარე გარდაქმნებთან. საბოლოო ჯამში კი თითოეული ცვლილების მიზანია არამარტო არსებული საფინანსო სახსრების ყაირათიანი მოხმარება, არამედ სამედიცინო დახმარების დონის ამაღლება და ხალხის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა. (100, 101, 109).

1.3.1. სულადობრივი, ანუ კაპიტაციური ანაზღაურების მეთოდი

სულადობრივი ანუ კაპიტაციური ანაზღაურების მეთოდის გამოყენება გულისხმობს რომ სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლის მიერ გაწეული მუშაობის ანაზღაურება დამოკიდებულია მოსახლეობის რაოდენობაზე, რომელსაც იგი ემსახურება. ეს მეთოდი განსაკუთრებით ხელსაყრელია თუ საქმე ეხება პირველადი სამედიცინო დახმარების დაფინანსებას. (67, 71, 72, 74).

კაპიტაციური ანაზღაურების 2 სახე არსებობს: მარტივი და რთული.

მარტივი სისტემის მოქმედების დროს, სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელზე გაიცემა ფიქსირებული თანხა, განკუთვნილი ყველა რეგისტრირებული პაციენტისათვის საჭირო დახმარების გასაწევად.

რთული სისტემის მოქმედებისას ძირითადი ყურადღება ექცევა არამარტო დაწესებულების მომსახურების ზონაში მყოფ პაციენტებს, არამედ ისეთ პარამეტრებსაც, როგორიცაა ასაკი, სოციალური ფაქტორები, გარემო პირობები. კარგადაა ცნობილი, რომ ბავშვები, მოხუცები ან რეპროდუქტიულ ასაკში მყოფი ქალები მოითხოვენ უფრო დიდი ყურადღებას სამედიცინო პერსონალის მხრიდან, რაც თავისთავად უფრო მეტ ხარჯებთანაა დაკავშირებული. (116).

მაგალითად, ინგლისში და იტალიაში ღარიბ უბნებში მოქმედი სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების დასაფინანსებლად გამოიყენება კაპიტაციური

ანაზღაურების რთული სახე, რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს სამედიცინო პერსონალს უფრო აქტიურად იმუშაოს მოსახლეობის სოციალურად დაუცველ ფენებთან, რათა მიიღოს მაღალი შემოსავალი, ვიდრე ეძიოს მცირერიცხოვანი, მაგრამ მდიდარი პაციენტები. (52, 55, 58, 60).

კაპიტაციურ ანაზღაურებას გააჩნია ისეთი დადებითი მხარეებიც, როგორიცაა ანგარიშსწორების სიმარტივე. მცირდება როგორც დაწესებულების საფინანსო მუშაკების რიცხვი, ასევე ძვირადღირებული საინფორმაციო სისტემების საჭიროება. აქედან გამომდინარე, საქმის წარმოებისათვის ეს მეთოდი მოითხოვს ნაკლებ ხარჯებს. (114, 115).

ამ მეთოდის გამოყენებისას იქმნება პირობები, რათა უფრო მაღალი ანაზღაურების მიღების მიზნით ექიმმა მეტი რაოდენობის პაციენტი მიიზიდოს. ერთის მხრივ, აღნიშნული განაპირობებს ექიმებს შორის კონკურენციის გაზრდას, მეორეს მხრივ კი სტიმულს აძლევს მათ მიერ გაწეული სამედიცინო დახმარების ხარისხის ამაღლებას. მითუმეტეს, რომ დაზღვეულს მინიჭებული აქვს უფლება, საკუთარი სურვილით აირჩიოს სამედიცინო დაწესებულება ან ექიმი.

განსაკუთრებით საგულისხმოა ის, რომ ამ მეთოდის გამოყენებისას შესაძლებელია საერთო დანახარჯების შემცირება, ვინაიდან სამედიცინო პერსონალი ნაკლებადაა დაინტერესებული პაციენტებისთვის ძვირადღირებული გამოკვლევების დაუსაბუთებელი ჩატარებით, ან მისი სხვა დაწესებულებაში კონსულტაციებზე გაგზავნით. (10, 14, 21, 95).

ექიმს ექმნება დამატებითი სტიმული, რათა დროულად და ხარისხიანად განახორციელოს დაავადებათა პროფილაქტიკა, ვინაიდან იგი ცდილობს მწვავე კონკურენტულ ბრძოლაში დამოუკიდებლად გადაწყვიტოს ყველა წარმოჩენილი პრობლემა, რაც თავისთავად უფრო გაადვილებულია ნაკლებად დასნებოვნებულ კონტიგენტში. (52, 73, 78).

გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება იმ გარემოებასაც, რომ ამ სისტემის გამოყენების დროს მოსალოდნელი დანახარჯები ადვილად პროგნოზირებადია.

სამედიცინო დაწესებულება და ექიმი დაინტერესებულია ხანგრძლივი კონტაქტი იქონიოს ერთიდაიგივე პაციენტთან, უკეთესად გაერკვეს დაავადების მიმდინარეობაში, რათა უზრუნველყოს სათანადო სამედიცინო დახმარების გაწევა. (43, 51, 125).

მიუხედავად ზემოთაღნიშნულისა, კაპიტაციურ მეთოდს, რიგი ავტორის აზრით, გააჩნია მნიშვნელოვანი უარყოფითი მხარეებიც. მაგალითად, ექიმი უფრო დაინტერესებულია მოახდინოს რაც შეიძლება მეტი პაციენტის რეგისტრაცია,

ვიდრე ჩაატაროს მათზე ხარისხიანი სამედიცინო მეთვალყურეობა და მკურნალობა.

ამ პრობლემის გადაჭრის ერთ-ერთ გზას დასავლეთში წარმოადგენს პაციენტისათვის ექიმის თავისუფალი არჩევანის მინიჭება, რაც თავისებურ საკონტროლო მექანიზმს წარმოადგენს. (10, 14, 26, 32).

გასათვალისწინებელია ისიც, რომ ამ მეთოდის მოქმედების პირობებში სამედიცინო დაწესებულებას გარანტირებული აქვს ფიქსირებული ანაზღაურების მიღება ყველა რეგისტრირებულ პაციენტზე, რაც თავის მხრივ ხელს უშლის მაღალხარისხიანი დახმარების უზრუნველყოფას. ამ პრობლემის გადაჭრის ერთ-ერთი გზაა პაციენტისათვის ექიმის თავისუფალი არჩევანის უფლების მინიჭება, ასევე სამედიცინო დაწესებულებისათვის მუშაობის სათანადო სტანდარტების დაწესება. სტანდარტის დარღვევის შემთხვევაში მზღვეველი წყვეტს დაწესებულებასთან დადებულ კონტრაქტს.

კაპიტაციური ანაზღაურების ერთ-ერთ უარყოფით მხარეს წარმოადგენს აგრეთვე ის გარემოება, რომ ექიმი ხარჯების შემცირების მიზნით ცდილობს რთულ შემთხვევაშიც დამოუკიდებლად განახორციელოს პაციენტის მკურნალობა, რაც, გასაგები მიზეზების გამო, ყველა შემთხვევაში არ არის გამართლებული. (107).

1.3.2. გაწეული სამედიცინო დახმარების ღირებულების ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით

შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურება დღესდღეობით წარმოადგენს ყველაზე გავრცელებულ საბაზრო მეთოდს, რომელიც გამოიყენება როგორც სამედიცინო დაწესებულების, ასევე პერსონალის შრომის ანაზღაურების მიზნით. (105, 106).

ამ შემთხვევაში ანაზღაურება ხდება ჩატარებული სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა ერთეულების გამოყენებით.

არსებობს შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების რეტროსპექტული და პროსპექტული მეთოდი.

რეტროსპექტული მეთოდი: ამ მეთოდის გამოყენების დროს წინდაწინ არ არის დადგენილი სამედიცინო დახმარების ფასი. სამედიცინო დაწესებულება დამოუკიდებლად განსაზღვრავს გასაწევი სამედიცინო დახმარების სახეებს და მოცულობას. დამფინანსებლის როლი გასაწევი ხარჯების დაგეგმარების დროს

მინიმალურია და ხშირად შემოიფარგლება წარმოდგენილი ანგარიშების ანაზღაურებით. (10, 21, 28, 29).

მრავალი ნაკლოვანების გამო ის ქვეყნები, სადაც თავდაპირველად გამოიყენებოდა აღნიშნული მეთოდი (მაგ. რუმინეთში გატარებული რეფორმის საწყის ეტაპზე) ამჟამად ფიქრობენ ალტერნატიული ანაზღაურების მეთოდის შემოღებაზე, რომლითაც დამფინანსებლის მიერ შესაძლებელი იქნება უფრო მეტი კონტროლის დაწესება გაწეულ ხარჯებზე. (10, 21).

პროსპექტული მეთოდი: ამ მეთოდის გამოყენების დროს პაციენტზე გასაწევ ყოველ მანიპულაციას (დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, კვება და ა.შ.) აქვს წინასწარ დადგენილი ღირებულება. იგი შეიძლება იყოს მკაცრად განსაზღვრული და სავალდებულო შესასრულებლად, ან შეიცავდეს გაწეული მომსახურეობის ფასის ზედა და ქვედა ზღვარს. (10, 21, 45, 48).

გაწეული მუშაობის საბოლოო ღირებულების განსაზღვრა ხდება დამფინანსებლისა და სამედიცინო დაწესებულებას შორის შეთანხმების საფუძველზე. ამ შემთხვევაში ანაზღაურდება მხოლოდ წინასწარ შეთანხმებული სამუშაოთა მოცულობის შესაბამისი ანგარიში. (64, 65, 68).

მიუხედავად იმისა, რომ დამფინანსებლის ვალდებულებები შემოსაზღვრულია დროის გარკვეული პერიოდით, უმთავრესად მთელი წლის ვადით, აშკარაა, რომ ეს სისტემა საკმარისად ეფექტურად ზღუდავს სამედიცინო დახმარების ფასის ზრდის ტენდენციას.

სამედიცინო დაწესებულებას შეუძლია დამოუკიდებლად გამოიყენოს გაწეული სამედიცინო დახმარების ოპტიმიზაციის შედეგად დაზოგილი თანხები. საჭიროა ხაზი გაესვას, რომ მთლიანობაში წარმოდგენილი მეთოდი ხელს უწყობს სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელს აქტიურად განახორციელოს ღონისძიებები, მიმართული გამოყოფილი თანხების ეფექტურ გამოყენებაზე, მუშაობის ხარისხის ამაღლებაზე, პაციენტის დაკმაყოფილებაზე, მიუხედავად იმისა, რომ გეგმიურს ზევით გაწეული სამედიცინო დახმარების ღირებულების ანაზღაურება შესაძლოა შედარებით დაბალი ფასით, ან საერთოდ არ განხორციელდეს, მაგრამ საბოლოო ჯამში დაწესებულებაც, დამფინანსებელიც და პაციენტიც მოგებაში რჩება, ვინაიდან იზრდება მომსახურეობის ხარისხი, პროგნოზირებადია მოსალოდნელი ხარჯები, პერსონალის ყაირათიანი მუშაობის შემთხვევაში კი დაწესებულება იღებს დამატებით შემოსავალს. (10, 21, 43, 45).

ამასთან გასაწევი ხარჯების ზრდის ტენდენციის შეზღუდვის მიზნით დამფინანსებელი ცდილობს წინასწარ განსაზღვროს ის ჩარჩოები, რომლებშიდაც იმოქმედებს სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელი. ზოგიერთ ქვეყნებში

სამედიცინო მომსახურების სახეებზე დადგენილია ფასთა ჩამონათვალი. შესაბამისად, მათი ანაზღაურებაც გარკვეულ ფარგლებში ექცევა. ზოგიერთ ქვეყნებში სერვისებზე დადგენილი ფასთა ჩამონათვალი წარმოადგენს მხოლოდ რეკომენდირებულ ფასთა სისტემას, ამიტომ ექიმების ანაზღაურებაც არ არის შემოსაზღვრული. (116, 120, 122). ამასთან ფასთა ჩამონათვალი შეიძლება იცვლებოდეს და რეგულირდებოდეს ინფლაციის გათვალისწინებით.

ზემოთაღნიშნულიდან გამომდინარე შეიძლება დავასკვნათ, რომ ძირითადი განსხვავება რეტროსპექტულ და პროსპექტულ ანაზღაურებას შორის მდგომარეობს იმაში, რომ პირველ შემთხვევაში დამფინანსებელი არ მართავს გასაწევი სამედიცინო დახმარების მოცულობასა და სახეებს, მეორე შემთხვევაში კი იგი გვევლინება როგორც ინფორმაციული მყიდველი, რომელიც ყიდულობს და ანაზღაურებს მხოლოდ იმ მომსახურებას, რომელიც შეესაბამება მის გეგმებს და ფინანსურ შესაძლებლობებს. თავის მხრივ, შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის სხვადასხვა სახე არსებობს:

- ანაზღაურება პაციენტის მიერ სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის (საწოლ-დღეების) მიხედვით
- ანაზღაურება შემთხვევის საშუალო ღირებულების განსაზღვრის მიხედვით
- ანაზღაურება ჩატარებული პროცედურების ღირებულების მიხედვით
- ანაზღაურება სამედიცინო ეკონომიური სტანდარტების გამოყენებით

1.3.3. ანაზღაურება პაციენტის მიერ სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის (საწოლ-დღეების) მიხედვით

ამ მეთოდის გამოყენებისას სამედიცინო დაწესებულებების ანაზღაურება ხორციელდება პაციენტის მიერ სტაციონარში გატარებული საწოლ/დღეების მიხედვით. (გატარებული საწოლ/დღეების რიცხვი მრავლდება თითოეული დღის სტანდარტით განსაზღვრულ ღირებულებაზე). (21, 62, 67, 68).

ოთხმოციან წლამდე დასავლეთ ევროპის ყველა ქვეყნისათვის, აგრეთვე კანადისათვის და იაპონიისათვის ანგარიშსწორება სამედიცინო დაწესებულებებთან ძირითადად ამ მეთოდით ხორციელდებოდა. მოგვიანებით მისი გამოყენება მცირდება. ამჟამად იგი გვევლინება როგორც გლობალური ბიუჯეტის განსაზღვრის ერთეული.

ამ მეთოდის ერთ-ერთი უპირატესობაა მისი სიმარტივე, ვინაიდან წინდაწინაა განსაზღვრული საწოლ/დღის ღირებულება. ეს კი საშუალებას იძლევა გამარტივდეს ანგარიშსწორება. (10, 59, 61).

მეთოდის ძირითადი ნაკლოვანებაა სამედიცინო დაწესებულების დაინტერესება, რათა გაახანგრძლივოს პაციენტის სტაციონარში დაყოვნება. (98, 101, 121).

ანაზღაურების ამ მეთოდის უარყოფითი მხარეების გამოსასწორებლად გამოიყენება შემდეგი ღონისძიებები:

1. დამფინანსებელი ცდილობს დაადგინოს პაციენტის მიერ სტაციონარში გატარებული პირველი და შემდგომი დღეების დიფერენცირებული ფასი. (მაგალითად, პირველი სამი დღე უფრო ძვირი ღირს ვიდრე სხვა დღეები).

2. დამფინანსებელი ცდილობს დაადგინოს თითოეული ნაზოლოგიის მიხედვით ჰოსპიტალიზაციის სავარაუდო ვადები.

3. თითოეულ სამედიცინო დაწესებულებას საწოლთა პროფილის მიხედვით განესაზღვრება გარკვეული თანხა, რომლის ფარგლებში ანაზღაურდება ცალკეული პაციენტის სტაციონარული მკურნალობის ფასი (გლობალური ბიუჯეტის პრინციპი). ამ შემთხვევაში საწოლ/დღე გვევლინება, როგორც გლობალური ბიუჯეტის განსაზღვრის ერთეული. ამჟამად დასავლეთ ევროპის ბევრ ქვეყნებში, სწორედ ასეთი მეთოდია გავრცელებული. (10, 21, 52, 53).

1.3.4. ანაზღაურება შემთხვევის საშუალო ღირებულების განსაზღვრის მიხედვით

ამ შემთხვევაში, სამედიცინო დაწესებულება გაწეული მუშაობის ღირებულების ანაზღაურებას ღებულობს თითოეულ პაციენტზე ან ცალკეულ შემთხვევაზე განსაზღვრული საშუალო ფასის მიხედვით. (10, 21, 63, 75).

1.3.5. ანაზღაურება ჩატარებული პროცედურების ღირებულების მიხედვით

სამედიცინო დაწესებულების ანაზღაურება ხდება თითოეული პროცედურის ფასის განსაზღვრის საფუძველზე. გასათვალისწინებელია, რომ ანაზღაურების ასეთი ფორმით მოქმედების შემთხვევაში სამედიცინო დაწესებულება დაინტერესებულია მეტი გამოკვლევები და სამკურნალო ღონისძიებები ჩატაროს პაციენტს რაც, თავის მხრივ, განაპირობებს, როგორც მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის ფასის ზრდას, ასევე არაიშვიათად ნაკლებად საჭირო, მაგრამ ძვირადღირებული პროცედურების ჩატარებას. (10, 65, 78).

1.3.6. ანაზღაურება სამედიცინო ეკონომიური სტანდარტების გამოყენებით

ამ შემთხვევაში სამედიცინო დაწესებულებები ანაზღაურებას ღებულობენ ცალკეულ ფორმებზე დადგენილი ნოზოლოგიური სტანდარტების მიხედვით. ფასის დადგენისას აგრეთვე გათვალისწინებულია პაციენტის დაავადების სირთულე, ასაკი, თანმხლები დაავადებები და წარმოშობილი გართულებები. მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის ღირებულება წინდაწინაა განსაზღვრული. ეს მეთოდი ა.შ.შ-ში ცნობილია, როგორც დიაგნოზით ერთმანეთთან დაკავშირებული ჯგუფი - დ.დ.ჯ. (D.R.G. system), ხოლო დიდ ბრიტანეთში როგორც სამედიცინო დახმარებასთან დაკავშირებული ჯგუფები (Healthcare Related Groups – H.R.G). (120, 122, 124).

სტანდარტებით განსაზღვრული მკურნალობის ფასი სამედიცინო პერსონალისათვის წინასწარაა ცნობილი, ამასთან დაწესებულებას უნაზღაურდება მხოლოდ სტანდარტით დადგენილი სამედიცინო დახმარების ხარჯები, რაც გარკვეულწილად ხელს უწყობს ფასების სტაბილიზაციას. (96, 103, 108).

ევროპის ბევრ ქვეყანაში, მათ შორის საქართველოშიც სტაციონარული დაწესებულებების დასაფინანსებლად უმთავრესად სტანდარტების მიხედვით ანაზღაურებაზე დაფუძნებული სისტემა მოქმედებს. (125, 126, 127).

ანაზღაურების ძირითადი მეთოდების გამოყენება დასავლეთ ევროპის ზოგიერთ ქვეყნებში (პირველადი სამედიცინო დახმარების დაფინანსების დროს).

ქვეყანა	ანაზღაურების მეთოდი	ექიმთან ვიზიტების საშ. რიცხვი	სპეციალისტთან გაგზავნას განსაზღვრავს	პაციენტთა თანაგადახდის პრინციპის მოქმედება
ავსტრია	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით	5.1	თვითონ პაციენტი	მოსახლეობის 20% იხდის ცალკეული დახმარების 10-20%-ს
ბელგია	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით	8	თვითონ პაციენტი	მცირე საწარმოები იხდიან სამედიცინო დახმარების 100%-ს
დანია	28% სულადობრივი, 63% შესრ.სამუშაოს მიხედ, 9% სუბსიდია	4.4	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	არა
საფრანგეთი	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით	6.3	თვითონ პაციენტი	25%
გერმანია	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით	12.8	თვითონ პაციენტი	არა
ირლანდია	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით	6.6	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	პაციენტის მცირე შემოსავლის შემთხვევაში არა
იტალია	დიფერენცირებული სულადობრივი მეთოდი	11	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	არა
ლუქსემბურგი	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით	-	თვითონ პაციენტი	5%
ჰოლანდია	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით	5.8	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	პაციენტის მცირე შემოსავლის შემთხვევაში არა
შვეიცარია	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით	11	თვითონ პაციენტი	10%
დიდი ბრიტანეთი	დიფერენცირებული სულადობრივი მეთოდი. შესრ. სამუშ. მიხედვით. მიზნობრ. სუბსიდიები	5.8	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	არა
ფინეთი	ფიქსირებული ხელფასი	3.3	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	0.17 \$ თითო ვიზიტზე
საბერძნეთი	ფიქსირებული ხელფასი	5.3	თვითონ პაციენტი	არა
ნორვეგია	35%-ფიქსირებული ხელფასი, 65% - შესრ.სამ. მიხ.	-	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	30% თითო შემთხვევაზე
პორტუგალია	ფიქსირებული ხელფასი	3.1	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	არა
ესპანეთი	ფიქსირებული ხელფასი, სულადობრივი მეთოდი	6.2	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	არა
შვეცია	ფიქსირებული ხელფასი	3	თვითონ პაციენტი	6 \$ - 9 \$ თითო ვიზიტზე

1.3.7. მიზნობრივი ანაზღაურება

ანაზღაურების ეს მეთოდი ხშირად გამოიყენება ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მიერ შესრულებული სამუშაოს ასანაზღაურებლად. ამ შემთხვევაში წინდაწინაა განსაზღვრული გარკვეული სამედიცინო დახმარების მოცულობა (მაგ., იმუნიზაცია, პროფილაქტიკური შემოწმების ჩატარება და ა.შ.), რომლის შესრულების შემდეგ სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელს აუნაზღაურდება გაწეული მუშაობის ფასი. (10,21,78).

1.3.8. საერთო, ანუ გლობალური ბიუჯეტი (GLOBAL BUDGET)

ამ მეთოდის მიხედვით სამედიცინო დახმარების ღირებულების ანაზღაურება ხდება ფიქსირებული ბიუჯეტის მოქმედების პირობებში. წელიწადში ერთხელ დამფინანსებელი აწარმოებს შეთანხმებას სამედიცინო დაწესებულებასთან, რომლის ფარგლებში განისაზღვრება წლიური ბიუჯეტი. ყურადსაღებია ის გარემოება, რომ ბიუჯეტის მოცულობა დამოკიდებულია არა დაწესებულების სიმძლავრეზე (საწოლთა ფონდი, სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა და ა.შ.), არამედ, მხოლოდ შესრულებული სამუშაოს მოცულობაზე. საზღვარგარეთ გლობალური ბიუჯეტის ფორმირება ხდება დაწესებულების მიერ წინა წელს შესრულებული სამუშაოს მოცულობის გათვალისწინებით. როგორც დამფინანსებელი, ასევე თვით დაწესებულება აგროვებს დეტალურ ინფორმაციას გაწეული მუშაობის და მისი ღირებულების შესახებ, რის საფუძველზე განისაზღვრება მომდევნო წლისათვის დადებული ხელშეკრულების პირობები. გლობალური ბიუჯეტის მეთოდის ერთ-ერთი დადებითი მხარეა ის, რომ გაადვილებულია ხარჯთაღრიცხვის განსაზღვრა. გლობალური ბიუჯეტით განსაზღვრული სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების მეთოდი განსაკუთრებით ფართოდ გამოიყენება საავადმყოფოების დასაფინანსებლად. გლობალური ბიუჯეტით მუშაობს ისეთი ქვეყნების სამედიცინო დაწესებულებები, როგორიცაა: ბელგია, საფრანგეთი, გერმანია, ნიდერლანდები, ლუქსემბურგი და სხვა. (იხ ცხრილი). (10,21,123).

ანაზღაურების ძირითადი მეთოდები დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში
(სტაციონარული სამედიცინო დახმარება)

ქვეყანა	სტაციონარული სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების მეთოდები
დანია	გლობალური ბიუჯეტი
დიდი ბრიტანეთი	გლობალური ბიუჯეტი, შესრულებული სამუშაოს მიხედვით
ფინეთი	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით
საფრანგეთი	გლობალური ბიუჯეტი
გერმანია	გლობალური ბიუჯეტი
უნგრეთი	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით
ირლანდია	გლობალური ბიუჯეტი
იტალია	გლობალური ბიუჯეტი
ლატვია	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, საწოლ-დღე, ცალკეული შემთხვევები
ნიდერლანდები	გლობალური ბიუჯეტი
ნორვეგია	გლობალური ბიუჯეტი, შესრულებული სამუშაოს მიხედვით
სლოვაკია	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, საწოლ-დღე
სლოვენია	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, საწოლ-დღე
შვეცია	გლობალური ბიუჯეტი, შესრულებული სამუშაოს მიხედვით
რუსეთი	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით

უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში აღინიშნება ჯანდაცვის სისტემაზე გაწეული დანახარჯების ზრდის ტენდენცია. საერთო ეროვნულ შემოსავალში ჯანდაცვაზე გაწეული დანახარჯების წილი 4%-დან 14 %-მდე მერყეობს. (55, 72, 83).

ერთ სულ მოსახლეზე გათვლით ჯანდაცვაზე ყველაზე მაღალი დანახარჯებით ხასიათდება ა.შ.შ (3600 დოლარი), შვეიცარია (2750 დოლარი) და სხვა. ამასთან გასათვალისწინებელია, რომ ზემოთმოყვანილი მონაცემები უმეტესწილად ასახავს არა სახელმწიფო ბიუჯეტის მიერ გაღებული სახსრების ოდენობას, არამედ სხვადასხვა დაფინანსების წყაროდან მოზიდულ თანხებს (ბიუჯეტი, სოციალური დაზღვევა, თანაგადახდა ან პაციენტის მიერ უშუალოდ მიღებული თანხები და სხვა). (66, 78, 85).

ჩატარებული გამოკვლევების შედეგად დადგინდა, რომ იმ ქვეყნებში, სადაც გამოიყენება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი, წელიწადში საშუალოდ 11%-ით იზრდება სამედიცინო დანახარჯები. ეს გასაგები ხდება თუ გავითვალისწინებთ, რომ ამ სახის დაფინანსებისას სტაციონარში მოთასებულ პაციენტს ფართო საშუალებები გააჩნია სრულყოფილად მიიღოს

სამედიცინო დახმარება (ექიმის თავისუფალი არჩევანი, ცალკე პალატაში განთავსება, ტელევიზორი, ტელეფონი და სხვა). (119, 120).

იგივე შეეხება ექიმებს, რომლებიც ცდილობენ რაც შეიძლება ფართო სპექტრის სამედიცინო დახმარება გაუწიონ პაციენტს, რათა გაზარდონ თავიანთი შემოსავლები.

აშკარაა, რომ ეს მეთოდი სტიმულს აძლევს არამართო ხარჯების ზრდას. ა.შ.შ.-ში დანიშნულებათა დაახლოებით 30% დაუსაბუთებელია, მათი ჩატარება კი განპირობებულია გაწეული დახმარების ფასის გაზრდის მცდელობით. (61, 68, 72).

ასევე ამ მეთოდის გამოყენების დროს ძალიან მაღალია ადმინისტრაციული ხარჯები, ვინაიდან იგი ძვირადღირებული მონიტორინგის სისტემის შექმნას მოითხოვს.

წარმოჩენილი პრობლემის გადაწყვეტის ერთ-ერთ გზას წარმოადგენს ე.წ. კონუსისებრი ანაზღაურების მეთოდის შემოღება (იგი განსაკუთრებით გავრცელებულია კანადაში). თუ სამედიცინო პერსონალის შემოსავალი დადგენილ ზღვარს გადააჭარბებს შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურება შემცირდება. (42, 63, 86).

გერმანიაში საავადმყოფოების საღაროები ყოველწლიურად აანალიზებენ და აქვეყნებენ მონაცემებს ექიმთა მიერ შესრულებული სამუშაოების შესახებ. ეს მონაცემები მთლიანობაში წარმოადგენს იმ საორიენტაციო მაჩვენებლებს, რომლითაც სარგებლობს როგორც ექიმი, რათა კორექტივები შეიტანოს თავის მუშაობაში, ასევე გადამხდელი, რომელსაც ამ მონაცემებზე დაყრდნობით შეუძლია აიძულოს ექიმი შეცვალოს გაწეული დახმარების ღირებულება მოლაპარაკების პროცესში, ან განახორციელოს შესაბამისი კორექტივები თავის მუშაობაში. (10, 21, 62, 92).

პოსტკომუნისტური ქვეყნებისათვის არსებული მეთოდი ნაკლებად მისაღებია, იგი მოითხოვს მაღალ დანახარჯებს, რაც ლიმიტირებული ფინანსური წყაროების არსებობის პირობებში ნაკლებად რეალურია. (30, 35, 72, 95).

80-იან წლებში გერმანიაში, საფრანგეთში, ბელგიაში, ნიდერლანდებში, კანადაში, დიდ ბრიტანეთში, ირლანდიაში, ესპანეთში დაინერგა საავადმყოფოების დაფინანსების ახალი სისტემა ე.წ. პროსპექტული გლობალური ბიუჯეტის გამოყენებით. ამ სისტემის დროს, თუ საავადმყოფო „გამოიმუშავებს“ უფრო მეტ თანხებს, ვიდრე განსაზღვრული იყო წინასწარ დადებული ხელშეკრულებით, მან უნდა დაუბრუნოს დამზღვევს ლიმიტს ზედა დარჩენილი თანხები. (82, 105, 108).

საყურადღებოა ისიც, რომ საერთო დანახარჯები ფიქსირებული და წინდაწინ ცნობილია, ვინაიდან საავადმყოფო წარმოადგენს მომავალი წლის სავარაუდო

ხარჯთაღრიცხვას ძირითადი პუნქტების სახით (ხელფასები, მედიკამენტები, კვება, მომსახურება, ავადმყოფის მოვლა, ღამის მორიგეობა, ლაბორატორიული გამოკვლევა და ა.შ.), რომლის შემდეგაც ხდება გლობალური ბიუჯეტის განსაზღვრა.

მკვლევარების მიერ ჩატარებული ანალიზის შედეგად დადგინდა, რომ გლობალური ბიუჯეტის დანერგვამ ჯანდაცვაზე დანახარჯების 13%-ით შემცირება გამოიწვია, მაგრამ მეორე მხრივ წინა პლანზე წამოიწია ისეთმა უარყოფითმა ტენდენციებმა, როგორიცაა ექიმის მცდელობა გაახანგრძლივოს პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის ვადა.

60-80-იან წლებში ა.შ.შ.-ში პირველად შემუშავებულ იქნა და დაინერგა ე.წ. სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტები. ამ სისტემის მიხედვით დაავადებები და მათი შესაძლებელი გამოსავალი ერთიანდება ცალკეული ჯგუფების მიხედვით. თითოეულ დიაგნოზით დაკავშირებულ ჯგუფზე (DRG) გამოთვლილია მკურნალობის ღირებულება. (91, 105, 108).

ამ მეთოდს გააჩნია გარკვეული უპირატესობა, ვინაიდან შესაძლებელია დაწესდეს გაწეულ დანახარჯებზე უფრო ქმედითი კონტროლი, რადგანაც თითოეული დიაგნოზის მიხედვით საჭირო სამედიცინო ღონისძიებების ფასი წინდაწინაა ფიქსირებული. ამით იქმნება გარკვეული სტიმული, რათა სამედიცინო დახმარებაზე გასაწევი ხარჯები შემცირდეს. (3, 10, 21, 61, 75).

ამ მეთოდს მიუხედავად მთელი რიგი დადებითი მხარეებისა გააჩნია ისეთი ნაკლოვანებებიც, როგორიცაა ექიმის მცდელობა დააფიქსიროს თანმხლები დაავადებები და გართულებები, განურჩევლად იმისა, ახდენენ თუ არა ისინი გავლენას ძირითადი დაავადებების მიმდინარეობაზე და საჭიროებენ თუ არა სპეციალური მკურნალობის ჩატარებას. არაიშვიათია შემთხვევები, როდესაც ექიმები დროზე ადრე გაწერენ ავადმყოფებს სტაციონარიდან, რითაც ხელს უწყობენ პაციენტთა განმეორებით ჰოსპიტალიზაციას. გასაგებია, რომ ამ შემთხვევაში პაციენტს თავიდან უტარდება გამოკვლევები, რაც გამოხატულად ზრდის მკურნალობის ფასს. საბოლოო ჯამში, გასაგები მიზეზების გამო იზრდება მკურნალობაზე საერთო დანახარჯები.

მიუხედავად ზოგიერთი წარუმატებლობისა, DRG სისტემის დანერგვით ბევრმა ეკონომიურად განვითარებულმა ქვეყანამ ჯანდაცვაზე დანახარჯების შემცირების გარკვეულ შედეგს მიაღწია. (95, 101, 121).

როგორც ვხედავთ, ჯანდაცვაზე დანახარჯების ეფექტურად გამოყენების საქმეში უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ადექვატური ანაზღაურების მეთოდების დანერგვას. მრავალი გამოკვლევა ცხადყოფს, რომ ჯანდაცვაზე დანახარჯების შემცირების ყველაზე ეფექტურ მექანიზმს წარმოადგენს პროსპექტული გლობალური ბიუჯეტის

დაწესება სტაციონარისათვის და კაპიტაციური მეთოდის გამოყენება ამბულატორიული დახმარების ღირებულების ასანაზღაურებლად. (42, 61, 75).

ჯანდაცვაზე დანახარჯების შემცირებაზე მიმართული ღონისძიებები მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული დაწესებულების მიერ ფინანსური სახსრების ყაირათიანად გამოყენებაზე. აქედან გამომდინარე, არანაკლებ სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს პერსონალის შრომის ანაზღაურების თანამედროვე მეთოდების დანერგვა. (3, 21, 92, 103).

1.4. სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურების ძირითადი მეთოდები

სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურების 3 მთავარი მეთოდი არსებობს: შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, კაპიტაციური, ფიქსირებული ხელფასი.

1.4.1. სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით

სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ყველაზე მეტად გავრცელებულია ა.შ.შ.-ში, ავსტრალიაში, ახალ ზელანდიაში, კანადაში, გერმანიაში, საფრანგეთში, ბელგიაში. (89, 90, 92).

როგორც საავადმყოფოს დაფინანსების საკითხების განხილვის დროს აღინიშნა, შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურება გარკვეულ სტიმულს აძლევს სამედიცინო პერსონალს, რათა მან გაზარდოს სამუშაოს მოცულობა. მართალია, ამ შემთხვევაში პაციენტს ექიმის თავისუფალი არჩევანის უფლება გააჩნია, მაგრამ გადამხდელი თავის მხრივ აკონტროლებს თითოეულ პაციენტზე გაწეული სამედიცინო დახმარების მოცულობას.

ექიმებსა და პაციენტებს შორის არსებობს ინფორმაციის ასიმეტრია. ეს განპირობებულია იმით, რომ როგორც წესი, თავისუფალი ბაზრის პირობებში თვითონ მყიდველი საზღვრავს თუ რა უნდა იყიდოს და რა ფასია მისთვის ხელმისაწვდომი. სულ სხვა ვითარებაა სამედიცინო სფეროში. აქ არა პაციენტი (მყიდველი), არამედ ექიმი წარმოადგენს როგორც სათანადო მოთხოვნილების განმსაზღვრელს, ასევე მომსახურეობის მიმწოდებელს. (21, 37, 75, 88).

ამას ადასტურებს ა.შ.შ.-ის შტატ კოლორადოში Medicare-ს პროგრამის ფარგლებში ჩატარებული ექსპერიმენტი. შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურების დონის 1 %-ით შემცირებამ გამოიწვია თერაპიული ღონისძიებების მხოლოდ 0.6%-ით და ქირურგიული დახმარების 0.15 %-ით გაზრდა, ვინაიდან ექიმი იძულებულია

ჩაატაროს უფრო იაფი, მაგრამ არანაკლებ ეფექტური სამედიცინო ღონისძიებები). (99, 94).

მოთხოვნების პროვოცირების ზედმიწევნით გავრცელებული ფორმაა, ექიმის მიერ დაუსაბუთებლად პაციენტისათვის განმეორებითი ვიზიტის დანიშვნა. მაგალითად, გერმანიაში პაციენტთან ვიზიტების თითქმის 60% თვითონ ექიმების მიერაა დანიშნული. ამ მაჩვენებლით გერმანიის ზოგადი პრაქტიკის ექიმები ბევრად უსწრებენ ევროპის სხვა ქვეყნებს. საკმარისია აღინიშნოს, რომ გერმანელი ზოგადი პრაქტიკის ექიმი კვირაში საშუალოდ 220 ვიზიტს ახორციელებს (მათგან 35 ბინაზე). იგივე სტატისტიკით დღეში ექიმი საშუალოდ ნახულობს 44 პაციენტს (37 - ოფისში და 7 - ბინაზე), წლიურად კი ერთ პაციენტზე 10-12 კონსულტაცია მოდის. გასაგებია, რომ ამ კონსულტაციების საკმარისად დიდი ნაწილი ნაკლებად დასაბუთებულია და განპირობებულია იმით, რომ ყოველი პაციენტის ვიზიტი ექიმის შემოსავალს საშუალოდ 50-70 მარკით ზრდის. აღნიშნული პრობლემის გადაჭრა სირთულეს წარმოადგენს, რადგან უმეტეს შემთხვევაში ექიმი ახერხებს თავის გამართლებას. ამას ხელს უწყობს პროფესიული ასოციაციების აქტიური წინააღმდეგობა ექიმის შრომის ანაზღაურების წესის შეცვლასთან დაკავშირებით. არსებული სიტუაციის გამო, გერმანიის სადაზღვევო კომპანიების მიერ ყოველწლიურად უსაფუძვლოდ იხარჯება 5-7 მილიარდი მარკა. (90, 86).

ექსპერტების დასკვნით, შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურება წარმოადგენს ყველაზე უფრო ძვირადღირებულ მეთოდს. მიუხედავად ამისა, ისეთ ქვეყნებში, როგორიცაა გერმანია, საფრანგეთი, კანადა და სხვა, ეს მეთოდი ფართოდ გამოიყენება. მართალია, ახალ ზელანდიაში, გერმანიაში, საფრანგეთში, ავსტრალიაში ცდილობდნენ შეეცვალათ არსებული სიტუაცია ჯანდაცვის სისტემაზე უსაფუძვლო დანახარჯების შემცირების მიზნით, მაგრამ ამას რაიმე შედეგი არ მოჰყოლია. (84, 74, 70).

მიუხედავად ექიმთა საზოგადოებების დიდი წინააღმდეგობისა, ზოგიერთ ქვეყნებში დაწყებული რეფორმის შედეგად მაინც მოხერხდა შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების წესის შეცვლა კაპიტაციური მეთოდით. მაგალითად, ზოგადი პრაქტიკის ექიმების შრომის ასანაზღაურებლად კაპიტაციური მეთოდი დიდი ხანია მოქმედებს დიდ ბრიტანეთში, ნიდერლანდებში, დანიაში, იტალიაში. (85, 86, 88).

1.4.2. სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება კაპიტაციური მეთოდის გამოყენებით

კაპიტაციური მეთოდის გამოყენების დროს პაციენტს აქვს ექიმის თავისუფალი არჩევის უფლება. მეორეს მხრივ ექიმსაც აქვს სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარების უფრო დიდი თავისუფლება.

კაპიტაციური მეთოდის გამოყენება მომგებიანია იმიტომაც, რომ სხვა მეთოდებთან შედარებით იგი ხელს უწყობს ექიმების სამუშაო ადგილზე დამაგრებას, მათ დაინტერესებას გადაინაცვლონ მსხვილი ქალაქებიდან რაიონებში ან სოფლებში.

კაპიტაციური ანაზღაურების ერთ-ერთ ყველაზე დადებით მხარეს წარმოადგენს პერსონალის მაღალი დაინტერესება პრევენციული, პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარებაში. ექიმი დაინტერესებულია მასთან რეგისტრირებულ პაციენტს ჩაუტაროს პროფილაქტიკური ღონისძიებები, რადგან ცდილობს თავი აარიდოს დაავადების გართულებას, რითაც მის მკურნალობასთან დაკავშირებული შესაძლებელი დანახარჯები მცირდება.

კაპიტაციური მეთოდის გამოყენების შემთხვევაში პაციენტს შენარჩუნებული აქვს ექიმის არჩევანის უფლება. მაგრამ მეორე მხრივ, გასათვალისწინებელია, რომ ექიმი ნაკლებადაა დაინტერესებული მეთვალყურეობის ქვეშ ჰყავდეს ქრონიკული პაციენტები, ვინაიდან მისი შემოსავალი პირდაპირ არის დაკავშირებული გამოყოფილი თანხების ეფექტიან ხარჯვაზე, რაც ნაკლებად რეალურია ხანდაზმული ან ქრონიკულ პაციენტებზე მეთვალყურეობის დაწესების შემთხვევაში. ეს პრობლემა საზღვარგარეთ ცნობილია „კრიმ-სკიმინგის“ (ნაღების მოხდის) ტერმინით. მისი გადაჭრის მიზნით, მაგალითად დიდ ბრიტანეთში, შემოღებულია წესი, რომლის მიხედვით თუ ექიმი არ ღებულობს პაციენტს, ჯანდაცვის რაიონული ხელმძღვანელობა ვალდებულია გამოუმეზნოს სხვა სპეციალისტი. (71, 73, 80).

კაპიტაციური მეთოდის გამოყენება გარკვეულ რისკთანაა დაკავშირებული. ერთი მხრივ პაციენტს წლის განმავლობაში შეიძლება საერთოდ არ დასჭირდეს სამედიცინო დახმარება, რაც სათანადოდ ზრდის ექიმის შემოსავალს, მეორეს მხრივ კი, ქრონიკულად მოავადებებზე ან მოხუცებზე გაწეულმა ხარჯებმა შესაძლოა

გადააქარბოს სამედიცინო დახმარებისათვის განსაზღვრულ თანხებს. გარკვეულ ფინანსურ რისკთანაა დაკავშირებული აგრეთვე მოსახლეობაში დაავადებათა რიცხვის სეზონური ზრდაც (მაგალითად ეპიდემიების დროს). აღნიშნულის გათვალისწინებით შემდგომი წლისათვის დადებულ ხელშეკრულებაში შესაძლებელია ჩაიდოს მიმდინარე წლის განმავლობაში გაწეული დამატებითი ხარჯები, რომელნიც დაიფარება მთლიანად ან ნაწილობრივ. (10, 35, 68).

1.4.3. სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება ფიქსირებული ხელფასით

ფიქსირებული ხელფასით სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურების მეთოდი ფართოდ გამოიყენება მრავალი ქვეყნის როგორც საავადმყოფოს ასევე ამბულატორიულ დაწესებულებებში (ფინეთი, შვეცია, პორტუგალია, საბერძნეთი, ესპანეთი, თურქეთი, ისრაელი და სხვა). (36, 98, 113).

ანაზღაურების ეს მეთოდი უფრო მეტად გავრცელებულია აღმოსავლეთ ევროპისა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში. (32, 35, 39).

ამ მეთოდს გააჩნია გარკვეული დადებითი მხარეები:

- ვინაიდან სამედიცინო პერსონალის ხელფასი ფიქსირებულია, იგი არ არის დაინტერესებული, რათა განახორციელოს ზედმეტი სამედიცინო პროცედურები;
- ამ მეთოდის გამოყენების დროს დაბალია ადმინისტრაციული და საქმის წარმოებისათვის საჭირო ხარჯები;
- სხვა მეთოდებთან შედარებით შეიძლება უფრო დიდი სტიმული მისცეს სამედიცინო პერსონალის გადანაწილებას ცენტრისაგან მოშორებულ რეგიონებში;
- ეს მეთოდი ხასიათდება სტაბილურობით. ადვილია წინასწარ განისაზღვროს სამედიცინო დახმარებაზე გასაწევი დანახარჯები;
- ამ მეთოდის გამოყენების დროს ადვილია სამედიცინო დაწესებულების საფინანსო მუშაობის მონიტორინგი;

ამასთან ერთად აღნიშნული მეთოდი ხასიათდება მთელი რიგი ნაკლოვანებებით, რომელნიც სერიოზულად მოქმედებენ როგორც გაწეული დახმარების ხარისხზე, ასევე სამედიცინო პერსონალის შრომის ნაყოფიერებაზე. (3, 21, 65, 98).

ექიმის შემოსავალი არ არის დამოკიდებული მის კვალიფიკაციაზე, ნამკურნალევი პაციენტების რიცხვზე, ჩატარებული სამედიცინო დახმარების ხარისხზე. ამ ნაკლოვანებების გამოსასწორებლად და სამედიცინო პერსონალის დაინტერესების მიზნით იყენებენ დამატებით მორალურ და მატერიალურ წახალისებას. (33, 37).

გარდა ამისა, ფიქსირებული ხელფასის მეშვეობით პერსონალის მიერ გაწეული შრომის ანაზღაურების დიდ ნაკლს წარმოადგენს ისიც, რომ სამედიცინო პერსონალს არ აქვს სტიმული რათა შეამციროს სამედიცინო დახმარებისათვის გასაწევი ხარჯები, ვინაიდან იგი უფრო დაინტერესებულია არაფორმალური შემოსავლების მიღებით.

ანაზღაურების აღნიშნული მეთოდი სტიმულს აძლევს ბიუროკრატიული აპარატის ზრდას და ამით დამფინანსებელს აიძულებს გაზარდოს საბიუჯეტო დანახარჯები. სამედიცინო პერსონალი ნაკლებად დაინტერესებულია იმუშაოს მაქსიმალური დატვირთვით, გაუწიოს პაციენტს მაღალი ხარისხის სამედიცინო დახმარება. უფრო ხშირია პაციენტების სხვა სპეციალისტებთან საკონსულტაციოდ გაგზავნა, რაც თავის მხრივ აძვირებს სამედიცინო დახმარების ღირებულებას. (21, 98, 106).

ამ მეთოდის გამოყენების დროს ადვილად იგეგმება ჯანდაცვაზე საჭირო ხარჯები, სამედიცინო დახმარება პაციენტებისთვის ადვილად ხელმისაწვდომია, გაწეული დანახარჯები კი ადვილად კონტროლირებადია, პერსონალი უზრუნველყოფილია განსაზღვრული ანაზღაურებით, მისი მუშაობის საათები კი რეგლამენტირებულია.

აღმოსავლეთ ევროპისა და დსთ-ს ქვეყნებში, სადაც მოქმედებს შრომის ანაზღაურების არსებული წესი, არც კანონმდებლობა და არც მოსახლეობის თვითშეგნება არ იძლევა საშუალებას დაწესდეს სათანადო კონტროლი, რაც ხელს უწყობს სამედიცინო პერსონალის მიერ არაფორმალური შემოსავლების მიღებას.

ექსპერტთა შეფასებით, განსაკუთრებით იმ ქვეყნებში, სადაც სამედიცინო პერსონალის ხელფასი დაბალია ეს არალეგალური ანაზღაურება გაცილებით აღემატება ექიმის კანონით დადგენილ შრომის ანაზღაურებას. (34, 38, 46).

თავისთავად, არსებული სიტუაცია გამოხატულ გავლენას ახდენს სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისადმი სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობის პრინციპის განხორციელებაზე.

პერსონალის შრომის ანაზღაურების ყოველ მეთოდს გააჩნია როგორც დადებითი, ასევე უარყოფითი მხარეები. მისი გამოყენების ეფექტიანობის გაზრდის თვალსაზრისით პრაქტიკულად ყველა ქვეყანაში ცდილობენ რამდენიმე მეთოდის კომბინაციას, მაგალითად ფიქსირებული ხელფასის გამოყენების დროს იყენებენ პრემიალურ სისტემას, კაპიტაციურ მეთოდთან ერთად გამოიყენებენ შესრულებული სამუშაოს მიხედვით შრომის ანაზღაურებას და ა.შ. (113, 117, 124).

თავი II

გამოკვლევის მასალა და მეთოდოლოგია

ჩვენს წინაშე დასმული მიზნებისა და ამოცანების განსახორციელებლად გაანალიზებულ იქნა შემდეგი ამონაცემები:

რიგი განვითარებული და განვითარებადი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემების დაფინანსების თავისებურებების შესწავლის საფუძველზე განხორციელდა ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდების შედარებითი ანალიზი.

საინფორმაციო ძიების პროცესში გამოყენებულ იქნა როგორც ინტერნეტით მოძიებული მასალები, ასევე ბეჭდვითი წყაროები საქართველოში სამედიცინო დაზღვევის სისტემის ჩამოყალიბების შესახებ.

გაანალიზდა მასალები, რომლებიც შეეხება ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ძირითად მოდელებს, სხვადასხვა ქვეყნის კანონმდებლობას სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შესახებ, სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების მეთოდებს, მათ გავლენას სამედიცინო სადაზღვევო პროგრამების მიმდინარეობაზე, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ძირითად მაჩვენებლებზე, კერძოდ ბავშვთა მოსახლეობის ავადობასა და სიკვდილიანობაზე. ამასთან დაკავშირებით გაანალიზდა 100-მდე უცხოური სამედიცინო წყარო, სადაც მოხსენიებულია სამედიცინო დახმარების ანაზღაურებასთან დაკავშირებული პრობლემები.

შესწავლილია სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის ოპტიმიზაციასთან დაკავშირებული სხვადასხვა ქვეყნის სახელმწიფო პოლიტიკის სტრატეგიული მიმართულებები, ძირითადი ტენდენციები.

გაანალიზებულია სამეგრელოს რეგიონის ძირითადი დემოგრაფიული ტენდენციები. მათ შორის ყურადღება გამახვილდა მოსახლეობის შობადობის, ბავშვთა სიკვდილიანობის და ავადობის შესახებ. მასალა დაჯგუფებულ იქნა რეგიონის ცალკეული რაიონების მიხედვით.

ამ მიზნით გამოვიყენეთ საქართველოს სოციალურ-ეკონომიკური ინფორმაციის სახელმწიფო დეპარტამენტის, საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტის, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა

და ჯანდაცვის მენეჯმენტის კათედრის განკარგულებაში არსებული სტატისტიკური მასალები.

გაანალიზებულია სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის სამეგრელო-ზემო სვანეთის ფილიალის 1996, 1997, 1998 წლების სტატისტიკური მასალები, რის საფუძველზეც ჩატარდა რეგიონის სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გაწეული სამუშაოს ანაზღაურების მეთოდების ეფექტურობის შეფასება როგორც რეგიონის მასშტაბით, ასევე ცალკე რაიონების მიხედვით.

კვლევის პროცესში განხორციელდა სამედიცინო დაწესებულებების მიერ ჩატარებული მუშაობის ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდის ექსპერტული შეფასება. ამის გათვალისწინებით, რომ ქვეყანაში მოქმედი სისტემა ჯერჯერობით ჩამოყალიბების პროცესშია და მოითხოვს შემდგომ განვითარებას, ამ მიზნით კვლევის პირველ ეტაპზე დისერტანტის მიერ შემუშავებული კრიტერიუმების მიხედვით განხორციელდა ქვეყანაში მოქმედი სამედიცინო დაწესებულებების ანაზღაურების მეთოდების საექსპერტო შეფასება. საექსპერტო რუქაში წარმოდგენილია ის ძირითადი კრიტერიუმები, რომელთა მიხედვით შესაძლებელია ჯანდაცვის სისტემაში მოქმედი ანაზღაურების მეთოდების კომპლექსური შეფასება. (იხ. სქემა).

I. განხორციელებადობა

1.1 არსებულ სისტემასთან თან მისადაგება

1.2 სტრუქტურის ცვლილების საჭიროება

1.3 მართვა

1.3.1 კადრები

1.3.2 მართვის ადექვატური ინფორმაციული სისტემების არსებობა

1.3.3 კონტროლი

1.4 დანერგვის სიმარტივე

II. ეკონომიკური მახსიათებლები

2.1 ეფექტურობა

2.1.1 სამედიცინო დახმარების ერთეულზე დახარჯული თანხის ოდენობა

2.1.2 ადმინისტრაციული დანახარჯები

2.2 საბოლოო ანგარიშსწორების საშუალო დაყოვნება

2.3 განფასების ადექვატურობა

III. ადექვატურობა

3.4 რესურსების დაბალანსების შესაძლებლობა

3.5 პაციენტის დაკმაყოფილება

3.6 სამედიცინო პერსონალის დაკმაყოფილება

3.7 სამედიცინო დახმარების ხარისხი

აღნიშნული საექსპერტო რუქის მიხედვით ჩატარებული კვლევის შედეგები მოწმობს, რომ შემოთავაზებული მეთოდის შესაძლებელია წარმატებით გამოყენებული იქნას ქვეყნის მასშტაბით, როგორც ჯანდაცვის სფეროში არსებული მდგომარეობის შესაფასებლად, ასევე სიტუაციური ანალიზის ჩატარების მიზნით.

საექსპერტო რუქაში წარმოდგენილი კრიტერიუმების შერჩევა ხდებოდა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი სტრატეგიული მიმართულებების გათვალისწინებით.

ჩატარებული კომპლექსური შეფასება ეყრდნობოდა შემდეგ კრიტერიუმებს:

განხორციელებადობა. არსებულ სისტემასთან მისადაგება: ანაზღაურების ახალი მეთოდის დანერგვა იშვიათად გულისხმობს არსებული ორგანიზაციულ-ადმინისტრაციული ინფრასტრუქტურის მთლიან შეცვლას. უფრო ხშირია ახლის არსებულ მეთოდთან მისადაგება. ამიტომ განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს იმის გარკვევა, თუ რამდენად უმტკივნეულოდ და ადვილად შეიცვლება არსებული მეთოდი ახლით, როგორ მზადყოფნაშია დაწესებულება ახალ სისტემაზე გადასასვლელად.

არსებული საორგანიზაციო სტრუქტურის ცვლილების საჭიროება: ამ კრიტერიუმით შესაძლებელია შეფასებულ იქნას თუ რამდენად ღრმა ცვლილებას

მოითხოვს არსებული მოდელის შეცვლა ახლით. (მაგალითად გამოიწვევს თუ არა ახალი სისტემის შემოღება საწოლთა ფონდის შემცირებას, მათი პროფილის შეცვლას, დაწესებულების დახურვას, პერსონალის სამსახურიდან დათხოვნას და ა.შ.). მეთოდი, რომლის დანერგვა მოითხოვს მინიმალურ სტრუქტურულ ცვლილებებს ფასდება უფრო მაღალი ქულით და პირიქით.

მართვის თავისებურებები: ამ კრიტერიუმით განისაზღვრება თუ როგორ მიესადაგება მართვის არსებული სისტემა ანაზღაურების ახალი მოდელის დანერგვას, რა საორგანიზაციო ცვლილებებია მოსალოდნელი.

კადრები: ამ კრიტერიუმის მიხედვით შესაძლებელია შეფასდეს დაწესებულებაში მომუშავე კადრების მზადყოფნა ანაზღაურების ახალ მოდელზე გადასვლასთან დაკავშირებით.

მართვის ადექვატური ინფორმაციული სისტემების არსებობა: ეს კრიტერიუმი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ვინაიდან სიახლის დანერგვა მოითხოვს მართვის ადექვატური ინფორმაციული სისტემების არსებობას. მხედველობაში მიიღება საინფორმაციო სისტემის აღჭურვა სათანადო ტექნიკური საშუალებებით, კადრების მომზადება, სისტემის გამოყენების ადექვატურობა და სხვა.

დანერგვის პროცესის სათანადო კონტროლის შესაძლებლობა: ამ კრიტერიუმის დასაწერად გამოიყენება ისეთი საკითხების გარკვევა, როგორიცაა სპეციალური ქვეგანყოფილების შექმნის, კონტროლის ვერტიკალური და ჰორიზონტალური სისტემის დანერგვის შესაძლებლობა, კონტროლის სისტემაში ტექნიკური საშუალებების გამოყენების დონე და სხვა.

დანერგვის სიმართივე: ეს კრიტერიუმი გულისხმობს, თუ რამდენად ადვილად შესაძლებელია ახალი მოდელის დანერგვა.

მეთოდის დანერგვის ეკონომიკური მახასიათებლები. მოდელის დანერგვის ეფექტურობა: ეს კრიტერიუმი გულისხმობს სამედიცინო დახმარების ერთეულზე დახარჯული თანხის განსაზღვრას, იმის შეფასებას, თუ რა მოცულობის დახმარება შეიძლება განხორციელდეს დადგენილი ფასის ფარგლებში ანაზღაურების ამა თუ იმ მეთოდის დანერგვის შემთხვევაში.

ადმინისტრაციული დანახარჯები: ამ კრიტერიუმის შეფასებისას განისაზღვრება თუ რამდენად იცვლება ადმინისტრაციული ხარჯები ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდების დანერგვის შემთხვევაში.

დამკვეთის და შემსრულებლის საბოლოო ანგარიშსწორების საშუალო დაყოვნება: რაც უფრო რთულია ანაზღაურების მეთოდი, მით უფრო გაძნელებული და გახანგრძლივებულია დამფინანსებლის ანგარიშსწორება, რაც თავისთავად უარყოფით გავლენას ახდენს საბოლოო შედეგზე. ამ ფაქტორის გათვალისწინება განსაკუთრებულ როლს თამაშობს საქართველოს პირობებში არსებული საბიუჯეტო დეფიციტის და საკომუნიკაციო ქსელის სისუსტის გამო.

გაწეული სამუშაოების განფასების ადექვატურობა: ეს კრიტერიუმი უნდა ითვალისწინებდეს ყველა მხარის ინტერესების დაცვას. (სამედიცინო დახმარების მომხმარებლის, მომწოდებლის და დამფინანსებლის), რაც ზედმიწევნით ძნელად გადასაჭრელ პრობლემას წარმოადგენს, ვინაიდან სამედიცინო დახმარების განფასებას როგორც წესი, აწარმოებს გადამხდელი, სამედიცინო დაწესებულება, ან ორივე ერთად, (წინასწარი შეთანხმების საფუძველზე).

მეთოდის კონცეპტუალური ადექვატურობა. რესურსების დაბალანსების შესაძლებლობა: ჯანდაცვის რესურსების შეზღუდვის პირობებში, არსებული კრიტერიუმის გათვალისწინება იძენს განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იმის გამო, რომ ამ კრიტერიუმის მეშვეობით გამიზნულია შეფასდეს თუ ანაზღაურების რომელი მეთოდი იძლევა რესურსების დაბალანსების ოპტიმალურ საშუალებას.

მოსახლეობის დაკმაყოფილება: ამ კრიტერიუმის შეფასების პროცესში გასათვალისწინებელია ისეთი მონაცემების შეფასება, როგორიცაა სამედიცინო დახმარების თანასწორობის, ხარისხის, ხელმისაწვდომობის პრინციპების განხორციელება.

სამედიცინო პერსონალის დაკმაყოფილება: ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებისას მნიშვნელოვანია ამ კრიტერიუმის გათვალისწინება, რომლის შეფასებისას ყურადღებაში მიიღება პერსონალის პროფესიული და მატერიალური დაკმაყოფილება საკადრო დეფიციტის ან მისი სიჭარბის პირობებში.

სამედიცინო დახმარების ხარისხი: ამ კრიტერიუმის განსაზღვრისას გასათვალისწინებელია, თუ რამდენად უწყობს ხელს ანაზღაურების მეთოდი გაწეული დახმარების ხარისხის გაუმჯობესებას.

ჩატარდა რეგიონის მოსახლეობის და სამედიცინო პერსონალის საზოგადოებრივი აზრის კვლევა, რომელიც ითვალისწინებდა რესპოდენტების სამედიცინო დახმარების ხარისხით დაკმაყოფილების დონეს, მოსახლეობის ინფორმირებას ქვეყანაში მიმდინარე ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების, სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემის მოქმედების შესახებ. ცალკე ბლოკად იქნა გამოყოფილი საკითხები, რომლებიც შეეხებოდა ბავშვთა გადარჩენის სახელმწიფო სადაზღვეო პროგრამას.

გამოკითხავში მონაწილეობდა 500 პაციენტი და 320 სამედიცინო პერსონალი

პაციენტები ძირითადად შეადგენდნენ 0-2 წლამდე ბავშვთა მშობლებს, რომლებმაც 1998 წელს მიაკითხეს რეგიონში მოქმედ 26 პედიატრიულ სტაციონარს და პოლიკლინიკას.

იგივე დაწესებულებებში ჩატარდა სამედიცინო პერსონალის გამოკითხვა, რომელიც წარმოდგენილი იყო დაწესებულებების მთავარი ექიმებით, მათი მოადგილეებით, ეკონომისტებით, ექიმ-პედიატრებით და ნეონატოლოგებით, მედღებით.

ვინაიდან გენერალური ერთობლიობის შესწავლა დიდ სიძნელეს წარმოადგენს, გამოკვლევა ჩატარდა სტატისტიკური კვლევის გენერალური ერთობლიობის რეპრეზენტატული ნაწილის გათვალისწინებით. შესასწავლი კონტიგენტის შეფასებისას ჭეშმარიტი მნიშვნელობიდან წანაცვლების თავიდან ასაცილებლად გამოყენებულია შემთხვევითი შერჩევის მეთოდი, რომელიც უზრუნველყოფს შესასწავლი ჯგუფის ყველა წარმომადგენლის შერჩევაში მოხვედრას.

გამოკვლევის დროს გამოყენებულია ე.წ. კლასტერული შერჩევის მეთოდიც, რომელიც სადღეისოდ ყველაზე ფართოდ გამოყენება პოპულაციურ კვლევებში.

სოციოლოგიური ინფორმაციის შესაგროვებლად გამოყენებულ იქნა როგორც ანკეტირება, ასევე პირდაპირი ინტერვიუ. კითხვარი შედგებოდა სხვადასხვა ბლოკებისგან, რომლებიც დაიყო თემატური და პრობლემური საკითხების მიხედვით. მათი შერწყმით შესაძლებელი გახდა დამატებითი ინფორმაციის მიღება რესპოდენტებისაგან. კითხვარში ძირითადად გამოვიყენეთ დახურული კითხვები, რაც უადვილებდა რესპოდენტს პასუხის გაცემას. არსებული კვლევის ერთ-ერთ ძირითად ეტაპს წარმოადგენდა მონაცემების სოციომეტრიული მეთოდებით დამუშავება. სათანადო კონტროლისა და დაჯგუფების შემდგომ მიღებული მასალა დამუშავდა თანამედროვე გამოთვლითი ტექნიკის გამოყენებით.

შეფარდებითი სიდიდეების დამაჯერებლობის დასადგენად ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში გამოითვლებოდა ცდომილება. აგრეთვე ხორციელდებოდა მიღებული მასალების სტანდარტიზაცია, რაც საშუალებას იძლეოდა შედარებულიყო მიღებული შედეგები საერთაშორისო მონაცემებთან.

თავი III

ბავშვთა მოსახლეობის ჯანმრთელობის და პედიატრიული მომსახურების განვითარების ძირითადი ტენდენციები საქართველოში და სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონში

დედათა და ბავშვთა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ერის რეპროდუქციული პოტენციალის შეფასებისას. ამ კუთხით, უკანასკნელ წლებში გამოვლენილია რიგი ტენდენცია, რომელთა არსებობა მიუთითებს ამ მაჩვენებლების გაუარესებაზე. არსებული მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა განსაკუთრებული სიმწვავეთ შეეხო ბავშვებს. რესპუბლიკაში ბოლო წლებში შექმნილმა არასტაბილურმა სიტუაციამ მკვეთრად გააუარესა მოსახლეობის დემოგრაფიული მაჩვენებლები. (4,5,8).

მხოლოდ უკანასკნელ წლებში (1996-1998წწ.) დაიწყო მოსახლეობის უმნიშვნელო მატება, რაც მიუთითებს ქვეყანაში სოციალურ-ეკონომიკური სიტუაციის გაუმჯობესებაზე (მაგალითად, 1997 წლის მონაცემებით წინა წელთან შედარებით საქართველოს მოსახლეობის მატებამ შეადგინა 1,03%). ამასთან უნდა აღინიშნოს, რომ 1989 წელთან შედარებით მოსახლეობის შობადობის მაჩვენებელი თითქმის 2-ჯერ შემცირდა (იხ. ცხრილი 6):

ცხრილი 6

საქართველოს მოსახლეობის ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლები 1992-1997 წწ.

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
შობადობის მაჩვენებელი	14.9	12.6	11.8	11.6	11.1	10.7
სიკვდილიანობის მაჩვენებელი	9.6	10.0	8.6	7.8	7.7	7.5
ბუნებრივი მატების მაჩვენებელი	5.3	2.6	3.2	3.8	4.0	3.2

საქართველოს მოსახლეობის ოჯახის დაგეგმვის პროცესში სულ უფრო ფართოდ მკვირდრდება ერთი ან ორი ბავშვის ყოლა (მაშინ, როდესაც 1986-1990 წწ. ჩატარებული სპეციალური გამოკვლევებით, ბავშვთა ყოლის სასურველი მოდელი

საშუალოდ სამს შეადგენდა). ამასთან, უმეტესწილად, პირველი ბავშვის დაბადების შემდგომ, ოჯახი ცდილობს სამომავლოდ გადადოს მეორე ბავშვის ყოლა. ზემოთაღნიშნულის გათვალისწინებით გასაგებია თუ რა მიზეზით იზრდება ერთშვილიანი ოჯახების რიცხვი (მაშინ, როდესაც ქვეყნის მოსახლეობის გაფართოებული კვლავწარმოების უზრუნველსაყოფად თითოეულ ოჯახში საჭიროა არანაკლებ 2,5 ბავშვის ყოლა - ე.ი ყოველ მეორე ოჯახში უნდა იზრდებოდეს 3 ბავშვი). (იხ. ცხრილი 7).

ცხრილი 7

შობადობის მაჩვენებლები საქართველოში და მოსაზღვრე ქვეყნებში

	1980	1990	1995
სომხეთი	13,6	13,0	12,8
აზერბაიჯანი	21,6	19,2	17,3
საქართველო	18,0	17,0	11,6
რუსეთი	9,6	9,3	8,9
თურქეთი	22,8	22,4	22,2

ყურადსაღებია ის გარემოებაც, რომ დღესდღეობით მრავალშვილიანობის ტენდენცია ძირითადად შენარჩუნებულია ქვეყნის მხოლოდ რამდენიმე რეგიონში (ზემო აჭარა, ქვემო ქართლი) რაც ვერ ახდენს არსებით გავლენას ზოგად მაჩვენებლებზე. (4, 5, 16)

ზემოთაღნიშნულმა განაპირობა ის ფაქტი, რომ ბავშვებში იმატა კვების და საყოფაცხოვრებო პირობების მოუგვარებლობით გამოწვეულმა პათოლოგიამ, მათ შორის ინფექციურმა, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, სასუნთქი ორგანოების, ენდოკრინული და ნერვიული სისტემის დაავადებებმა. ეს მითუმეტეს საყურადღებოა თუ გავითვალისწინებთ, რომ დღენაკლულ ახალშობილთა რიცხვმა უკანასკნელი წლების მონაცემებით 5-7% შეადგინა, ახალშობილთა დიდი ნაწილი კი ხასიათდება ფიზიოლოგიურ ნორმაზე დაბალი ზომა-წონით (ცხრილი 8)

სტაციონარებში დაბადებული ახალშობილების განაწილება

წონის მიხედვით (1997 წ. მონაცემები)

	დაბადების მომენტში სხეულის წონა გრამებში								დღენაკლულთა რიცხვი
	სულ	500	501-999	1000	1001-1499	1500-2499	2500-3999	4000 >	
დაიბადა ცოცხალი	50526	11	88	42	308	3215	41801	5064	2528

მიუხედავად იმისა, რომ დედათა და ბავშვთა გადარჩენის სახელმწიფო პროგრამით ამ კონტიგენტის სამედიცინო მომსახურების საფასური დაიფარება სახელმწიფო სადაზღვეო კომპანიის მიერ, სხვადასხვა მიზეზებით მოსახლეობის ნაწილი მაინც ერიდება ექიმთან მიმართვას. წარმოქმნილი სიმძნელების გამო, მკვეთრად იმატა ე.წ. მკვდარშობადობისა და პერინატალური სიკვდილის მაჩვენებლებმა, რაც ასახავს არა მარტო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში მომუშავე პერსონალის მოუქნელობას, ზოგ შემთხვევაში კი დაბალ კვალიფიკაციას, არამედ ქალთა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე (შრომის დაცვა, დასვენება, საყოფაცხოვრებო მომსახურება და სხვა) პასუხისმგებელი სფეროების მიერ ყურადღების შესუსტებას. (8, 10)

თუმცა ბავშვთა სიკვდილიანობა 1990 წელთან შედარებით შემცირდა, გასათვალისწინებელია, რომ შობადობის გამოხატული კლების ფონზე ბავშვი იბადება ძირითადად იმ ოჯახებში, სადაც მას ელოდებიან და ცდილობენ ყურადღება არ მოაკლონ. მაგრამ, არასახარბიელო სოციალურ-ეკონომიკური სიტუაცია, გასაგები მიზეზების გამო, მაინც უარყოფით გავლენას ახდენს ბავშვთა ჯანმრთელობაზე (ცხრილი 9)

საქართველოში 1 წლამდე ასაკის გარდაცვლილ ბავშვთა განაწილება

(1997 წლის მონაცემები)

გარდაცვლილთა ასაკი	სულ		სულ		სულ	
	აბს. მაჩ.	%%	აბს. მაჩ.	%%	აბს. მაჩ.	%%
0-6 დღის	602	71.2	586	82.4	16	11.9
7-27 დღის	51	6.0	43	6.0	8	5.9
2-11 დღის	193		82		111	
1 თვის	31	3.7	19	2.7	12	8.9
2 თვის	22	2.6	7	1.0	15	11.1
3 თვის	24	2.8	9	1.3	15	11.1
4 თვის	15	1.8	4	0.6	11	8.1
5 თვის	20	2.4	8	1.1	12	8.9
6 თვის	18	2.1	6	0.8	12	8.9
7 თვის	24	2.8	12	1.7	12	8.9
8 თვის	12	1.4	6	0.8	6	4.4
9 თვის	11	1.3	4	0.6	7	5.2
10 თვის	7	0.8	2	0.3	5	3.7
11 თვის	9	1.1	5	0.7	4	3.0
სულ	849	100.0	713	100.0	136	100.0

როგორც ცხრილიდან ჩანს ახალშობილი ძირითადად იღუპება მშობიარობის დროს ან დაბადებიდან ერთი კვირის მანძილზე (ნახატი), რაც კიდევ ერთხელ მეტყველებს სამშობიარო სახლების საკადრო და მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის გაძლიერების აუცილებლობაზე, მით უმეტეს, რომ იმ ახალშობილებიდან, რომლებიც დაიბადნენ ავადმყოფი ან გახდნენ ავად 0 – 6 დღის ასაკში, სიკვდილიანობამ 1995 – 1997 წლებში შესაბამისად შეადგინა 6.9, 8.5, და 10.6 პროცენტი. (16, 18)

მოლიანად საქართველოს მასშტაბით აღებულ სტატისტიკურ მონაცემებთან შედარებით გაცილებით მძიმე სიტუაცია აღინიშნება სამეგრელოს რეგიონში (იხ. ცხრილი 10)

სამეგრელოს რეგიონის დემოგრაფიული მაჩვენებლები

დემოგრაფიული მაჩვენებლები	1994	1995	1996	1997	1998
შობადობა	11,3	12,4	12,2	11,2	10,0
სიკვდილიანობა	8,6	8,2	9,0	9,0	9,1
ბუნებრივი ნამატი	2,7	4,2	3,2	2,2	0,8
0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა	13,5	8,8	7,8	12,9	11,0

როგორც ცხრილში მოყვანილი მონაცემები ცხადყოფს, რეგიონში აღინიშნება ყველა ძირითადი დემოგრაფიული მაჩვენებლის მკვეთრი გაუარესება. ფაქტობრივად 1996 წლიდან დაწყებულია მოსახლეობის დეპოპულაცია. ამასთან გასათვალისწინებელია, რომ მოყვანილი მაჩვენებლების დინამიკა საქართველოს სხვა რეგიონებთან შედარებით გაცილებით მძიმე მდგომარეობას ასახავს (იხ. ცხრილი 11)

სამეგრელოს რეგიონის დემოგრაფიული მაჩვენებლების დინამიკის პროცენტული მაჩვენებლები

დემოგრაფიული მაჩვენებლები	1998 წ - ზრდის ტემპი 1994 წ. შედარებით	1998 წ ზრდის ტემპი 1997 წ. შედარებით
შობადობა	-11.5%	-8.7%
სიკვდილიანობა	+5.8%	+1.1%
ბუნებრივი ნამატი	-70.4%	-63.6%
0-1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობა	-18.5%	-14.7%

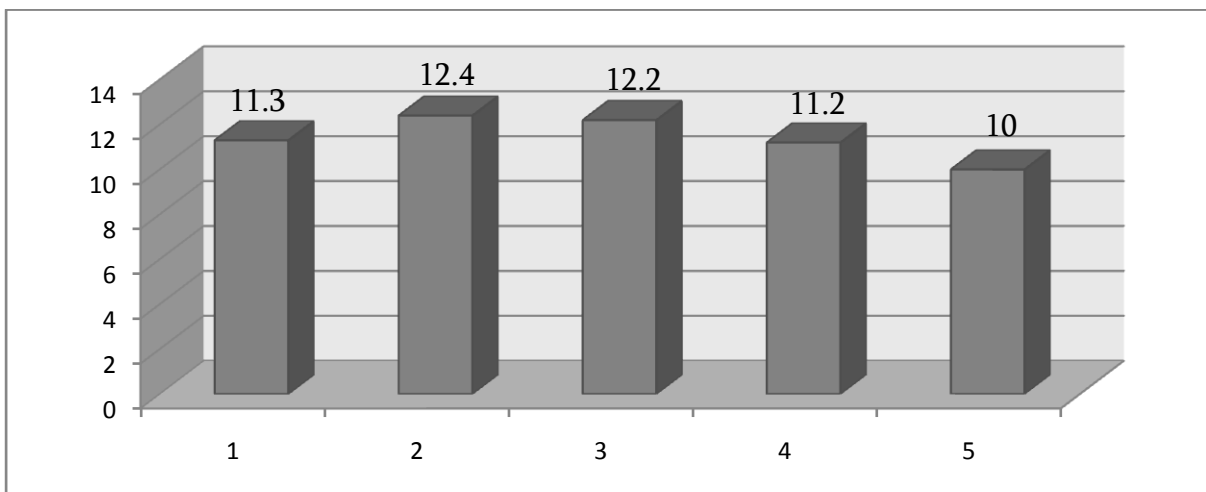
სახელმწიფო სტატისტიკური დეპარტამენტის მონაცემებით 1998 წელს სამეგრელოს რეგიონში შობადობის მაჩვენებელმა შეადგინა 10.0, რაც 8.7%-ით ნაკლებია 1997 წელთან შედარებით. განსაკუთრებით საგანგაშო მდგომარეობაა ამ მხრივ აბაშის რაიონში, სადაც შობადობის მაჩვენებელი 1994 წელთან შედარებით

48%-ით შემცირდა. მძიმე მდგომარეობა შეინიშნება აგრეთვე ზუგდიდისა და ჩხოროწყის რაიონებში, სადაც შობადობის მაჩვენებელი 1994 წელთან შედარებით 22.5%-ით შემცირდა. (იხ. ნახატი 3)

აღნიშნული სიტუაცია განპირობებულია როგორც მოსახლეობის ბუნებრივი მოძრაობის ტენდენციების მკვეთრი გაუარესებით, აგრეთვე, რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, მიგრაციული პროცესების გააქტიურებით, პირველ რიგში ახალგაზრდობის მასიური გადაადგილებით როგორც ქვეყნის გარეთ, ასევე საქართველოს მსხვილ ქალაქებში (თბილისი, ქუთაისი, ბათუმი, ფოთი).

ნახატი 3

შობადობის დინამიკა სამეგრელოს რეგიონში (1994-1998 წწ)



ხაზგასასმელია ის გარემოება, რომ მნიშვნელოვნად იკლო მშობიარობათა რიცხვმა. ასე მაგალითად, თუ 1996 წელს რეგიონში იმშობიარა - 4383 ქალმა, 1997 წელს - 3913, 1998 წელს კი 3810 ქალმა. მოსახლეობის არასახარბიელო სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობაზე მიუთითებს ის გარემოებაც, რომ ფიზიოლოგიურ მშობიარობათა რიცხვი შეადგენს 75.2%-ს. (1998 წლის მონაცემებით). ამასთან გამოხატულად მატულობს გართულებული მშობიარობების რიცხვი. მაგალითად თუ 1996 წელს რეგიონში გაკეთდა 240 საკეისრო კვეთა, 1998 წელს მათი რიცხვი გაიზარდა 267-მდე. (იხ. ცხრილი 12)

მშობიარობის რაოდენობა სამეგრელოს რეგიონში (1996-1998 წ)

	მშობიარობათა რიცხვი	ფიზიოლოგიური	%	საკეირო კვეთა	%
1996 წ	4383	3226	73.6%	240	5.5%
1997 წ	3913	3216	82.2%	197	5%
1998 წ	3810	2734	75.1%	267	7.3%

აგრეთვე მკვეთრად მოიმატა მკვდრადშობილთა რიცხვმა, რომელიც ზედმიწევნით მაღალია, მიუხედავად იმისა, რომ რეგიონში საკმაოდ ხელმისაწვდომია სამეანო დახმარება. ორსული სამეანო მდგომარეობის გართულების შემთხვევაში სხვადასხვა მიზეზის გამო (უგზოობა, ტრანსპორტის უქონლობა, უსახსრობა და სხვა) დაგვიანებით თავსდება სამეანო განყოფილებაში, რის გამო სამშობიარო მოქმედების დაწყებამდე დაღუპულ ახალშობილთა ხვედრითი წილი მკვდრადშობილებში ზედმიწევნით მაღლა რჩება (იხ. ცხრილი 13).

მკვდრადშობადობის რაოდენობა სამეგრელოს რეგიონში (1996-1998 წ)

	მკვდრადშობილთა რიცხვი	სამშობიარო მოქმედების დაწყებამდე	%
1996 წ	46	38	82.6%
1997 წ	51	35	76.1%

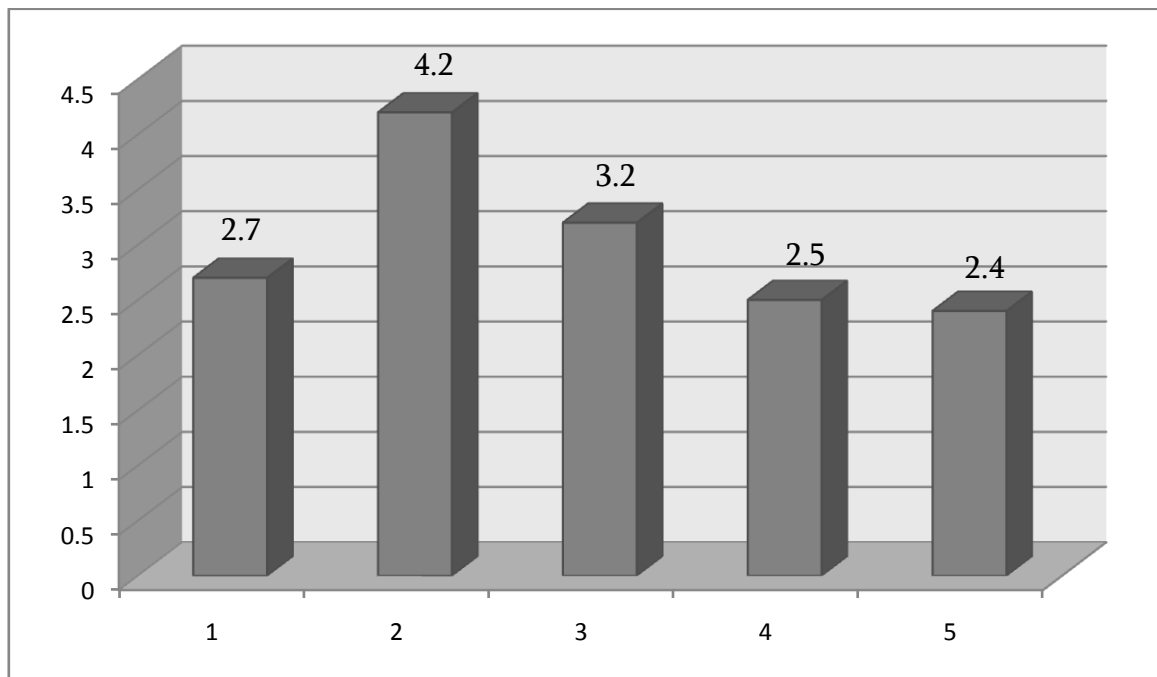
1998 წელს რეგიონის მოსახლეობის ბუნებრივი ნამატის მაჩვენებელმა 1994 წელთან შედარებით 70.4%-ით იკლო. ხოლო 1997 წელთან შედარებით 63.6%-ით.

ამ მხრივ განსაკუთრებით საგანგაშო მდგომარეობაა ჩხოროწყუს რაიონში (1998 წლის მონაცემებით ბუნებრივი ნამატი შეადგენდა -2.3).

არსებული სიტუაციის ფონზე განუხრელად მატულობს 0-დან 1 წლამდე ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი. იგი განსაკუთრებით მაღალია აბაშის რაიონში (1998 წ. 19.1), ჩხოროწყუსა და ხობის რაიონებში.

ნახატი: 4

ბუნებრივი ნამატი სამეგრელოს რეგიონი (1994-1998 წწ)



ბავშვთა სიკვდილიანობის სტრუქტურაში წამყვანი ადგილი უკავია პერინატალურ პერიოდში წარმოქმნილ დაავადებებს (შესაბამისად 1996 წელს 50%, 1997 წელს - 63%, 1998 წელს 61%). მეორე ადგილზეა სასუნთქი ორგანოების დაავადებები (1996 წელს 31.5%, 1997 წელს - 19.5%, ხოლო 1998 წელს - 21.5%). მესამე ადგილზე თანდაყოლილი ანომალიები (1996 წელს - 12%, 1997 წელს - 15%, ხოლო 1998 წელს 16.7%).

ჩვენის აზრით, აღნიშნული სიტუაცია მთლიანად არ ასახავს არსებულ სიტუაციას, ვინაიდან საექსპერტო შეფასებით ადგილი აქვს ზოგიერთი მდგომარეობის აშკარა არასწორ რეგისტრაციას. ამაზე მიუთითებს 1997 წელს 0-1 წლამდე ბავშვთა ავადობის სტრუქტურის შედარება საქართველოს მთლიან მონაცემებთან (იხ. ცხრილი). თუმცა ქვეყანაში არსებული ზოგადსტატისტიკური

მონაცემების მსგავსად რეგიონშიდაც სიკვდილიანობის სტრუქტურაში წამყვანი ადგილი უჭირავს სასუნთქი სისტემის დაავადებებს (შემთხვევათა 46.6%), ინფექციურ დაავადებებს (32.8%) და ნეონატოლოგიური პერიოდის დაავადებებს (7.6%). მაგრამ თავისი ინტენსივობით ეს მაჩვენებლები თითქმის ორჯერ მაღალია (იხ. ცხრილი 14).

ცხრილი 14:

1-1 წლამდე ბავშვთა ავადობის სტრუქტურა (სამეგრელოს რეგიონი 1997 წელი)

ნოზოლოგიური ფორმები და გაწეული დახმარების ზოგიერთი სახე	შემთხვევათა რაოდენობა	%	საქართველოს მონაცემები
ფილტვის დაავადებები	1212	46.6	26.8
ბავშვთა ინფექციები	852	32.8	43.3
ნეონატოლოგიური დახმარება	197	7.6	11.13
ნეფროლოგიური დაავადებები	96	3.69	0.7
ფსიქონევროლოგიური პათოლოგია	73	2.81	4.92
კრიტიკული მდგომარეობები	74	1.81	5.56
ალერგოლოგიული დაავადებები	42	1.61	1.16
ჰერმატოლოგიური დაავადებები	40	1.54	2.12
დერმატოლოგიური დაავადებები	15	0.58	0.16
დაავადებათა სხვა კლასები	4	0.12	0.7
უცნობი ნოზოლოგია	8	0.3	0.4

სერიოზულ ფაქტორად, რომელმაც გამოხატული გავლენა იქონია რეგიონში ბავშვთა მოსახლეობის ავადობის სტრუქტურაზე გვევლინება მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკური პირობების გაუარესება. ქრონიკული საბიუჯეტო დეფიციტის გამო ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვისათვის გამოყოფილი სახსრები ბოლო წლებში მნიშვნელოვნად შემცირდა. (1, 2, 6).

შექმნილ ვითარებაში აუცილებელი გახდა სახელმწიფოს მიერ თავის თავზე აღებული ვალდებულებებისა და არსებული მატერიალური და ფინანსური შესაძლებლობების დაბალანსება. (1, 2, 9).

რეფორმის უკვე პირველ ეტაპზე ჯანდაცვის სამინისტრომ პრიორიტეტულ მიმართულებად აღიარა ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვა. შემუშავდა ბავშვთა გადარჩენის სახელმწიფო სადაზღვეო პროგრამა, რომლის მიზანია ამ კონტიგენტზე სამედიცინო მეთვალყურეობისა და ხარისხიანი მკურნალობის დაწესება. ხაზი უნდა გაესვას იმ გარემოებას, რომ როგორც საბიუჯეტო პრობლემები, ასევე მოსახლეობის ღარიბი ფენების ზრდა საშუალებას არ იძლევა რადიკალურად შეიცვალოს არსებული სიტუაცია. მიუხედავად ამისა, ბავშვთა სახელმწიფო სადაზღვეო პროგრამა ითვალისწინებს ამ კონტიგენტის როგორც ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური, ასევე სტაციონარული სამედიცინო დახმარების დაფინანსებას, რომელიც ამჟამად მოიცავს 0-2 წ. ასაკის ბავშვებს. (1, 2, 6, 9).

ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ რგოლში 0-2 წლამდე ბავშვთა სამედიცინო მეთვალყურეობისას გათვალისწინებულია ექიმისა და მედდის ვიზიტები, საჭიროების შემთხვევაში კონსულტაციები ექიმ სპეციალისტებთან, ლაბორატორიული გამოკვლევები, სტაციონარული მკურნალობის ღირებულების ანაზღაურება. (14, 15).

პროგრამა ითვალისწინებს ბავშვთა სამედიცინო დახმარების 3 დონედ დაყოფას.

პირველი დონე მოიცავს სოფლის ამბულატორიებსა და რაიონულ საავადმყოფოებს, სადაც უზრუნველყოფილია ბავშვთა გადაუდებელი დახმარება, მათზე დინამიური სამედიცინო მეთვალყურეობის დაწესება.

მეორე დონე მოიცავს სამედიცინო ცენტრებს, სადაც ხორციელდება ბავშვთა გეგმიური სამედიცინო დახმარება. (1, 2, 12 18).

მესამე დონეს მიეკუთვნება თბილისისა და ქუთაისის სპეციალიზებული ცენტრები, სადაც ხორციელდება პაციენტების სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარება.

დასახულია ძირითადი სტრატეგიები, რომელთა განხორციელების შედეგად შესაძლო გახდება ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება, ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება. იგი გულისხმობს:

1. ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის ერთიანი უნიფიცირებული სამკურნალო სქემების გაფართოებასა და დანერგვას.

2. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის ხელშეწყობი სახელმწიფო სამედიცინო დარგობრივი პროგრამების შემუშავებას და დანერგვას, არსებული პროგრამების შემდგომ დახვეწას და გაფართოებას.

- ა) ბავშვთა დაავადებების ინტეგრალური მართვის პროგრამას.
- ბ) პერინატალური პერიოდის მიკრონუტრიციული სუპლემენტებით უზრუნველყოფას;
- გ) ადექვატური პერინატალური და ნეონატალური დახმარების გაწევას;
- დ) ახალშობილთა მოვლასა და რეანიმაციას;
- ე) ძუძუთი კვების მხარდაჭერის „ბავშვისადმი კეთილგანწყობილი საავადმყოფოს ინიციატივის“ პროგრამის განხორციელებას;

3. პერსონალის გადამზადებას;

4. სათანადო კანონქვემდებარე აქტების შემუშავებას, ახალი ინსტრუქციების და მეთოდური რეკომენდაციების შემუშავებას და სხვა;

5. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საკითხების პოპულარიზაციას და მოსახლეობის სამედიცინო განათლების დონის ამაღლებას.

მიუხედავად არსებული სტრატეგიების შემუშავებისა რეგიონში შექმნილი სიტუაცია მნიშვნელოვნად აძნელებს ადექვატური ზომების მიღებას. საკმარისია ითქვას, რომ მიუხედავად ფართოდ გავრცელებული ინფორმაციისა, ძნელად ხერხდება ბავშვთა მთლიანი კონტიგენტის უზრუნველყოფა სათანადო სადაზღვეო პოლისებით. ამის მიზეზია არა მარტო მშობლების სკეპტიკური დამოკიდებულება პოლისით გარანტირებული უფასო სამედიცინო დახმარების მიღების შესაძლებლობის მიმართ, არამედ ნაკლები დაინტერესება საკუთარი უფლებების გამოყენებით, დაბალი სამედიცინო აქტიურობა და სხვა. (იხ. ცხრილი 15).

ცხრილი 15:

დაზღვევით მოცული ბავშვთა კონტიგენტი

სამედიცინო დაწესებულება	დაზღვეულთა რიცხვი 1997 წელი	დაზღვეულთა რიცხვი 1998 წელი	ჯამი
ზუდიდი	2663	950	3613
სენაკი	850	807	1657
ხობი	845	129	974
ფოთი	691	519	1210
წალენჯიხა	1277	405	1682
ჩხოროწყუ	602	320	922
აბაშა	869	374	1243
მარტვილი	1023	466	1489
მესტია	459	257	716
მთლიანად რეგიონში	9279	4227	13506

„ბავშვთა გადარჩენის“ სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამაში მონაწილე დაწესებულებებმა - 1997 წლის 1 მარტიდან 31 დეკემბრამდე შესრულებული სამუშაოს ხარჯები ასანაზღაურებლად მოითხოვეს 4 971 098 ლარი, რაც ათი თვის სავარაუდო ხარჯის (5743000 ლ.) 86.6%-ია. ამასთან საყურადღებოა, რომ წარმოდგენილი დოკუმენტების სათანადო კონტროლის შემდეგ კორექტულად ჩაითვალა მოთხოვნილი თანხის მხოლოდ 90.2 %, რაც აშკარად მიუთითებს ცალკეულ დაწესებულებებში არსებული კონტროლის სისტემის სისუსტეზე.

1998 წელს „ბავშვთა გადარჩენის“ სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამა გაფართოვდა 2 წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის. შესრულებული სამუშაოს ხარჯებმა შეადგინა 7,2 მლნ ლარი. (იხ. ცხრილი 16).

ცხრილი 16:

ბავშვთა გადარჩენის პროგრამით მოთხოვნილი თანხები

სავარაუდო ხარჯები (მლნ ლარი)	მოთხოვნილი თანხა (მლნ ლარი)	%	კორექტულად ჩათვლილი თანხა (მლნ ლარი)	% მოთხოვნილ თანხასთან შედარებით
10,8	7,2	66.8	6,8	94.4

ამბულატორიული დაწესებულებების ხარჯები 1997 წელს შეადგენდა 1, 7 მლნ ლარს, სავარაუდო ხარჯი - 2, 6 მლნ ლარი, მაშინ როდესაც 1998 წელს - 1,9 მლნ ლარი, სავარაუდო ხარჯი - 3,1 მლნ ლარი.

ყურადღებას იპყრობს ის ფაქტი, რომ პროგრამის განხორციელებისათვის საპროგნოზო თანხა გაცილებით უსწრებს რეალურად გახარჯულ თანხებს. არარეალური პროგნოზის ძირითად მიზეზად გვესახება ის გარემოება, რომ დაგეგმარება ეყრდნობა მიმდინარე სტატისტიკურ მონაცემებს, მაშინ როდესაც შობადობის მკვეთრი კლების პირობებში დაგეგმილი მომსახურების მოცულობა ვერ ასახავს რეალურ სიტუაციას. (იხ. ცხრილი 17)

ცხრილი 17:

ბავშვთა გადარჩენის პროგრამით დაგეგმილი სახსრები. (ამბულატორიული დაწესებულებები).

წელი	სავარაუდო ხარჯი მლნ ლარი	კორექტულად ჩათვლილი თანხა მლნ ლარი	% სავარაუდო თანხასთან შედარებით
1997 წ	2,6	1,7	67,7%
1998 წ	3,1	1,9	83,3%

ანალოგიური ტენდენციები აღინიშნება სტაციონარების დაფინანსების საქმეში. (იხ. ცხრილი 18)

ცხრილი 18:

ბავშვთა გადარჩენის პროგრამით დაგეგმილი სახსრები. (სტაციონარული დაწესებულებები).

სავარაუდო ხარჯი მლნ ლარი	მოთხოვნილი თანხა მლნ ლარი	კორექტულად ჩათვლილი თანხა	% მოთხოვნილ თანხასთან შედარებით	% სავარაუდო თანხასთან შედარებით
3,1	3,1	2,7	86,8%	85,3%

სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონში „ბავშვთა გადარჩენის“ სახელმწიფო სადაზღვეო პროგრამაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებებში 1997 წელს შესრულებული სამუშაოს ხარჯების ასანაზღაურებლად მოითხოვეს 583 ათასი ლარი,

მათაგან კორექტულად ჩაითვალა 524 ათასი ლარი, რაც მოთხოვნილი თანხის 89.8%-ია. 1998 წელს კი შესრულებული სამუშაოს ხარჯების ასანაზღაურებლად მოითხოვეს 729 ათასი ლარი, კორექტულად ჩაითვალა 701 ათასი ლარი, რაც მოთხოვნილი თანხის 96.2%-ია. (იხ. ცხრილი 19).

ცხრილი 19:

ბავშვთა გადარჩენის პროგრამით რეგიონის სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მოთხოვნილი თანხები.

წელი	მოთხოვნილი თანხა	კორექტულად ჩათვლილი თანხა	% მოთხოვნილ თანხასთან შედარებით
1997 წ	583 991	524 706	89.8%
1998 წ	729 067	701 138	96.2%

როგორც ცხრილიდან ჩანს, თუ 1997 წლის მონაცემებით სხვადასხვა მიზეზების გამო არაკორექტულად ჩაითვალა მოთხოვნილი თანხების 10.2%, 1998 წელს ამ პროცენტმა საგრძნობლად იკლო და შეადგინა 3.8%. ჩვენი აზრით, არსებული კლების ძირითადი მიზეზია არამართო ადგილებზე საკონტროლო ღონისძიებების გაძლიერებით განპირობებული ახალი სიტუაცია, არამედ სათანადო ახსნა-განმარტებითი მუშაობის და სწავლების გატარება სამედიცინო პერსონალთან და ეკონომისტებთან ხარჯთაღრიცხვის შედგენის წესების შესახებ, რამაც საკმარისად დადებითი შედეგი მოიტანა. ეს შეეხება როგორც ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ, აგრეთვე სტაციონარულ დაწესებულებებთან მუშაობის შედეგებს. (იხ. ცხრილი 20).

ცხრილი 20:

ბავშვთა გადარჩენის პროგრამით კორექტულად ჩათვლილი თანხები

სავარაუდო ხარჯი	მოთხოვნილი თანხა	%	კორექტულად ჩათვლილი თანხა	% მოთხოვნილ თანხასთან შედარებით	% სავარაუდო თანხასთან შედარებით
361 996	394 543	109	340 124	86.2%	93.9%
793 008	475 421	60	449 738	94.6%	56.7%

პროგრამის შესრულების სტატისტიკური ანალიზი ცხადყოფს, რომ 1997 წელს აღირიცხა 45058 ვიზიტი. მაშინ როდესაც 1998 წელს ეს მაჩვენებელი 109063-მდე გაიზარდა.

არსებული მონაცემები საკმარისად დადებით ძვრებზე მიუთითებს, მაგრამ თუ გავითვალისწინებთ რომ სტაციონარში მოთავსებულ ბავშვთა რიცხვი იგივე პერიოდში აგრეთვე გაიზარდა 85 %-ით, შეიძლება დავასკვნათ, რომ სამედიცინო პერსონალი არ უტარებს მინდობილ კონტიგენტს ადექვატურ პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს, რაც განაპირობებს დაავადებების დამძიმებას. ამაზე მიუთითებს ის ფაქტიც, რომ მაგალითად 1998 წელს საშუალოდ ყოველ მესამე დაზღვეულ ბავშვს ერთ შემთხვევაში მაინც უტარდებოდა სტაციონარული მკურნალობა.

3.1. ბავშვთა გადარჩენის პროგრამით მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსების თავისებურებები

სამედიცინო დაზღვევის სისტემის ჩამოყალიბება საქართველოში რთულ და მრავალეტაპიან პროცესს წარმოადგენს, რომელიც ზედმიწევნით გაძნელებულია ქვეყნის მაკროეკონომიკურ სფეროში არსებული სირთულეების გამო. სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს როგორც სადაზღვევო შესატანების შეკრება, ასევე სხვა საფინანსო წყაროებიდან საჭირო თანხების მოზიდვა. არანაკლებ მნიშვნელოვანია რეფორმების მიმდინარეობის ასინქრონული ხასიათი, რაც აძნელებს სადაზღვევო კომპანიის მიერ დაგეგმილი ღონისძიებების სრულმაშტაბიან განხორციელებას.(1, 2, 13, 14).

ანაზღაურების ახალი მეთოდების შემოღება თავის მხრივ იწვევს სერიოზულ სიძნელეებს ადგილობრივი პერსონალის გადამზადების და სათანადო საორგანიზაციო ტექნოლოგიების უზრუნველყოფის საქმეში. ანაზღაურების ახალი მეთოდები, რომელნიც უმეტესწილად გამოიყენება მდიდარ ქვეყნებში და მოითხოვს სათანადო ადამიანური, ტექნიკური და საორგანიზაციო რესურსების ამოქმედებას, ინერგება ჩვენს სისტემაში, რომელიც ნაკლებადაა მომზადებული მისი უშუალოდ ათვისებისათვის. მწვავედ რჩება არჩეული მოდელების ადაპტირების საკითხები ახალი პირობების გათვალისწინებით. აღნიშნული პრობლემის გადაწყვეტა

საკმარისად მტკივნეულად წყდება, დანერგვის შედეგები კი ხშირად არასაკმარისია. ამით აიხსნება ის ფაქტი, რომ განვლილი დროის მანძილზე სამჯერ შეიცვალა პროგრამების დაფინანსების მოდელი. (იხ. ცხრილი 21).

ცხრილი 21:

ბავშვთა გადარჩენის პროგრამით სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსების პროცესში გამოყენებული მეთოდები (1996-1998წ.წ.)

	1996 წელი	1997 წელი	1998 წელი
სტაციონარი	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით (სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტი)	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით (საწოლ-დღე)	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით (სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტი)
პოლიკლინიკა	სულადობრივი (კაპიტაციური), სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტი	სულადობრივი (კაპიტაციური)	სულადობრივი (კაპიტაციური)

მაგალითად, 1996-1998 წლებში სტაციონარულ დაწესებულებებში ბავშვთა გადარჩენის პროგრამით დაფინანსება ხორციელდებოდა შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებით (სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტებით ანაზღაურების მეთოდი), რაც ითვალისწინებს განსაზღვრულ პაციენტზე გასაწევი ყოველი მანიპულაციის (დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, და ა.შ.) ღირებულების წინასწარ განსაზღვრას. ამ შემთხვევაში გათვალისწინებულია დაავადების სირთულე, ასაკი, გართულებები და თანმხლები დაავადებები. სამედიცინო დაწესებულებას უნაზღაურებდა მხოლოდ სტანდარტით დადგენილი სამედიცინო დახმარების ხარჯები. (10, 11, 14).

ამ მეთოდთან ერთად სამედიცინო დაწესებულებებს განესაზღვრებოდა წლიური და თვიური ბიუჯეტი, თუმცა საბჭოთა პერიოდისგან განსხვავებით იგი იგეგმებოდა არა სამედიცინო დაწესებულების რესურსების (საწოლთა ფონდი, სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა და სხვა) მიხედვით, არამედ სტაციონარის მიერ გატარებული მუშაობის შედეგებით.

ანაზღაურების ამ მოდელის თავისებურებას წარმოადგენს ის, რომ წლის დასაწყისში სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია აცხადებს ტენდერს სადაზღვევო პროგრამებში მონაწილეთათვის. გამარჯვებულ სამედიცინო დაწესებულებათა დაიდება სათანადო ხელშეკრულება, რომლითაც განისაზღვრება ჩასატარებელი დახმარების მოცულობა და წლიური ბიუჯეტი.

საერთო ბიუჯეტი დაფუძნებულია წინა წელს შესრულებული სამუშაოების მოცულობაზე. ამასთან ერთად, კომპანიაში გროვდება დეტალური სტატისტიკური მონაცემები, რომელთა საფუძველზე ხორციელდება მიღებული მასალების ყოველკვარტალური და წლიური ანალიზი (10, 14).

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის ფინანსური ვალდებულებები შემოსაზღვრულია დროის გარკვეული მონაკვეთით (მთელი წლით), ამიტომ ლიმიტის ზევით გაწეული სამედიცინო დახმარება არ ანაზღაურდება, თუმცა სამედიცინო დაწესებულებას შეუძლია დამოუკიდებლად გამოიყენოს გაწეული სამედიცინო დახმარების ოპტიმიზაციის შედეგად მიღებული ეკონომია. (13, 14, 15).

1997 წლიდან ბავშვთა გადარჩენის პროგრამის დაფინანსება სტაციონარულ დაწესებულებებში ხორციელდებოდა შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურების მეთოდის მიხედვით (საწოლ-დღეთა გამოყენების საფუძველზე). ამ შემთხვევაში ანგარიშსწორება ხდებოდა ცალკეული ნოზოლოგიური ჯგუფებისათვის დადგენილი მკურნალობის ფასის ფარგლებში. ისევე როგორც წინა წელს, დადგენილი სტანდარტის ზემოთ საწოლ-დღეების ღირებულების ანაზღაურება არ ხდებოდა. განსხვავებით სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტისგან ტარიფს არ აკლდებოდა ჩატარებული მანიპულაციის ფასი.

1998 წლიდან სტაციონარების მიერ გაწეული მუშაობის ანაზღაურება ხორციელდებოდა სამედიცინო ეკონომიური სტანდარტების მიხედვით. გაწეული დახმარების ფასის დადგენისას გათვალისწინებულია დაავადების სირთულე. მოთხოვნილი თანხის განსაზღვრა ხდება სტანდარტით დადგენილი ტარიფის ფარგლებში. (13, 14).

მნიშვნელოვანია ის გარემოება, რომ სტანდარტით გათვალისწინებული პროცედურის ფასი რომელიც არ ჩატარებულა, აკლდება ტარიფით გათვალისწინებულ მთლიან საფასურს.

ამ სისტემის დანერგვამ ზედმიწევნით გააძნელა ანგარიშსწორება, ამასთან ერთად აღსანიშნავია, რომ 1998 წელსაც სამედიცინო დაწესებულებებს უნაზღაურდება მომსახურების მხოლოდ წინსაწარ შეთანხმებული მოცულობა. ამასთან, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის ფინანსური ვალდებულებები შემოსაზღვრულია გარკვეული პერიოდით. თუმცა, სამედიცინო დაწესებულებას შეუძლია დამოუკიდებლად გამოიყენოს გაწეული სამედიცინო დახმარების ოპტიმიზაციის შედეგად მიღებული ეკონომია, მაგრამ შეთანხმებულ სამუშაოთა მოცულობის ზემოთ გაწეული სამედიცინო დახმარების ფასი არ ანაზღაურდება. (13,14).

ანალოგიური ცვილებები განიცადა პოლიკლინიკური დაწესებულებების მუშაობის ანაზღაურების სისტემამაც. 1996 წელს ანაზღაურება ხორციელდებოდა სულადობრივი, ანუ კაპიტაციური წესით (ყოველ რეგისტრირებულ ბავშვზე გამოყოფილი იყო ფაქსირებული თანხა) და სამედიცინო ეკონომიური სტანდარტების (ექიმს ცალკე ანაზღაურება ეძლეოდა პაციენტთა მკურნალობისთვის) მეთოდების კომბინაციით.

1997 წლიდან ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულების ანაზღაურება ხორციელდება მხოლოდ სულადობრივი (კაპიტაციური) მეთოდის გამოყენებით. წინა წლებისგან განსხვავებით შესრულებული სამუშაოს ცალკე ანაზღაურება გათვალისწინებული არ არის. სამედიცინო მეთვალყურეობის (პატრონაჟის), ასევე დაავადების მკურნალობის თანხა ფიქსირებულია. მაგალითად, თუ სამედიცინო დაწესებულებას, ერთ რეგისტრირებულ ბავშვზე 1997 წელს გამოეყოფოდა 4.33 ლარი, 1998 წელს ეს თანხა შემცირდა 2.36 ლარამდე. არსებული ცვილებების გატარება განაპირობა ანგარიშსწორების გამარტივების მცდელობამ, ვინაიდან დაწესებულების მიერ შესრულებული სამუშაოს კალკულაცია, და რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, წარმოდგენილი ანგარიშების კონტროლი, სათანადო საინფორმაციო უზრუნველყოფის სისუსტის გამო თითქმის შეუძლებელი გახდა.

ერთი შეხედვით აღნიშნული ცვლილება პროგრესულია, ვინაიდან ზედმიწევნით გამარტივდა ანგარიშსწორება (მრავალრიცხოვანი ფაქტორების შემოწმების ნაცვლად, სადაც ჩამოთვლილი იყო გატარებული სამუშაოების სახეობები, დამფინანსებელს დასაზუსტებელი აქვს მხოლოდ ერთი მონაცემი - რეგისტრირებულ ბავშვთა რაოდენობა), მაგრამ პრაქტიკამ გვიჩვენა, რომ ამ შემთხვევაშიც მიღებულ მოდელს გააჩნია გარკვეული ნაკლოვანებები. უმთავრესს წარმოადგენს დაწესებულების წყვეტილი დაფინანსება, რაც საშუალებას არ იძლევა უზრუნველყოფილ იქნას ბავშვის პროფილაქტიკა, გამოკვლევა და სათანადო მკურნალობა უშუალოდ საექიმო უბანზე. პოლიკლინიკის ექიმი უფრო დაინტერესებულია ჩაატაროს იაფფასიანი სამუშაო, რთული გამოკვლევის ან მკურნალობის საჭიროების შემთხვევაში კი ბავშვი გააგზავნოს სტაციონარში, მიუხედავად იმისა, რომ ამ ღონისძიებათა ადგილზე გატარება სავსებით შესაძლებელია.

სტაციონარული დახმარების სიძვირის გამო საერთო ჯამში პროგრამების ღირებულებამ ნაცვლად კლებისა მოიმატა, რაც აშკარად მოითხოვს დამატებითი ღონისძიებების გატარებას.

თავი IV

საყოველთაო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემის ჩამოყალიბება საქართველოში

1995 წლის აგვისტოდან საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში დაიწყო დარგის რეორიენტაციის რთული, ხანგრძლივი და მრავალეტაპიანი პროცესი. რეფორმა ჯანდაცვის სისტემაში მიზნად ისახავდა ისეთი პირობების შექმნას, რომელნიც რეალურად უზრუნველყოფენ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და განმტკიცების შესაძლებლობას, ამ მიზნის განხორციელებას ბევრად შეუწყო ხელი ქვეყანაში საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის სისტემის ჩამოყალიბებამ. (1, 2)

სამედიცინო დაზღვევის სისტემის შემოღებასთან დაკავშირებით აუცილებელი იყო შემდეგი წინაპირობების არსებობა:

1. სამედიცინო დაწესებულებების სამართალსუბიექტებად ჩამოყალიბება.

ამ მიზნის განხორციელებასთან დაკავშირებით ქვეყანაში მოქმედი სამედიცინო დაწესებულებები გარდაიქმნენ დამოუკიდებელ იურიდიულ პირებად. მათი მოქმედება დაფუძნებულია სამეურნეო ანგარიშისა და თვითდაფინანსების პრინციპებზე. ჩატარდა დაწესებულებათა აკრედიტაცია-ლიცენზირება. სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება ხორციელდება სახელშეკრულებო პრინციპების საფუძველზე. (1, 12 13)

2. სამედიცინო სადაზღვეო პროგრამების ამოქმედება.

რეფორმის შედეგად მოხდა ჯანდაცვის სისტემის პრიორიტეტულ მიმართულებათა განსაზღვრა. სახელმწიფომ კონკრეტულად განსაზღვრა თავის თავზე აღებული ვალდებულებები და დააბალანსა ისინი არსებულ ფინანსურ შესაძლებლობებთან. შეიქმნა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები, სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტები.

3. საჭირო ფინანსური თანხების აკუმულირება. საკმარისად მოკლე დროის მონაკვეთში მოხერხდა ჯანდაცვის სისტემის საჭირო ფინანსური სახსრების

აკუმულირება და მათი მობილიზაცია. შეიქმნა ჯანდაცვის სახელმწიფო ფონდი, დაწესდა სამედიცინო გადასახადი ქვეყნის ყოველი მომუშავე მოქალაქისათვის და მისი დამქირავებლისათვის.

4. გატარებული ღონისძიებების სამართლებრივი უზრუნველყოფა.

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია შეიქმნა სახელმწიფოს მეთაურის 1995 წლის 13 სექტემბრის № 351 და № 464 ბრძანებულების და ჯანდაცვის სამინისტროს 1996 წლის 23 იანვრის № 28 ბრძანების საფუძველზე. 1996 წლის კომპანიამ მოქმედი საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად გაიარა რეგისტრაცია სასამართლო წესით და მიიღო სახაზინო საწარმოს იურიდიული სტატუსი. (1, 2)

1997 წლის 1 აპრილს საქართველოს პარლამენტის მიერ მიღებულ იქნა კანონი სამედიცინო დაზღვევის შესახებ. ამით საფუძველი ჩაეყარა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის ფუნქციონირებას.

ჯანმრთელობის სახელმწიფო სავალდებულო დაზღვევა ვრცელდება საქართველოს ყველა მოქალაქეზე. იგი ხორციელდება სავალდებულო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, რაც საჭიროების შემთხვევაში უზრუნველყოფს მოქალაქისათვის სამედიცინო სტანდარტის შესაბამისი სამედიცინო და სამკურნალწამლო დახმარების გაწევას. (1)

კანონის მიხედვით სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შინაარსი განისაზღვრება დაგეგმილი პროგრამების რაოდენობით და მათი მასშტაბით.

უკვე 1996 წლის სექტემბერში შეიქმნა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის რეგიონალური ფილიალები.

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის ორგანიზაციული სტრუქტურა წარმოდგენილია სამეთვალყურეო საბჭოთი, რომელიც სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის უმაღლეს მმართველობით ორგანოს წარმოადგენს მასში შემავალი სათანადო ქვეგანყოფილებებით. სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიას კანონით მინიჭებული აქვს სრული ფინანსური, მმართველობითი და სახელშეკრულებო დამოუკიდებლობა. (1, 12, 14)

კომპანიის ბიუჯეტი შედგება სახელმწიფო ხაზინაში შემავალი:

- სამედიცინო შენატანებიდან, რომელნიც გროვდება საწარმოების, ორგანიზაციების, დაწესებულებების ანარიცხებით (თვით დასაქმებული მუშაკის შემოსავლის 1%-იანი და მისი დამქირავებლის 3%-იანი სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შესატანების ხარჯზე). ეს სისტემა წარმოადგენს უნივერსალურ სავალდებულო სამედიცინო გადასახადს.

- საფინანსო სახსრები გამოყოფილი ტრანსფერების სახით საქართველოს ცენტრალური ბიუჯეტიდან.

- საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ გაღებული თანხებისგან, შემოწირულობებისგან. (12, 14)

ქვეყანაში არსებული რთული ეკონომიკური სიტუაციის გამო სისტემა ჯერჯერობით მოიცავს ქვეყნის მოსახლეობის საკმარისად შეზღუდულ ნაწილს, რაც საბოლოო ჯამში სერიოზულ საფინანსო პრობლემებს უქმნის სადაზღვეო კომპანიას. თუმცა, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია მუშაობს ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ წარმოდგენილი პროგრამების მიხედვით, სათანადო შეთანხმების საფუძველზე მას შეუძლია არსებულ გეგმაში საჭირო ცვლილებების შეტანა. (1, 12)

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია ირჩევს ცალკეულ დაწესებულებასთან გასაფორმებელი კონტრაქტების სახეს და მისი მოქმედების პირობებს, საჭიროების შემთხვევაში ატარებს ტენდერს. ავტომატიზებული სააღრიცხვო - საფინანსო სისტემის მეშვეობით ახორციელებს კონტროლს სამედიცინო დაწესებულებებიდან მოთხოვნილი თანხების სისწორეზე.

შეზღუდული რესურსების პირობებში ოპტიმალურად მიჩნეულია პროგრამული მართვის პრინციპის დანერგვა, როდესაც შესაძლებელი ხდება სამედიცინო დაწესებულებების მიერ შესრულებული სამუშაოს დაბალანსება არსებულ რესურსებთან.

დაგროვილი გამოცდილების ანალიზი ცხადყოფს რომ უკანასკნელი 3 წლის მონაცემებით შეიმჩნევა სამედიცინო სადაზღვევო შენატანების წილის ზრდის გარკვეული ტენდენცია. ეს პროცესი გაცილებით უფრო ინტენსიურად მიმდინარეობს ვიდრე ცენტრალური ბიუჯეტიდან გადაცემული ტრანსფერის მოცულობის ზრდა.

მიუხედავად ამისა სამედიცინო სადაზღვევო პროგრამების დაფინანსების მნიშვნელოვან ნაწილს მაინც ცენტრალური ბიუჯეტიდან გადაცემული ტრანსფერები შეადგენს. ეს განპირობებულია არა მარტო ქვეყანაში არსებული უმუშევრობის მაღალი დონით, არამედ დასაქმებული მოსახლეობის დაბალი შემოსავლით. გარკვეული მნიშვნელობა აქვს იმ გარემოებას, რომ დასაქმებული მოსახლეობის დიდი ნაწილი თვითდასაქმებულია, ან მუშაობს კერძო სექტორში, რაც გამოხატულად აძნელებს შემოსავლებზე ქმედითი კონტროლის დაწესებას და საბოლოო ჯამში მთელი მოცულობით სავალდებულო სამედიცინო გადასახდების შეგროვებას. (1)

სისტემის ჩამოყალიბებისა და სრულყოფის შემდგომ ეტაპებზე გამიზნულია მოხდეს სამედიცინო სადაზღვევო შესატანის წილის გაზრდა ცენტრალური ბიუჯეტიდან გადმოცემულ ტრანსფერებთან შედარებით. (14)

აღსანიშნავია, რომ სავალდებულო დაზღვევის ბიუჯეტი შეივსება მხოლოდ ნაწილობრივ. თავისთავად ეს ხელს უშლის როგორც სახელმწიფო პროგრამების განხორციელებას, ასევე მათ შემდგომ გაფართოებას. ამიტომ მომავალში დაგეგმილია ყველა დამქირავებელთა აუცილებელი რეგისტრაციის სისტემის სრულყოფა, სადაზღვევო შესატანების გადახდაზე სათანადო კონტროლის გაძლიერება, რაც აშკარად ხელს შეუწყობს მათ გაზრდას. (14, 15).

არსებული საფინანსო სიძნელების დაძლევის მიზნით აგრეთვე გამიზნულია მუნიციპალური და სამედიცინო სადაზღვევო პროგრამების შერწყმა, რაც შესაბამისად გულისხმობს ადგილობრივი ბიუჯეტის მონაწილეობით ერთიანი სახელმწიფო ვალდებულებების შესრულებას. ამ კუთხით სერიოზულ ხელშემწყობ ღონისძიებად გვესახება პროგრამების მთლიანი კომპიუტერიზაცია, რაც ხელს შეუწყობს ერთიანი საონფორმაციო ბანკის შექმნას და სათანადოდ საჭირო საკონტროლო ღონისძიებების გაძლიერებას. აღნიშნული ზომების გატარების შემთხვევაში აგრეთვე შესაძლებელი გახდება შემოსული მასალების სრულყოფილი რეგისტრაცია და ანალიზი, ერთიანი სადაზღვევო ბარათისა და დაზღვეულთა პერსონიფიკაციის სისტემის შემოღება. (14)

თუ 1996 წლის თებერვლიდან სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის საქმიანობა შემოიფარგლებოდა მხოლოდ უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო

დახმარების სპეციალური სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამის განხორციელებით, რომლის ბიუჯეტი შეადგენდა 1,4 მლნ ლარს, 1997 წლიდან კომპანიას დაეკისრა უკვე 29,3 მლნ ლარის საერთო ღირებულების 6 სახელმწიფო პროგრამის განხორციელება. 1998 წელს კი კომპანიამ განახორციელა 38,8 მლნ ლარის საერთო ღირებულების საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის 9 სახელმწიფო პროგრამა (იხ. ცხრილი 21)

ცხრილი 21:

სამედიცინო სადაზღვევო პროგრამაზე განსაზღვრული ბიუჯეტი 1997-1998 წ.წ.

სამედიცინო სადაზღვევო პროგრამები	1997 წ (მლნ ლარი)	1998 წ (მლნ ლარი)
ფსიქიატრიის პროგრამა	3	3
ფთიზიატრიის პროგრამა	3,5	3,6
უსაფრთხო დედობის პროგრამა	6,9	7
ბავშვთა გადარჩენის პროგრამა	7	11
უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამა	5,9	9
ონკოლოგიურ ავადმყოფთა მკურნალობის პროგრამა	3	3
ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობის პროგრამა	-----	0.1
ჰემოდიალიზის განვითარების პროგრამა	-----	0.4
ბავშვთა კარდიოლოგიური დახმარების პროგრამა	----- -	0.5
სულ	29.3	38.8

როგორც ცხრილში მოყვანილი მონაცემებიდან ირკვევა ქვეყნის ეკონომიკური და პოლიტიკური სტაბილიზაციის პროცესის გამყარებასთან ერთად საკმარისად სწრაფად ხორციელდება პროგრამების დაფინანსების გაფართოებაც.

უმწეოთა დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამა:

1998 წელს პროგრამის წლიურმა ბიუჯეტმა შეადგინა 9 მლნ ლარი. პროგრამის განხორციელების მიზნით კომპანიას დადებული ჰქონდა 391 კონტრაქტი 322 სამედიცინო დაწესებულებასთან, მათ შორის სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონში 37 სამედიცინო დაწესებულებასთან - 43 ხელშეკრულება. პროგრამის შესაბამისად საქართველოში სადაზღვევო პოლისს ფლობდა 335 468 ადამიანი. მათ შორის

სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონში 74 143 ადამიანი, რაც შეადგენდა რეგიონის მთლიანი მოსახლეობის 13.3%-ს. აქედან ძირითად მოსახლეობაში დაზღვეული იყო 19 943 (4.4%), დევნილ მოსახლეობაში - 54 196 (49.3%) პირი.

ონკოლოგიის პროგრამა

პროგრამის წლიური ბიუჯეტს შეადგენდა 3 მლნ ლარი. პროგრამის განსახორციელებლად კომპანიას დადებული ჰქონდა 13 კონტრაქტი 13 სამედიცინო დაწესებულებასთან. სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონში ეს პროგრამა არ ხორციელდება. ქვეყანაში პროგრამის შესაბამისად სადაზღვეო პოლისს ფლობდა 9 882 ადამიანი (რაც გამოვლენილი კონტინგენტის თითქმის 90 %-ს შეადგენს). რეგიონში ეს პროგრამა არ ხორციელდება.

ფსიქიატრიის პროგრამა

სამინისტროსთან გაფორმებული ხელშეკრულების თანახმად პროგრამის წლიური ბიუჯეტი შეადგენდა 3 მლნ ლარს. პროგრამის განსახორციელებლად კომპანიას დადებული ჰქონდა 24 კონტრაქტი 21 სამედიცინო დაწესებულებასთან, მათ შორის სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონში 3 სამედიცინო დაწესებულებასთან დადებული 3 ხელშეკრულება (300 ათას ლარზე).

ფთიზიატრიული დახმარების პროგრამა

სამინისტროსთან გაფორმებული ხელშეკრულების თანახმად პროგრამის წლიური ბიუჯეტს შეადგენდა 3 მლნ ლარი. სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონში წლიური ლიმიტი ამ პროგრამის მიხედვით შეადგენდა 258 ათას ლარს. პროგრამის განსახორციელებლად ქვეყანას 30 სამედიცინო დაწესებულებასთან კომპანიას დადებული ჰქონდა 32 კონტრაქტი. სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონში 2 სამედიცინო დაწესებულებასთან დადებული ჰქონდა 2 ხელშეკრულება.

2 წლამდე ასაკის ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამა

სამინისტროსთან გაფორმებული ხელშეკრულების თანახმად პროგრამის წლიური ბიუჯეტი შეადგენდა 11 მლნ. ლარს. სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონში წლიური ლიმიტი ამ პროგრამის მიხედვით შეადგენდა 793 ათას ლარს. პროგრამის შესაბამისად სადაზღვევო პოლისს ფლობდა 79 152 ბავშვი (სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონში 12 392 ბავშვი). პროგრამის განსახორციელებლად ქვეყნის 258 სამედიცინო დაწესებულებასთან კომპანიას დადებული ჰქონდა 283 კონტრაქტი (სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონში 35 ხელშეკრულება).

სამედიცინო დახმარების პროგრამა

სამინისტროსთან გაფორმებული ხელშეკრულების თანახმად პროგრამის წლიური ბიუჯეტი შეადგენდა 7 მლნ. ლარს. პროგრამის განსახორციელებლად კომპანიას 154 სამედიცინო დაწესებულებასთან დადებული ჰქონდა 214 კონტრაქტი (მათ შორის სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონში 17 სამედიცინო დაწესებულებასთან 24 ხელშეკრულება). 1998 წლის მონაცემებით პროგრამის შესაბამისად სადაზღვევო პოლისს ფლობდა 24 917 ორსული ქალი, მათ შორის სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონში 12 071.

ბავშვთა კარდიოქირურგიული დახმარების სახელმწიფო პროგრამა

სამინისტროსთან გაფორმებული ხელშეკრულების თანახმად პროგრამის წლიური ბიუჯეტი შეადგენდა 500 000 ლარს. რეგიონში ეს პროგრამა არ ხორციელდება.

ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობის პროგრამა

სამინისტროსთან გაფორმებული ხელშეკრულების თანახმად პროგრამის წლიური ბიუჯეტი შეადგენდა 1 500 000 ლარს, სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონში - 30 000 ლარს.

ჰემოდიალიზის პროგრამა

სამინისტროსთან გაფორმებული ხელშეკრულების თანახმად პროგრამის წლიური ბიუჯეტი შეადგენდა 400 000 ლარს. პროგრამის განსახორციელებლად 5 სამედიცინო დაწესებულებასთან კომპანიას დადებული ჰქონდა 5 კონტრაქტი. პროგრამის შესაბამისად სადაზღვევო პოლისს ფლობდა 65 ადამიანი. რეგიონში ეს პროგრამა არ ხორციელდება.

1997 წლიდან ქვეყანაში დამკვიდრდა სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელსა და დამფინანსებელს შორის სახელშეკრულებო მიდგომა. სამედიცინო დაწესებულებებთან საკონტაქტო ურთიერთობების დამყარების მეშვეობით გამოიკვეთა დამფინანსებლისა და შემსრულებლის ვალდებულებები. რაც აშკარად წინ გადადგმულ ნაბიჯს წამოადგენს. სადღეისოდ დადებულია 970 კონტრაქტი 427 დაწესებულებასთან, რომელთა მოქმედების არეალით მაქსიმალურად მოცულია ქვეყნის მოსახლეობის დიდი ნაწილი (14)

სიღარიბე საკმარისად ახალი ფენომენია თანამედროვე საქართველოსათვის. ამიტომ თავდაპირველად საერთოდ არ არსებობდა კრიტერიუმები უმწეო კატეგორიის მოქალაქეთა განსასაზღვრად, რაც გარკვეულ პრობლემებს ქმნიდა ინდივიდუალური სადაზღვევო პოლისის გაცემასთან დაკავშირებით. მმართველობის ადგილობრივი ორგანოების მხრიდან ხშირი იყო მცდელობა დაერღვიათ პოლისის გაცემის წესი. ამასთან დაკავშირებით ჯანდაცვის სამინისტროს, სოციალური დახმარების სამინისტროსა და ლტოლვილთა და იძულებით გადაადგილებულ პირთა განსახლების სამინისტროსთან ერთად შემუშავდა უმწეო მოქალაქის განსაზღვრის მკაფიო კრიტერიუმები.

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის საქმიანობაში განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა უმწეო მოსახლეობისათვის სპეციალური სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების განხორციელებას, რომელნიც ძალაში შემოვიდნენ 1996 წლიდან.

აშკარაა, რომ საბაზრო-ეკონომიკური ურთიერთობების დამყარების პირობებში არსებული პროგრამა წარმოადგენს სახელწიფოს მიერ ადექვატური სოციალური პოლიტიკის განხორციელების მაგალითს, რომლის მეშვეობით შესაძლებელი გახდა

არამართო გარკვეული სოციალური დამაბულობის მოხსნა, არამედ აღნიშნული კონტიგენტისათვის ჯანმრთელობის შენარჩუნებაც. ასე მაგალითად, თუ 1996 წლისათვის უმწეოთა სპეციალური დამატებითი სამედიცინო დახმარების პროგრამით დაზღვეული იყო 90 203 მოქალაქე (მათ შორის 56 203 იძულებით ადგილნაცვალი და დევნილი პირი), 1998 წლისათვის დაზღვეულია უკვე 335 468 მოქალაქე (მათ შორის 121 906 აფხაზეთიდან და სამაჩაბლოდან დევნილი, 14 688 - სამამულო ომის I და II ჯგუფის ინვალიდი და სხვა) (14).

ქვეყნისათვის უმნიშვნელოვანეს მოვლენად შესაძლოა ჩაითვალოს უსაფრთხო დედობისა და ბავშვთა გადარჩენის პროგრამების დაფინანსება. პოლისის შემოღებამ არამართო ხელი შეუწყო მოსახლეობის მიმართვიანობის ზრდას სამედიცინო დაწესებულებებში, არამედ დადებითად იმოქმედა როგორც ორსულთა, ასევე ახალშობილთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. უფრო იოლი გახდა სადაზღვევო პროგრამების დაფინანსების პროგნოზირებაც. საგულისხმოა, რომ 0-1 წლამდე ასაკის კონტიგენტისათვის მოსალოდნელი ხარჯები უკანასკნელ წლებში მნიშვნელოვნად შემცირდა, რაც გარკვეულწილად განპირობებულია სამედიცინო პერსონალის დაინტერესებით პრევენციული ღონისძიებების გატარების საქმეში. (14).

ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ თუ 2 წლამდე ასაკის ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამების მიხედვით დაზღვეულია 79 152 ათასი ბავშვი (ე.ი. მთლიანი კონტიგენტის თითქმის 89 %), აღინიშნება ორსულ ქალთა აღრიცხვაზე დაგვიანებით აყვანა (აღრიცხვაზე აყვანილთა 44 %), რაც თავისთავად მიუთითებს სამედიცინო სამსახურების არაადეკვატურ მოქმედებაზე. (იხ. ცხრილი 22).

დაზღვეულ ორსულთა რაოდენობა (1997-1998 წ)

სამედიცინო დაწესებულება	1997 წ.	1998 წ.	ჯამი	აღრიცხვაზე დაგვაინებით აყვანილთა რაოდენობა
ზუგდიდის ქალთა კონსულტაცია	1887	1194	3081	1578
აბაშის ა/პ გაერთიანება	315	166	481	156
აბაშის სამშობიარო სახლი	0	67	67	32
სენაკის სამშობიარო სახლი	618	483	1101	435
მარტვილის სამშობიარო სახლი	539	420	959	356
ხობის ა/პ გაერთიანება	364	184	548	205
ხობის სამშობიარო სახლი	0	118	118	54
ფოთის სამშ. სახლი	611	474	1085	468
წალენჯიხის ა/პ გაერთიანება	414	255	669	247
ჩხოროწყუს სამშობიარო სახლი	331	188	519	267
კირცხის სამშობიარო სახლი	28	187	215	89
ჯვარის ა/პ გაერთიანება	152	159	311	111
მესტიის სამშობიარო სახლი	124	129	253	167
რეგიონი	5383	4024	9407	4165

არსებული მდგომარეობა ნათლად ასახავს იმ ტენდენციებს, რომლებიც წლების მანძილზე სერიოზულ გავლენას ახდენს ქალთა მოსახლეობის და ახალშობილთა ჯანმრთელობის არასასურველ ტენდენციებზე. მიუხედავად იმისა, რომ სხვა დარგებისაგან განხვავებით ამ სფეროში მომუშავე კადრები და დაწესებულებები თითქმის მთლიანადაა შენარჩუნებული, გაწეული დახმარების თითქმის ყველა სახე კი იფარება ბიუჯეტიდან, ორსული ხშირად თავს არიდებს ქალთა კონსულტაციაში დროულ მიმართვას. გახშირდა ექსტრაგენიტალური პათოლოგიით ბინაზე მშობიარობის შემთხვევებიც, რაც საბოლოო ჯამში სერიოზულ საშიშროებას უქმნის როგორც მშობიარეს, ასევე ახალშობილს.

შობადობის მაჩვენებლის თითქმის ორმაგი შემცირების პირობებში (1989 წ - 23.2%, 1998 წ. - 13.2%), არსებული მდგომარეობა შეიძლება მივაკუთვნოთ არა წმინდა სამედიცინო, არამედ სახელმწიფოებრივ პრობლემას.

ამ კუთხით ყურადსაღებია ის მუშაობა, რომელიც ტარდება სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონში, სადაც მოხერხდა ორსულთა კონტიგენტის თითქმის 95 %

უზრუნველყოფა სადაზღვევო პოლისებით და მათზე სათანადო პატრონაჟის დაწესება.

სამეგრელო-ზემო სვანეთის რეგიონში სამეანო დახმარებისა და 2 წლამდე ასაკის ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამების მიხედვით დაზღვეულია სულ 9407 ორსული ქალი და 13 506 ორ წლამდე ასაკის ბავშვი.

ცხრილი 23:

დაზღვეულ ბავშვთა საერთო რაოდენობა (1997-1998 წ)

სამედიცინო დაწესებულება	დაზღვეული 1997 წელი	დაზღვეული 1998 წელი	ჯამი
ზუგდიდის ა/პ გაერთიანება	1696	577	2273
ზუგდიდის ბავშვთა პოლიკლინიკა	967	373	1340
სენაკის ბავშვთა საავადმყოფო	600	368	968
სენაკის ა/პ გაერთიანება	250	439	689
ხოზის ა/პ გაერთიანება	845	129	974
ფოთის ბავშვთა პოლიკლინიკა	691	519	1210
წალენჯიხის ა/პ გაერთიანება	1217	325	1542
ჩხოროწყუს ა/პ გაერთიანება	602	320	922
აბაშის ა/პ გაერთიანება	869	374	1243
მარტვილის ა/პ გაერთიანება	1023	466	1489
ჯვარის ა/პ გაერთიანება	60	80	140
მესტიის ა/პ გაერთიანება	459	257	716
რეგიონი	9279	4227	13506

თავი V

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდების შეფასების შედეგები

ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემაში დაწყებული რეორიენტაციის პროცესის წარმატება ბევრადაა დამოკიდებული იმაზე, თუ რამდენად მიესადაგება მოქმედი საფინანსო სისტემა ახალ პირობებს. ბავშვთა გადარჩენის პროგრამის მაგალითზე ჩატარდა სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსების მეთოდების შედარებითი ანალიზი, განხორციელდა მათი საექსპერტო შეფასება ჩვენს მიერ შემუშავებული სქემის მიხედვით.

განხორციელებადობა. არსებულთან მისადაგება

სტაციონარებში მომუშავე პერსონალის 80.3 %-ს მაიჩნია, რომ არსებულ პირობებში უფრო მისაღებია საწოლ-დღის მიხედვით გათვლილი ანაზღაურება, ვინაიდან იგი მიესადაგება წინა წლებში მოქმედ სისტემას, როდესაც საწოლ-დღეების მაჩვენებელი წარმოადგენდა სტაციონარის მუშაობის ერთ-ერთ ათვლის წერტილს.

ანალოგიური დასკვნა გაკეთდა სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერების მიერ, რომელთა აზრით არსებულთან მისადაგება უფრო იოლია საწოლ-დღის მიხედვით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებისას, ვინაიდან ანგარიშსწორება სამედიცინო-ეკონომიკური სტანდარტების მიხედვით გაცილებით ძნელია, და რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, ამ მეთოდს არასტაბილურობის ნიშანიც გააჩნია.

პოლიკლინიკებში მომუშავე პერსონალის აზრით ჯანდაცვის რეფორმამდელ სისტემას ყველაზე მეტად მიესადაგება სამედიცინო დაწესებულებების ანაზღაურების კაპიტაციური, ანუ სულადობრივი მეთოდი (გამოკიხულთა 90 %). რესპოდენტების აზრით გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ უკვე წლის დასაწყისისათვის პერსონალისათვის ხდება ცნობილი გამოყოფილი საბიუჯეტო თანხა, რაც ერთის მხრივ რეფორმამდელი პერიოდის ფიქსირებული ბიუჯეტის არსებობის მსგავსად ხელს უწყობს დაწესებულებების სტაბილურობას, მეორეს მხრივ

კი საშუალებას აძლევს კოლექტივს, რათა აქტიურად ეძიოს დამატებითი სახსრების მოპოვების რეზერვები.

აღსანიშნავია, რომ კაპიტაციური მეთოდით გათვალისწინებული სახსრების დაგეგმარების პროცესში ჩადებულია სათანადო თანხები როგორც პაციენტზე სამედიცინო მეთვალყურეობის დაწესების, ასევე მისი მკურნალობისათვის. ამ ორი სახის ღონისძიების გატარების ფასის შერწყმით ექიმს მანევრირების უფრო ფართო საშუალება ეძლევა.

არსებულთან მისადაგების კრიტერიუმის განხილვისას პოლიკლინიკების ხელმძღვანელებმა უპირატესობა აგრეთვე სულადობრივ მეთოდს მიანიჭეს. შედარებით დაბალი შეფასება მიიღო შესრულებული სამუშაოსა და კაპიტალის მეთოდზე დაყრდნობით 1996 წელს დანერგილმა კომბინირებულმა მეთოდმა.

სტრუქტურული ცვლილების საჭიროება

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების პროცესში ანაზღაურების ახალი მეთოდების შემოღებამ არსებული ინფრასტრუქტურის გარკვეული ცვლილებები გამოიწვია. კერძოდ, მნიშვნელოვნად შემცირდა საავადმყოფოს საწოლთა ფოდნი. მაგალითად, თუ რეფორმის დაწყებამდე, 1994 წელს სამეგრელოს რეგიონში საწოლთა რაოდენობა შეადგენდა 2005-ს, რეფორმის უკვე პირველ ეტაპზე იგი 1470-მდე შემცირდა (1995 წ.), 1996 წელს - 1108-მდე, 1997 წლისათვის 1088-მდე, 1998 წლისათვის კი 1068-მდე. (ე.ი. 1994 წ. შედარებით 1998 წელს იგი შემცირდა თითქმის ორჯერ). ამასთან აღსანიშნავია, რომ საწოლების შემცირება რეგიონის ტერიტორიაზე მოქმედ სტაციონარებში არაერთგვაროვანია (იხ. ცხრილი 25).

ცხრილი 25:

სამეგრელოს რეგიონის საავადმყოფოს საწოლთა შემცირების დინამიკა 1994-3998 წწ. მონაცემებით.

	რეგიონი	1994 წ	1995 წ	1996 წ	1997 წ	1998 წ
1	აბაშა	170	100	100	100	100
2	ზუგდიდი	850	470	470	450	430
3	მარტვილი	125	85	63	63	63
4	სენაკი	330	330	185	185	185
5	ჩხოროწყუ	160	115	90	90	90
6	წალენჯიხა	270	270	110	110	110
7	ხობი	100	100	90	90	90
8	სულ	2005	1470	1108	1088	1068

როგორც ცხრილში მოყვანილი მონაცემებიდან ირკვევა რიგ რაიონებში საავადმყოფოს საწოლთა ფონდი თითქმის განახევრდა (მარტვილი, სენაკი), მაშინ როდესაც ხობში საწოლთა რაოდენობის კლების ტენდენცია თითქმის არ აღინიშნება. ჩვენის აზრით, არსებული დისპროპორცია სხვა მიზეზებთან ერთად განპირობებულია იმ გარემოებითაც, რომ ახალ პირობებში საწოლთა ფონდის შემცირების დინამიკა მჭიდროდაა დაკავშირებული დაფინანსების ახალ სისტემაზე გადასვლასთან. ასე, მაგალითად, თუ საწყის ეტაპზე (1995 წელს) საწოლთა რაოდენობა სამეგრელოს რეგიონში 1994 წელთან შედარებით 27 %-ით შემცირდა, 1996 წელს ამ კლებამ 45 %-ს მიაღწია. მომდევნო წლებში ეს პროცესი საკმარისად შენედა. სამედიცინო ბაზრის ჩამოყალიბება, კონკურენტული პირობების შექმნა ხელს უწყობს სტაციონარული დახმარების მიწოდების და მოთხოვნის დაბალანსებას.

აშკარაა, რომ სტაციონარებში მომუშავე სამედიცინო პერსონალი იძულებული გახდა გარკვეულიყო ახალ სიტუაციაში, განსაკუთრებით დაწესებულების ფინანსურ საქმიანობასთან დაკავშირებით. ამაზე მიუთითებს გამოკითხვის პროცესში მიღებული პასუხები (იხ ცხრილი 26).

ცხრილი 26:

სამედიცინო პერსონალის აზრი ჯანდაცვის სტრუქტურულ ცვლილებებზე
სხვადასხვა დაფინანსების მეთოდების გავლენის შესახებ

საწოლ-დღის მიხედვით ანაზღაურება	%	ანაზღაურება სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტით	%	მიჭირს პასუხის გაცემა	%
48	15%	235	73%	37	12%

გამოკითხულთა 73.4%-ს მაიჩნია, რომ საწოლ-დღის მიხედვით ანაზღაურებასთან შედარებით სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტები არსებული ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის უფრო სერიოზულ ცვლილებებს მოითხოვს, რასაც სავსებით ეთანხმება ექსპერტთა ჯგუფის წევრებიც.

საწოლ-დღის ღირებულების მიხედვით ანაზღაურების სისტემის მოქმედება გარკვეულწილად ხელს უბიძგებს ექიმს, რათა ხელოვნურად გაზარდოს დახმარების ფასი პაციენტის სტაციონარში ხანგრძლივად დაყოვნების ხარჯზე. მაგრამ მიუხედავად ამისა, დაწესებულებისშიდა და სადაზღვევო კომპანიაში კონტროლის სისტემის შექმნა აძნელებს დაუსაბუთებელი სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების მოთხოვნას. ამას ადასტურებს ის გარემოებაც, 1998 წელს საკმარისად შემცირდა ასეთი სახის დარღვევები.

პოლიკლინიკის სამედიცინო პერსონალის აზრით სისტემის სტრუქტურული ცვლილებები ძირითადად განპირობებულია შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მოდელის შემოღებით (იხ. ცხრილი 27).

ცხრილი 27:

სამედიცინო პერსონალის გამოკითხვის შედეგები

შესრულებული სამუშაოს მიხედვით + კაპიტაციური	%	კაპიტაციური	%	მიჭირს პასუხის გაცემა	%
272	85	10	2	38	13

გამოკითხულთა 85 %-ს მიაჩნია, რომ 1996 წელს მოქმედი დაფინანსების მეთოდის მიხედვით ანაზღაურება ინფრასტრუქტურის უფრო სერიოზულ ცვლილებებს მოითხოვდა, ვიდრე კაპიტაციური მეთოდით ანაზღაურება.

უნდა აღინიშნოს, რომ კაპიტაციური მეთოდის შემოღებისას დაირღვა ათწლეულების განმავლობაში მოქმედი მომსახურების საუბნო-ტერიტორიული პრინციპი. ახალი წესით, უშუალოდ პაციენტს მიენიჭა ექიმის არჩევის უფლება, რომელთანაც მას შეუძლია დარეგისტრირდეს. ექიმის ახალი სამოქმედო არეალი უბეში გაგებით ისევ უბანს წარმოადგენს, თუმცა გასაგები მიზეზების გამო ტერიტორიული პრინციპი დარღვეულია, ვინაიდან მასთან რეგისტრირდება ნებისმიერ ადგილზე მცხოვრები პირი.

იმის დასადგენად, თუ რამდენად გამოხატულად იმოქმედა პაციენტთა რეგისტრაციის ახალმა წესმა არსებულ სიტუაციაზე, ჩვენს მიერ შესწავლილ იქნა სენაკის ბავშვთა პოლიკლინიკაში არსებული მდგომარეობა.

პოლიკლინიკა ემსახურება ქალაქში მცხოვრებ 0-დან 14 წლამდე ასაკის 6415 ბავშვს. რეფორმამდე აღნიშნული კონტიგენტი პოლიკლინიკის ექიმთა შორის განაწილებული იყო თანაბრად და ტერიტორიული პრინციპის მიხედვით დაყოფილი იყო 8 უბნად. ახალი სისტემის შემოღების შემდგომ მდგომარეობა მკვეთრად შეიცვალა, რაც აისახება ექიმთა დატვირთვის მკვეთრ დიფერენციაში. (იხ. ცხრილი 28)

ცხრილი 28:

სენაკის ბავშვთა პოლიკლინიკის საექიმო უბნებზე მიმაგრებული კონტიგენტის ცვალებადობა ექიმის თავისუფალი არჩევის სისტემის შემოღების პროცესში.

	I უბანი	II უბანი	III უბანი	IV უბანი	V უბანი	VI უბანი	VII უბანი	VII უბანი
ბავშვთა კონტიგენტი (1994 წ.)	650	556	890	912	876	1002	932	596
ბავშვთა კონტიგენტი (1997 წ.)	545	452	1205	1268	553	586	664	1302
კონტიგენტის ცვალებადობის ტიპი	- 19 %	-23 %	+34 %	+39 %	-37 %	+42 %	-29 %	+54 %

როგორც ცხრილში მოყვანილი მონაცემებიდან ჩანს, პაციენტთა რეგისტრაციის ახალი წესი შესაძლოა გამოყენებულ იქნას არამარტო სამედიცინო პერსონალის

შრომის ანაზღაურების დახვეწის მიზნით, არამედ, რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, გატარებული მუშაობის ხარისხის შესაფასებლად. აშკარაა, რომ ზოგიერთ უბანზე რეგისტრირებული პაციენტების მკვეთრი შემცირება შესაძლოა განპირობებული იყოს შობადობის შემცირებით, ახალგაზრდა მოსახლეობის მაღალი მიგრაციული აქტიურობით. მაგრამ აშკარაა, რომ არსებული სისტემა გაცილებით პროგრესულია რეფორმამდელ პერიოდთან შედარებით, ვინაიდან პაციენტის უბნიდან უბანზე გადაადგილება მჭიდროდაა დაკავშირებული მიღებული სამედიცინო დახმარების დონით დაკმაყოფილებით, ექიმის ქცევით, მისი საქმით დაინტერესებით. თავისთავად, მიღებული მონაცემები აშკარად მიუთითებს სათანადო საკადრო ცვლილებების გატარების აუცილებლობაზე.

ჩატარებული გამოკითხვა თავის მხრივ ასახავს პოლიკლინიკების სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულებას წარმოქნილი სიტუაციის მიმართ. მიუხედავად იმისა, რომ ახალი სისტემა უარყოფითად შეფასდა გამოკითხულთა თითქმის მესამედის მიერ, უმეტესობამ მაინც გამოიჩინა ობიექტურობა და მიუთითა, რომ მეთოდის დანერგვით მიღებულია დადებითი შედეგი.

ცხრილი 29:

სამედიცინო პერსონალის გამოკითხვის შედეგები

დადებითად	%	უარყოფითად	%	მიჭირს პასუხის გაცემა	%
212	66	96	30	12	4

უკვე კვლევის პროცესში შესაძლო გახდა დასკვნის გამოტანა იმის შესახებ, რომ დაფინანსების ახალი მეთოდების შემოღება მართალია გამოხარულად დადებით გავლენას ახდენს დაწესებულების მუშაობის ეფექტურობაზე, მაგრამ, რაც არანაკლებ მნიშვნელოვანია, საშუალებას იძლევა გატარდეს სათანადო ზომები მატერიალური და მორალური სტიმულირების გამოყენებით. თავისთავად წლობით არსებული განუკითხაობის სიტუაციის შეცვლა იწვევს პერსონალის ნაწილის გაღიზიანებას, რაც ჩატარებული გამოკითხვის შედეგებშიც აისახა.

მართვა კადრები.

ჯანდაცვის სისტემის მკაცრი ცენტრალიზების პირობები, როდესაც სპეციალური ნორმატივების მიხედვით განისაზღვრებოდა საკადრო სტრუქტურა, მუშაობის მოცულობა და სხვა, სერიოზულ მუხრუქს წარმოადგენდა სამედიცინო დარგის განვითარებისათვის. ბიუჯეტურ-მუხლობრივი დაფინანსების მკაცრად რეგლამენტირებული მექანიზმი არ აძლევდა ხელმძღვანელს შესაძლებლობას, რათა ოპტიმალურად, ადგილობრივი შესაძლებლობებისა და მოთხოვნების მიხედვით განეხორციელებინა საორგანიზაციო მუშაობა. ჯანდაცვის ადგილობრივი მმართველობის სისტემა ფაქტობრივად წარმოადგენდა ბიუროკრატიულ დანამატს, რომელიც ზემოდან ნაკარნახევი ინსტრუქციებით ცდილობდა ემართა დაქვემდებარებული სამედიცინო დაწესებულებები. თავის მხრივ, სამედიცინო დაწესებულებები არ წარმოადგენდნენ დამოუკიდებელ სამართალ-სუბიექტებს, ვერ განკარგავდნენ გამოყოფილ თანხებს და მატერიალურ სახსრებს. ზედმიწევნით ვიწრო ფარგლებში მოქმედებდა ეკონომიკური სამსახური, რომლის კომპეტენციაში შედიოდა საშტატო ერთეულებისა და ხელფასების სწორი ტარიფიკაცია, შესაბამისად დებულებების მიხედვით რაიონის მთელი სამედიცინო ქსელის ხარჯთაღრიცხვის შედგენა და ხელფასების დარიცხვა.

მდგრადი, ცენტრალიზებული ეკონომიკის პირობებში ასევე შეზღუდული იყო ბუღალტრის საქმიანობაც, რომელიც შემოიფარგლებოდა აღრიცხვა-ანგარიშგებით, ხელფასების გაცემით, თანხების დარიცხვა მედიკამენტებისა და ინვენტარის შესაძენად, ძირითადად ფონდებისა და მცირეფასიანი საგნების ინვენტარიზაცია; კვარტალური და წლიური ბალანსის წარმოება და სხვა.

ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის პროცესში სამედიცინო დაწესებულებებმა მოკლე დროში მოიპოვეს დამოუკიდებლობა, შეიცვალა მათი დაფინანსების წესი, გაიზარდა მოთხოვნები მუშაობის ხარისხის მიმართ, რამაც აშკარა გავლენა იქონია საკადრო პოლიტიკაზე. იმ პირობებში, როდესაც სამედიცინო დაწესებულება თავად განსაზღვრავს დაგეგმილი საქმიანობის ფორმას და დიაპაზონს, აუცილებელი გახდა ჩატარებულიყო ჯანდაცვის სისტემის დეცენტრალიზაცია, გადაწყვეტილიყო მძლავრი საფინანსო-ეკონომიკური სამსახურების შექმნის საკითხი.

თუ რეფორმამდე მხოლოდ ერთი ეკონომისტი და ბუღალტერი წარმართავდა, მთელი რაიონის სამედიცინო დაწესებულებების საფინანსო-ეკონომიკურ სამსახურს, რეფორმის შედეგად ყოველ სამედიცინო დაწესებულებაში შეიქმნა ამის მწვავე საჭიროება. (იხ. ცხრილი 30).

ცხრილი 30:

სამედიცინო დაწესებულებების ხელმძღვანელი კადრების სტრუქტურის თავისებურებები რეფორმამდე და რეფორმების შემდგომ პერიოდში.

	ეკონომისტი	ბუღალტერი	მენეჯერი	მთ. ექიმის მოადგილე რეფორმების დარგში	პროგრამისტები
1995 წ	8	8	0	0	0
1998 წ	50	54	9	15	3

როგორც ცხრილიდან ჩანს, რეფორმის დაწყების შემდგომ სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსების ახალი მეთოდების დანერგვამ გამოიწვია არა მარტო ეკონომისტებისა და ბუღალტრების ახალი კადრების მოზიდვა, არამედ ისეთი სპეციალისტების მომზადების საჭიროებაც, როგორიცაა მენეჯერი, პროგრამისტი და სხვა.

საგულისხმოა ის ფაქტი, რომ მიუხედავად მწვავე საჭიროებისა, რეგიონის როგორც ეკონომიკური, ასევე სამედიცინო კადრები ნაკლებადაა მზად ახალ სისტემაში მუშაობისათვის. ეს შეეხება როგორც პირადი ინიციატივის გამომჟღავნებას, ასევე ახლის ათვისებას.

ზემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, ამ მიმართულებით ჩატარებულმა საექსპერტო შეფასებამ გამოავლინა ახალი მეთოდების დანერგვასთან დაკავშირებული სერიოზული სიძნელეები.

ახალი საბაზრო ურთიერთობების განვითარების პირობებში პერსონალისათვის აშკარა ხდება დავალებული საქმის ხარისხიანი შესრულების აუცილებლობა. წინა პერიოდისგან განსხვავებით რეალურად იქცა კადრების მსხვილმასშტაბიანი შემცირება რეგიონის სამედიცინო დაწესებულებებში. ამასთან დაკავშირებით

საინტერესოა სამედიცინო პერსონალის აზრი, სამუშაო ადგილის შემცირების შემთხვევაში, შეიცვლის თუ არა იგი პროფესიას. (იხ. ცხრილი 31)

ცხრილი 31:

გამოკითხულთა აზრი პროფესიის შეცვლის შესაძლებლობის შესახებ

შეიცვლიან	%	არ შეიცვლიან	%	მიჭირს პასუხის გაცემა	%
56	18	187	58	77	24

გამოკითხულთა 58 %-ს მაიჩნია, რომ არ შეიცვლიან პროფესიას, 18 % მიუთითა, რომ შეიცვლის, ვინაიდან იძულებულია იმუშაოს, ხოლო 24 %-ს უჭირს პასუხის გაცემა. არსებული მონაცემების განხილვა ასაკობრივ ჯგუფში ცხადყოფს, რომ სამუშაო ადგილის შემცირების შემთხვევაში, პროფესიის შეცვლაზე მეტწილად ორიენტირებულია ახალგაზრდები, მაშინ როდესაც უფროსი თაობა ამჯობინებს საერთოდ არ იმუშაოს.

შეკითხვაზე, სურთ თუ არა რესპოდენტებს დატოვონ სამსახური და იმუშაონ კერძო პრაქტიკის სისტემით, პასუხი განაწილდა შემდეგნაირად (იხ. ცხრილი 32)

ცხრილი 32:

გამოკითხულთა აზრი კერძო პრაქტიკის სისტემით მუშაობის შესაძლებლობის შესახებ.

	კი	%	არა	%	მიჭირს პასუხის გაცემა	%
ექიმი	25	17.6	74	52.0	43	30.2
ექთანი	43	24.0	84	47.0	51	29.0

როგორც ცხრილში მოყვანილი მონაცემებიდან ირკვევა გამოკითხულთა მხოლოდ 17.6 % თვლის, რომ შეძლებს კერძო პრაქტიკის სისტემით მუშაობას, მაშინ როდესაც უმეტესისათვის ეს შესაძლებლობა ნაკლებად მიმზიდველია. ჩვენის აზრით, აღნიშნული საკითხის მიმართ დაბალი მოტივირება განპირობებულია არამარტო პერსონალის დაბალი პროფესიონალიზმით, ნაკლები რწმენით, რომ შესაძლებელი გახდება საჭირო რაოდენობის პაციენტების მოზიდვა, არამედ, რაც

არანაკლებ საგულისხმოა, საბაზრო-ეკონომიკურ პირობებში მოქმედებისათვის მოუმზადებლობით.

ტექნიკური საშუალებები

საინფორმაციო სისტემის ჩამოყალიბება დღესდღეობით ხშირად გაიგივებულია კომპიუტერიზაციასთან. თუ ამ პოზიციიდან ვიმსჯელებთ რეგიონის შესაძლებლობები მეტად შეზღუდულია. ამიტომ შეკითხვაზე, თუ რამდენად ადეკვატურია მართვის ინფორმაციული სისტემის დანერგვა რეგიონში რესპოდენტთა უმეტესობამ იგი როგორც ზედმიწევნით დაბალი შეაფასა. (იხ. ცხრილი 33).

ცხრილი 33:

რეგიონში მართვის ადეკვატური საინფორმაციო სისტემის შეფასების შედეგები.

სისტემა რეგიონში საერთოდ არ მოქმედებს	%	ადეკვატური სისტემა რეგიონში არ მოქმედებს	%	მიჭირს პასუხის გაცემა	%
33	10	250	78	37	12

როგორც ცხრილიდან ჩანს, გამოკითხულთა 78 % მიიჩნევს, რომ რეგიონს არ გააჩნია მართვის ადეკვატური საინფორმაციო სისტემა და უკავშირებს წარმოქმნილ სირთულეებს სამედიცინო დაწესებულებების მძიმე ფინანსურ მდგომარეობას, რომელიც არ იძლევა საშუალებას შეძენილ იქნას კომპიუტერული ტექნიკა. ამასთან მხედველობაში ნაკლებად მიიღება ის ფაქტი, რომ საინფორმაციო საქმიანობის წარმართვა მეტნაკლებად ეფექტურად შესაძლოა ინფორმაციის ელექტრონული მატარებლების მეშვეობითაც.

ჩვენს მიერ შეფასებულ იქნა თუ რომელი მეთოდი უფრო საჭიროებს მართვის კომპიუტერული საინფორმაციო სისტემის ამოქმედებას, დადგინდა რომ ნებისმიერ შემთხვევაში ელექტრონული მატარებლების მეშვეობით შექმნილი საინფორმაციო უზრუნველყოფის სისტემა ეკონომიკურად მეტად გამართლებულია. ამასთან სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტით ანაზღაურების მოდელის ამოქმედება აუცილებლად მოითხოვს კომპიუტერული საინფორმაციო ბანკის შექმნას, რაც აგრეთვე მაღალი ხარჯების გაწევასთან არის დაკავშირებული.

კონტროლი

სამედიცინო დაწესებულებებში დაფინანსების ახალი მეთოდების შემოღება საჭიროებს სათანადო კონტროლის მექანიზმების შემუშავებას. ცხადია, რომ თითოეული მეთოდის გამოყენებისას სხვადასხვა ხარისხის კონტროლის სისტემის დანერგვაა საჭირო.

მაგალითად, 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა ამბულატორიული მკურნალობის ფასის ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით დამოკიდებულია გატარებულ ავადმყოფთა რაოდენობაზე, ვინაიდან ექიმს ცალკე ანაზღაურება ეძლევა პაციენტთა მკურნალობისათვის. ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე, სამედიცინო დაწესებულებები ცდილობენ ჩაუტარონ პაციენტებს სტანდარტით დადგენილი ყველა ღონისძიებები, ვინაიდან გარანტირებულია ყველა ხარჯის ანაზღაურება. ნათელია, რომ ამ მეთოდის გამოყენებაზე კონტროლის დაწესების თავისებურება მდგომარეობს იმაში, რომ არაიშვიათად, ფასის გაზრდის მიზნით, პაციენტს უტარდება ზედმეტი სამედიცინო მანიპულაციები ან გამოკვლევები.

კაპიტაციური ანაზღაურების მეთოდი თავის მხრივ, სხვა სახის ხარისხის კონტროლს საჭიროებს. ყურადსაღებია, რომ ამ შემთხვევაში ყოველ დაზღვეულზე გასაწევი სამედიცინო მეთვალყურეობის ფასი ფიქსირებულია, რის გამოც ხარისხის კონტროლის სისტემა უნდა იყოს აგებული ისეთი წესით, რომ ხერხდებოდეს შესრულებული სამუშაოს გამოვლინება.

ეს მითუმეტეს საჭიროა დღევანდელ პირობებში, როდესაც კაპიტაციის წესით გამოიყოფა დაფინანსება, რომელიც ითვალისწინებს პაციენტებისათვის როგორც სამედიცინო მეთვალყურეობის, ასევე მკურნალობის ჩატარებას. ამ აზრს ეთანხმება სამედიცინო პერსონალის გამოკითხვით მიღებული მონაცემებიც (იხ. ცხრილი 34).

ცხრილი 34:

სამედიცინო პერსონალის გამოკითხვის მონაცემები ხარისხის კონტროლის
სისტემის თავისებურებების შესახებ

რომელი მეთოდი საჭიროებს განსაკუთრებული კონტროლის დაწესებას	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით+კაპიტაციური	%	კაპიტაციური მეთოდი	%	მიჭირს პასუხის გაცემა	%
	257	80	30	9	33	11

როგორც ცხრილიდან ჩანს, გამოკითხულთა 80 % მიიჩნევს, რომ კომბინირებული მეთოდი: შესრულებული სამუშაოს მიხედვით + კაპიტაციური მეთოდი მოითხოვს უფრო მაღალი ხარისხის კონტროლს, ვიდრე მხოლოდ კაპიტაციური მეთოდი.

ჩატარებული კვლევა ცხადყოფს, რომ სამედიცინო პერსონალი კარგად გაერკვა წარმოქმნილ სიტუაციაში. ასე მაგალითად, შეკითხვაზე თუ ანაზღაურების რომელი მეთოდის გამოყენების დროს ექიმი უფრო დაინტერესებულია დაამძიმოს პაციენტის დიაგნოზი უმეტესობამ სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტები დაასახელა (იხ. ცხრილი 35).

ცხრილი 35:

სტაციონარის ექიმთა გამოკითხვის შედეგები პაციენტისათვის დიაგნოზის
დასმის პროცესზე ანაზღაურების მეთოდის გამოვლენის შესახებ.

რა შემთხვევაშია უფრო დაინტერესებული ექიმი დაამძიმოს პაციენტის დიაგნოზი	საწოლ- დღის მიხედვით	%	სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტები	%	მიჭირს პასუხის გაცემა	%
	15	5	205	64	100	31

როგორც ცხრილიდან ჩანს, გამოკითხულთა 64 % გააჩნია პირდაპირი დაინტერესება დაამძიმოს პაციენტისათვის დასმული დიაგნოზი, თუ მათი შრომის ანაზღაურება წარმოებს სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტების მეთოდის გამოყენებით. საწოლ-დღით ანაზღაურების შემთხვევაში, ასეთი დაინტერესება გაცილებით დაბალია, ვინაიდან კალკულაციაში არ არის გათვალისწინებული დაავადების სირთულე.

ამასთან დაკავშირებით განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს იმის დადგენა, თუ როგორ რეაგირებს სამედიცინო დაწესებულება სტანდარტის შესრულებაზე. რეგიონის პოლიკლინიკებში ჩვენს მიერ ჩატარებული გამოკითხვის დროს მივიღეთ შემდეგი შედეგები. (იხ. ცხრილი 36).

ცხრილი 36:

პოლიკლინიკაში მომუშავე პერსონალის გამოკითხვის შედეგები პაციენტების მკურნალობაზე ანაზღაურების მეთოდების გავლენის შესახებ.

საწოლ-დღის მიხედვით	%	სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტების მიხედვით	%	მიჭირს პასუხის გაცემა	%	სულ
30	9	254	79	36	12	100.0

როგორც ცხრილიდან ჩანს, გამოკითხულთა 79 % მიიჩნევს, რომ სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტების მიხედვით ანაზღაურება ხელს უწყობს მათ დაინტერესებას მაქსიმალურად ჩაუტარონ პაციენტს სტანდარტით დადგენილი სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებები. ამასთან დაწესებულებებისათვის არაა ხელსაყრელი ხარჯების შემცირება, რაც საბოლოო ჯამში ზრდის ბიუჯეტს.

საგულისხმოა, რომ საწოლ-დღეებით ანაზღაურების შემთხვევაშიც საავადმყოფოებს აქვთ შესაძლებლობა გაზარდონ მკურნალობის ფასი საწოლ-დღეების რაოდენობის ხელოვნური ზრდის ხარჯზე, რაც, თავისი მხრივ, მოითხოვს სამედიცინო დაწესებულებაზე კონტროლის გაძლიერებას. რეგიონის სამედიცინო დაწესებულებებში კონტროლის სისტემის გაძლიერების შდგად მოკლე დროში მოხერხდა საკმარისად დიდი თანხების ეკონომია (იხ. ცხრილი 37)

ცხრილი 37:

ბავშვთა გადარჩენის პროგრამით მოთხოვნილი და კორექტულად ჩათვლილი თანხების შედარება (სამეგრელოს რეგიონში)

წელი	მოთხოვნილი თანხა	კორექტულად ჩათვლილი თანხა	% მოთხოვნილ თანხასთან შედარებით
1997 წ	583 991	524 706	89.8 %
1998 წ	729 067	701 138	96.2 %

როგორც ცხრილიდან ჩანს, 1997 წელს სამეგრელოს რეგიონში მხოლოდ ბავშვთა გადარჩენის პროგრამის მიხედვით მოთხოვნილი სახსრების ეკონომიამ შეადგინა 59285 ლარი, მაშინ როდესაც 1998 წელს დაუსაბუთებელი მოთხოვნების შემცირების ფონზე ბიუჯეტს მაინც დაუბრუნდა 28 000 ლარი, რაც კონტროლის სისტემის საკმარისად მაღალ ეფექტურობაზე მოწმობს.

დანერგვის სიმარტივე

საექსპერტო შეფასებით სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტების მეთოდის დანერგვა საკმაოდ რთულია, ამას ადასტურებს ჩვენს მიერ ჩატარებული გამოკითხვის მასალებიც (იხ. ცხრილი 38).

ცხრილი 38:

სტაციონარში მომუშავე პერსონალის გამოკითხვის შედეგები ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდების დანერგვის შესახებ.

ანაზღაურების რომელი მეთოდიც უფრო ადვილი დასანერგად სტაციონარის პირობებში?	საწოლ-დღის მიხედვით	%	სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტები	%	მიჭირს პასუხის გაცემა	%
	268	84	13	6	39	14

გამოკითხულთა 84 % მიიჩნევს, რომ საწოლ/დღით ანაზღაურების მეთოდი უფრო ადვილია დასანერგად, ვიდრე სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტების მეთოდი. პოლიკლინიკაში მომუშავე პერსონალის 81 %-ის აზრით სულადობრივი მეთოდი დასანერგად უფრო ადვილია, ვიდრე შესრულებული სამუშაოსა და სულადობრივი მეთოდით ანაზღაურების კომბინირება.

ანაზღაურების მეთოდის დანერგვისათვის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სამედიცინო პერსონალის ინფორმირების დონეს. ჩვენს მიერ ჩატარებული გამოკითხვის შედეგად მივიღეთ შემდეგი მონაცემები (იხ. ცხრილი 39).

ცხრილი 39:

გამოკითხულთა ინფორმირების დონე ანაზღაურების მეთოდების შესახებ.

აქვთ საკმარისი ინფორმაცია	%	არ აქვთ საკმარისი ინფორმაცია	%	მიჭირს პასუხის გაცემა	%
35	10	205	64	80	26

როგორც ცხრილიდან ჩანს, გამოკითხულთა 64% თვლის, რომ არ არის საკმარისად ინფორმირებული ანაზღაურების მოქმედი მეთოდების შესახებ, რაც ჩვენის აზრით მოითხოვს ადგილებზე სერიოზული სასწავლო-მეთოდური მუშაობის ჩატარებას.

ეკონომიკური მახასიათებლები. ეფექტურობა. სამედიცინო დახმარების ერთეულზე დახარჯული თანხის ოდენობა

ექსპერტთა დასკვნით სამედიცინო დახმარების ერთეულის შესრულებაზე რეალურად დახარჯულ თანხებს ყველაზე ადექვატურად ასახავს სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტები. ვინაიდან მოთხოვნილი თანხის განსაზღვრა ხდება სტანდარტით დადგენილი ტარიფის ფარგლებში, მის ზემოთ მოთხოვნილი თანხის ანაზღაურება არ ხდება. არსებული მეთოდი საშუალებას იძლევა უზრუნველყოფილ იქნას სამედიცინო ეფექტურობის ზრდაც.

ამ დასკვნას ადასტურებს მონაცემები, რომელნიც შეეხება ბავშვთა გადარჩენის პროგრამით ანაზღაურებული ერთი შემთხვევის საშუალო ფასის შედარებას მის სტანდარტულ ღირებულებასთან. (იხ. ცხრილი 40).

ცხრილი 40:

1997 და 1998 წლებში ბავშვთა გადარჩენის პროგრამით ერთი შემთხვევის საშუალო ფასის შედარება სამუშაო სტანდარტულ ღირებულებასთან (სტაციონარის მაგალითზე).

გაწეული მუშაობის ღირებულების ანაზღაურების სახე	მოთხოვნილი თანხა	შემთხვევების საშუალო ფასი	საშუალო სტანდარტული ღირებულება	%	კორექტულად ჩათვლილი თანხა	ერთი შემთხვევის საშუალო ფასი	%
საწოლ/დღის მიხედვით	394543	151.7	152.5	99.4	340124	130.8	85.8
სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტების მიხედვით	475421	109.3	202.7	53.7	449738	103.4	50.7

როგორც ცხრილიდან ჩანს საწოლ-დღის ღირებულების ანაზღაურების შემთხვევაში ერთი შემთხვევის საშუალო ფასსა და საშუალო სტანდარტული ღირებულებას შორის აღინიშნება საკმარისად მცირე განსხვავება (99.4 %), მაშინ როდესაც კონტროლის ჩატარების შემდეგ 85.8%.

სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტებით ანაზღაურების მეთოდის შემოღების შემდგომ საშუალო ფასსა და საშუალო სტანდარტულ ღირებულებას შორის არსებული განსხვავება მკვეთრად გაიზარდა. (57.3 % კონტროლამდე და 50.7 % კონტროლის ჩატარების შემდგომ).

არსებული პრობლემის სერიოზულობაზე მიუთითებს ჩვენს მიერ ჩატარებული სამედიცინო პერსონალის გამოკითხვაც. ის რომ, გამოკითხულთა 58 %-ის აზრით სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი უფრო ნათლად ასახავს სამედიცინო დახმარებაზე რეალურად დახარჯულ თანხებს, იძლევა საფუძველს დავასკვნათ, რომ პერსონალი აშკარადაა დაინტერესებული ისეთი სიტუაციის შენარჩუნებაში, როდესაც იღებს ზედმეტ გასამრჯელოს შეუსრულებელი, დაუსაბუთებელი სამუშაოებისათვის.

ჩვენი გაანგარიშებით, ისევე როგორც სტაციონარში სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტით ანაზღაურების მოდელის გამოყენებისას, კაპიტაციური ანაზღაურების მეთოდი პოლიკლინიკაში ვერ უზრუნველყოფს სამედიცინო დახმარების ერთეულზე რეალურად დახარჯული თანხის ოდენობას. მიღებული შედეგების გათვალისწინება განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იღებს არსებულ სიტუაციაში, როდესაც კაპიტაციური ანაზღაურების მოდელის ფარგლებში დაწესებულებას უნაზღაურდება ყოველ დაზღვეულ ბავშვზე 4.33 ლარის ნაცვლად 2.36 ლარი.

ადმინისტრაციული (მართვის) დანახარჯები

აშკარაა, რომ დაფინანსების ყოველი ახალი მეთოდის დანერგვის პროცესი მოითხოვს ახალი მმართველობითი გადაწყვეტილების ცხოვრებაში გატარებას, ზოგჯერ მართვის სტრუქტურის შეცვლას, რაც თავის მხრივ საჭიროებს გარკვეული ხარჯების გაღებას. ჩატარებული კვლევა ცადყოფს, რომ სამედიცინო ეკონომიკური

სტანდარტებით ანაზღაურების მეთოდის დანერგვა ამ მხრივ მოითხოვს აუცილებელ წინასწარ კაპიტალდაზანდებებს. ეს თავის მხრივ იწვევს ადმინისტრაციული ხარჯების ზრდას და ძვირადღირებული მონიტორინგის განხორციელებას.

სამედიცინო დაწესებულებები იძულებული არიან შექმნან მართვის ისეთი ახალი რგოლები, როგორიცაა: საინფორმაციო ბანკი, დაწესებულებების შიდა მონიტორინგის საბჭოები, რომლებიც ექიმების მიერ წარმოდგენილ მონაცემებს შეამოწმებენ. ამ სამუშაოს გატარება თავის მხრივ მოითხოვს ახალი საადრიცხო ფორმების შევსებას.

დანერგვის პირველ ეტაპზე შეიქმნა კიდევ ერთი სიძნელე. ეკონომისტები ვერ ახერხებდნენ დაგროვილი ინფორმაციის დამუშავებას. რის გამოც გვიანდებოდა სათანადო ანაზღაურების მიღება, სერიოზულ სიძნელეს წარმოადგენს იმის გაანგარიშებაც, თუ რა თანხა უნდა დააკლდეს სტანდარტით დადგენილ ტარიფს ცალკეული მანიპულაციის ჩატარებლობის შემთხვევაში. ვინაიდან ეს პროცესი გარკვეულ სიძნელეს წარმოადგენდა, კალკულაციის გასაადვილებლად ჩვენს მიერ შემოთავაზებულ იქნა სპეციალური ფორმა - „ავადმყოფის ისტორიის დასკვნითი ფურცელი“. ფორმაში მოცემულია ისტორიის ნომერი, დიაგნოზი, კოდი, ავადმყოფის პოლისის ნომერი, გატარებულ საწოლ-დღეთა რაოდენობა, მკურნალობის გამოსავალი, სტანდარტის განსაზღვრული მედიკამენტები (მათი დოზირება, ერთეული, რაოდენობა, ფასი), ფაქტიურად დახარჯული ან შემცვლელი მედიკამენტის დასახელება. მითითებულია მედიკამენტის შეძენის წყარო (საავადმყოფოს მიერ შეძენილი, ჰუმანიტარული დახმარებით მიღებული, ავადმყოფის მიერ შეძენილი), სტანდარტით განსაზღვრული გამოკვლევები, მათი რაოდენობა, ფასი, ფაქტიურად ჩატარებული გამოკვლევის დასახელება, რის საფუძველზე გაითვლება მკურნალობის საერთო ღირებულება.

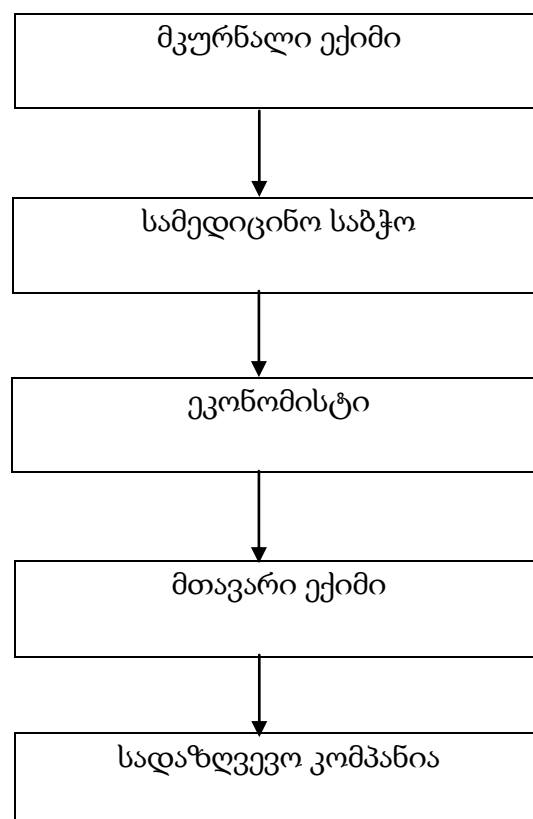
ამკარაა, რომ მკურნალობის საბოლოო ღირებულების დადგენის პროცესის მართვა სამედიცინო დაწესებულებისათვის გარკვეულ სირთულეს წარმოადგენს. საქმის გასაადვილებლად დაწესებულებებში დაინერგა სპეციალური კომპიუტერული პროგრამა, რომლის მეშვეობით ხდება მოსათხოვნი თანხის

განგარიშება. აღსანიშნავია ის გარემოებაც, რომ არანაკლებ შრომატევადია ხელფასის გამოწერა შესრულებული სამუშაოს მიხედვით. ამ პროცესის უკეთ ოპტიმიზაციის მიზნით რეგიონის რიგ სამედიცინო დაწესებულებაში ჩამოყალიბდა სპეციალური საბჭოები, რომელთა კომპეტენციაში შედის:

- 1) პაციენტზე გაწეული სამედიცინო დახმარების ხარისხის დადგენა;
- 2) დადგენილი დიაგნოზის შესაბამისობაში მოყვანა სახელმწიფო სტანდარტით განსაზღვრულ კოდთან;
- 3) ჩატარებული გამოკვლევების და პაციენტის საწოლზე დაყოვნების დროის მკურნალობის სტანდარტში მოყვანილ სქემასთან შესაბამისობის შემოწმება;
- 4) იმის შემოწმება, თუ რამდენად შეესაბამება სტანდარტით განსაზღვრულ სქემას კონკრეტული პაციენტის მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის პროცესი;
- 5) კონკრეტული პაციენტის სტაციონარში დაყოვნების ღირებულების დადგენა.

ნახატი 5

სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტის მიხედვით სტაციონარში პაციენტთა მკურნალობის ღირებულების დადგენის ეტაპები.



როგორც ვხედავთ მთელი ეს პროცესი გარკვეულ სირთულეს წარმოადგენს და მის სამართავად მნიშვნელოვანი ადამიანური და ფინანსური რესურსების ხარჯვა ესაჭიროება. ეს აზრი გამოთქმულია, როგორც ექსპერტთა, ასევე სტაციონარში მომუშავე პერსონალის მიერ, რომელიც უშუალოდაა ჩართული სამკურნალო პროცესში. გამოკითხულთა 71% მიიჩნევს, რომ სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტებით ანაზღაურების მეთოდი სამართავად უფრო მეტ ხარჯებს მოითხოვს, ვიდრე საწოლ/დღის ანაზღაურების მეთოდის გამოყენების შემთხვევაში.

ანალოგიური სიტუაცია შეიქმნა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებებშიც, სადაც ანაზღაურება ხდება შერეული წესით შესრულებული სამუშაოს და კაპიტაციის მიხედვით. გამოკითხულთა 87 % მიიჩნევს, რომ ამ წესით ანაზღაურება სამართავად უფრო მეტ ხარჯებს მოითხოვს, ვიდრე კაპიტაციური.

გადახდის საშუალო საფონდები

სამედიცინო დაწესებულებებისათვის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მათ მიერ ჩატარებული სამედიცინო დახმარების ღირებულების ანაზღაურების ვადების დაცვას. ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევიდან დადგინდა, რომ რაც უფრო რთულია ანაზღაურების მეთოდი, მით უფრო გახანგრძლივებულია გადახდის საშუალო დაყოვნება, რაც გამოხატულად ამძიმებს სამედიცინო დაწესებულების საფინანსო მდგომარეობას.

რეგიონის სტაციონარების პერსონალმა საკუთარ მაგალითზე განიცადა, თუ რამდენად მჭიდროდაა დაკავშირებული მისი ეკონომიკური მდგომარეობა სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტის მიხედვით მკურნალობის ღირებულების დადგენასთან. ამიტომ უმეტესობამ გადაჭრით მიუთითა იმაზე, რომ უპირატესობას ანიჭებს საწოლ/დღეთა მიხედვით ანაზღაურების მეთოდს. (იხ. ცხრილი 41).

ცხრილი 41:

სტაციონარში მომუშავე სამედიცინო პერსონალის გამოკითხვის შედეგები.

რომელი მეთოდის გამოყენებისას უფრო გახანგრძლივებულია მკურნალობის ღირებულების ანაზღაურება	საწოლ-დღის მიხედვით	%	სამედიცინო-ეკონომიური სტანდარტის მიხედვით	%	მიჭირს პასუხის გაცემა	%
	27	9.0	268	84.0	25	7.0

გამოკითხული სამედიცინო პერსონალის 84 %-ს მიაჩნია, რომ სამედიცინო - ეკონომიური სტანდარტის მიხედვით ანაზღაურება ზედმიწევნით გახანგრძლივებულია, რაც განპირობებულია, როგორც სტაციონარის ეკონომიკური სამსახურის მოუქნელობით, ასევე მრავალეტაპიანი კონტროლის სისტემის არსებობით.

პოლიკლინიკურ სისტემაში მომუშავე სამედიცინო პერსონალი (გამოკითხულთა 73 %), თავის მხრივ, თვლის, რომ ზემოთ ნახსენები ორი მეთოდიდან გადახდა უპირატესად ყოვნდება შერეული სისტემის მოქმედებისას (შესრულებული სამუშაოს და კაპიტაციური მეთოდის მიხედვით). სხვა სიმძნელებთან ერთად საქმე რთულდება სტანდარტით განმსაზღვრული ტარიფიდან იმ პროცედურების ფასის გამოკლების აუცილებლობის გამო, რომელნიც არ ჩატარებულა

განფასების ადეკვატურობა

სამედიცინო დახმარების ღირებულების განფასებას აწარმოებს გადამხდელი, სამედიცინო დაწესებულება, ან ორივე ერთად, წინასწარი შეთანხმების საფუძველზე.

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევა ადასტურებს იმ აზრს, რომ თუ განფასებას აწარმოებს სამედიცინო დაწესებულება, მაშინ ფასები უფრო მოქნილია. ამ პროცესის ცენტრალიზების შემთხვევაში, როდესაც მას მხოლოდ გადამხდელი აწარმოებს, გათვლების ადეკვატურობა გაცილებით ნაკლებია. ნათელია, რომ განფასების სისტემის მოუქნელობამ და არაადეკვატურობამ შეიძლება ცუდად იმოქმედოს სამედიცინო დახმარების პროცესზე.

ბავშვთა გარჩენის პროგრამით ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსება ხორციელდება კაპიტაციური მეთოდის მარტივი სისტემის გამოყენებით. ქვეყნის ყველა სამედიცინო დაწესებულებებისათვის ერთ დაზღვეულის სამედიცინო მეთვალყურეობისათვის ერთნაირი თანხაა განსაზღვრული. ამკარაა, რომ პერსონალის შრომის ანაზღაურებაც ერთნაირია. განფასების ეს წესი არაადექვატურია, ვინაიდან არ არის გათვალისწინებული ქვეყნის გეოგრაფიული თავისებურებები, მოსახლეობის განსახლება, მისი სოციალური მდგომარეობა და ა.შ.

მაგალითად, სამეგრელოს რეგიონის ტერიტორიის მნიშვნელოვანი ნაწილი მაღალმთიანია, დასახლებული პუნქტები კი საკმაოდ მოშორებულია ერთმანეთისაგან, რის გამო პერსონალი ვერ ახერხებს ბავშვების აღრიცხვაზე დროულად აყვანას და მათზე სრულფასოვანი მეთვალყურეობის დაწესებას. ასევე, ვერ ხერხდება დამატებითი თანხების გამოყოფა პერსონალის წახალისების მიზნით. არსებული ორგანიზაციული მოუქნელობა სერიოზულად აუარესებს საერთო მდგომარეობას (იხ.ცხრილი 42).

ცხრილი 42:

აღრიცხვაზე დაგვიანებით აყვანილ ბავშვთა ხვედრითი წილი სამეგრელოს რეგიონის მაღალმთიან სოფლებში.

აღრიცხვაზე აყვანილ ბავშვთა საერთო რიცხვი	დაგვიანებით აღრიცხვაზე აყვანილ ბავშვთა საერთო რიცხვი	მაღალმთიან სოფლებში დაგვიანებით აღრიცხვაზე აყვანილ ბავშვთა საერთო რიცხვი	მაღალმთიან სოფლებში აღრიცხვაზე დაგვიანებით აყვანილთა ხვედრითი წილი
9279	977	685	7.3 %

როგორც ცხრილიდან ჩანს, რეგიონის სამედიცინო დაწესებულებებში დაგვიანებით აყვანილი 997 ბავშვიდან უმეტესობა მაღალმთიანი სოფლებიდანაა (აღრიცხვაზე დაგვიანებით აყვანილ ბავშვთა 70 %). ბავშვთა კონტიგენტის ესოდენ დიდი ნაწილის სამედიცინო დაკვირვების გარეშე დარჩენა მნიშვნელოვნად მოქმედებს მათ ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.

ამასთან კვლევით დადგენილია, რომ მაღალმთიანი სოფლებიდან სტაციონარში მოხვედრილი ბავშვების უმეტესობაზე არ არის გაცემული სადაზღვევო პოლისი, რაც დამატებით პრობლემას უქმნის როგორც მშობლებს, ასევე სამედიცინო პერსონალს (იხ. ცხრილი 43).

ცხრილი 43:

მაღალმთიანი სოფლებიდან სტაციონარში მოთავსებულ ბავშვთა უზრუნველყოფა სადაზღვევო პოლისებით

	საერთო	მაღალმთიანი სოფლებიდან	%
სტაციონარში მოთავსებული უპოლისო ბავშვთა რიცხვი	381	305	80 %

როგორც ცხრილიდან ჩანს, უპოლისო ბავშვთა რაოდენობის 80 %-ს შეადგენენ მაღალმთიანი სოფლების მაცხოვრებლები. ამასთან დაკავშირებით, არანაკლებ საყურადღებოა ის გარემოებაც, რომ სამეგრელოს რეგიონში, სადაც კონცენტრირებულია აფხაზეთიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა საკმაოდ დიდი რაოდენობა, არადაამკმაყოფილებელი სოციალური ფონი ხელს უწყობს ბავშვთა ამ კონტიგენტის უფრო მაღალ ავადობას, რეგიონის მკვიდრ მოსახლეობასთან შედარებით.

ყოველივე ზემოთაღნიშნულიდან გამომდინარე, რეგიონში მიზანშეწონილია კაპიტაციური მეთოდის რთული სისტემის შემოღება, რაც საშუალებას იძლევა სამუშაოს ანაზღაურების პროცესში გათვალისწინებულ იქნას როგორც სოციალურ ეკონომიკური და გეოგრაფიული, ასევე სხვა მონაცემებიც. შესაბამისად, სამედიცინო პერსონალის, ანაზღაურებაც უნდა განისაზღვროს ამ ფაქტორების გათვალისწინებით.

კაპიტაციური მეთოდის დანერგვა გარკვეულ რისკთანაა დაკავშირებული. ერთი მხრივ, ექიმთან რეგისტრირებულ პაციენტს შეიძლება საერთოდ არ დასჭირდეს სამედიცინო დახმარება (რის გამო კაპიტაციის წესით გამოყოფილი თანხები გასაგები მიზეზების გამო არაადექვატურად იხარჯება). მეორე მხრივ, ქრონიკულ ავადმყოფებზე გაწეულმა ხარჯებმა შესაძლოა გაცილებით გადააჭარბოს დაწესებულ

თანხებს (მაგ. გარკვეულ ფინანსურ რისკთანაა დაკავშირებული ეპიდემიების შედეგების ლიკვიდაცია).

კონცეპტუალური ადექვატურობა. რესურსების დაზოგვა

დაფინანსების ახალი მეთოდის დანერგვის ერთერთი ძირითადი პირობაა რესურსების დაზოგვის შესაძლებლობა. უნდა აღინიშნოს, რომ გატარებული რეფორმის შედეგად მიუხედავად მრავალი სიმნელეებისა, მოხერხდა სამედიცინო დახმარების ეკონომიკური ეფექტურობის საკმარისი ზრდა. მაგალითად, რეგიონის სტაციონარებში საგრძნობლად შემცირდა პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში დაყოვნების ხანგრძლივობა და მის მკურნალობაზე გაწეული დანახარჯები.

ამ კუთხით, კვლევის პროცესში გაანალიზებულ იქნა ბავშვთა გადარჩენის პროგრამის მიხედვით დაფინანსებული 16 ნოზოლოგიური ფორმის მკურნალობის ფასის მერყეობის მიზეზები. დადგენილ ფასთან ყველაზე ახლოს აღმოჩნდა ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციები. აღნიშნული დაავადებების ჯგუფის მკურნალობის ღირებულებამ შეადგინა სტანდარტით განსაზღვრული ფასის 96 %. ამასთან, მწვავე ბრონქიტის მკურნალობის ღირებულება მკვეთრად განსხვავდება სტანდარტით განსაზღვრული ფასისაგან (იხ. ცხრილი 44).

ცხრილი 44:

1998 წლის ზავშვთა გადარჩენის პროგრამით დაფინანსებული სამკურნალო
ლონისძიებების ფასები.

კოდი	ნოზოლოგიური ჯგუფი	შემთხვევა	საშუალო ფასი	სტანდარტით განსაზღვრული ფასი	დადგენილი და მოთხოვნილ ფასთა სხვაობა
4877	ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციები	837	101.15	105.04	96 %
4876	მწვავე ბრონქიტი	401	115.48	123.37	93.4 %
2727	ნაწლავთა ბაქტერიული ინფექციები	250	114.47	146.63	77.6 %
792	ბაქტერიული პნევმონია	224	129.82	146.38	89 %
2742	დიარე და გასტროენტერიტი	129	122.9	217.41	56.2 %
789	საშარდე გზების ინფექცია	120	154.8	180.17	86 %
432	რკინადეფიციტური ანემია	97	128.8	165.39	78.2 %
9511	სუნთქვის მწვავე უკმარისობა	72	218.5	423.11	51.5 %
ჯამი		2130	1507.5	1507.5	72 %

თავისთავად, სამედიცინო-ეკონომიკური სტანდარტების გამოყენების პირობებში არსებული პრობლემა შესაძლოა გახდეს როგორც თანხების დაზოგვის ერთერთი გზა, ასევე სავარაუდო დაუსაბუთებელი მომსახურების გაწევის საფუძველი. საწოლ-დღეებით ანაზღაურების მეთოდის გამოყენებისას მკურნალობის ხანგრძლივობის შემცირებით შესაძლოა მიღწეულ იქნას იმ რესურსების გაცილებით უფრო რეალური დაზოგვა, რომლებიც განკუთვნილია პაციენტის მკურნალობისათვის. ამასთან, არანაკლებ მნიშვნელოვან პირობას წარმოადგენს სათანადო კონტროლის სისტემის ამოქმედება.

ცხრილი 45:

სტაციონარულ დაწესებულებათა მიერ მოთხოვნილი თანხების განსხვავება
სტანდარტით დადგენილ ფასებთან შედარებით.

ნოზოლოგიური ჯგუფები	შემთხვევათა რიცხვი	მოთხოვნილი თანხა	სტანდარტით განსაზღვრული თანხა	სტანდარტით განსაზღვრული ფასი	საშ. ფასი	ფასის განსხვავება
ალერგოლოგიური დაავადებები	42	3150	3150	75	75	100 %
დერმატო-ვენეროლოგიური დაავადებები	15	1350	1350	90	90	100 %
ინფექციური დაავადებები	852	119050	119280	140	139.73	99.8 %
ნეფროლოგიური დაავადებები	96	17280	17280	180	180	100 %
ორთოპედიული პათოლოგია და ტრავმატოლოგიური დაავადებები	1	160	160	160	160	100 %
ფილტვის დაავადებები	1212	180070	181800	150	148.6	99 %
ფოქსიკოლოგია	1	144	45	45	45	100 %
უროლოგია	1	280	280	280	40	14 %
ფსიქონერვოლოგიური დაავადებები	73	16352	16352	224	224	100 %
ქირურგიული დაავადებები	15	4200	4200	280	280	100 %
სისხლის დაავადებები	40	9732	10200	255	243.3	95.4 %
ნენონატოლოგიური დაავადებები	197	35175	35460	180	178.55	99.2 %
ყბა-სახის ქირურგია	1	280	280	100	280	100 %
კრიტიკული მდგომარეობები	47	6900	7050	150	146.81	97.9%
ჯამი	2593	394123	396887	2309	2230.9	

როგორც ცხრილიდან ჩანს, მოთხოვნილი და სტანდარტით განსაზღვრული თანხების სხვაობა გატარებული საწოლ/დღეების ღირებულების ანაზღაურების შემთხვევაში გაცილებით დაბალია და მერყეობს სხვადასხვა ნოზოლოგიურ ჯგუფებში 95,4 – 99,8 %-ის ფარგლებში. ეს გარემოება გარკვეულ წინაპირობას წარმოადგენს შედარებით იოლად განსახორციელებელი საკონტროლო ღონისძიებების ჩატარების თვალსაზრისით, ვინაიდან ძირითადი ყურადღება უნდა დაეთმოს პაციენტის საწოლზე დასაბუთებული დაყოვნების ფაქტების გამოვლინებას. ამ მხრივ ერთერთ წინადადებულ ნაბიჯს წარმოადგენს ახალი წესის შემოღება, რომლის მიხედვით პაციენტის საწოლზე დამატებით გატარებული დღეების საფასური დაწესებულებას სადაზღვევო ფონდიდან არ აუნაზღაურდება.

მნიშვნელოვანია ის გარემოებაც, რომ 1997-1998 წლებიდან სამედიცინო დაწესებულებებს განესაზღვრება ლიმიტები, რომლის ზემოთ მოთხოვნილი თანხები არ აუნაზღაურდებათ. ამ ღონისძიებების გატარებით, მოკლე დროში მოხერხდა საკმარისად დიდი საფინანსო რესურსების დაზოგვა, როგორც საწოლზე პაციენტთა დაყოვნების ვადის შემცირებით, ასევე გაწეული სამუშაოს ხარჯთაღრიცხვის შედგენაზე დაწესებულებისშიდა კონტროლის გაძლიერებით. ამას ადასტურებს იმ მონაცემთა ანალიზიც, რომელიც შეეხება რეგიონში განლაგებული სტაციონარების მუშაობას (იხ. ცხრილი 46)

ცხრილი 46:

ბავშვთა გადარჩენის სახელმწიფო პროგრამით სტაციონარების დაფინანსების ლიმიტი, მოთხოვნილი და დაზოგილი თანხები

სამედიცინო დაწესებულება	წლის ლიმიტი	მოთხოვნილია	დაზოგილი თანხა	% -ლიმიტით განსაზღვრული თანხისაგან
ზუგდიდის ცენტრალური საავადმყოფო	62065	56343	- 5722	90.8
ზუგდიდის საავადმყოფო რესპუბლიკა	38392	49518	+ 11126	129.0
აბაშის რ/ც საავადმყოფო	46210	40634	- 5576	87.9
მარტვილის რაიონული საავადმყოფო	5950	43375	- 16132	72.9
სენაკის ბავშვთა საავადმყოფო	65319	54986	- 10333	84.2
ჩხოროწყის რაიონული საავადმყოფო	44739	34953	- 9786	78.1
წალენჯიხის რაიონული საავადმყოფო	15633	13374	- 2259	85.5
ხობის რაიონული საავადმყოფო	15109	11268	- 3841	74.6
სენაკის რაიონული საავადმყოფო	19600	16240	- 3360	82.9
ჯვარის საავადმყოფო	19294	19442	+ 148	100.8
მესტიის რაიონული საავადმყოფო	2848	5595	+ 2747	196.5
ფოთის ბავშვთა საავადმყოფო	45680	48535	+ 2859	106.3
რეგიონი	434396	394263	- 40133	90.8

რეგიონის ამბულატორული ტიპის დაწესებულებების მიერ 1997/98 წლებში გაწეული სამედიცინო დახმარების მოცულობის შესწავლა ცხადყოფს, რომ სტაციონარების მსგავსად აქაც პაციენტებს ჩაუტარდათ ნაკლები სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო ღონისძიებები, ვიდრე სახელმწიფო სამედიცინო სტანდარტებით იყო

გათვალისწინებული. ამის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს ის ფაქტი, რომ სახელმწიფო სტანდარტებით გათვალისწინებული სამუშაოს მოცულობის შესრულების შემთხვევაში ამბულატორიების ხარჯი 1.5-2-ჯერ გაიზრდებოდა, რაც აშკარად არ შედიოდა მათ ინტერესებში.

მოსახლეობის დაკმაყოფილების დონის შესწავლის შედეგები

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ახალი მეთოდების დანერგვის პროცესი, თანაგადახდის პრინციპის შემოღება, გარკვეულად მოქმედებს როგორც სამედიცინო დახმარების თანასწორობის და ხელმისაწვდომობის პრინციპის დაცვაზე, ასევე მოსახლეობის კმაყოფილების დონეზე. რეგიონის მოსახლეობის გაწეული სამედიცინო მომსახურების კმაყოფილების შესწავლისას დადგინდა, რომ რესპოდენტთა უმეტესობის საშუალო თვიური შემოსავალი გაცილებით დაბალია, ვიდრე ქვეყანაში დადგენილი სიღარიბის ზღვარი (იხ. ცხრილი 47).

ცხრილი 47:

რესპოდენტთა საშუალო თვიური შემოსავალი (ლარებში)

10	10-20	20-40	40-50	50-80	არ გასცეს პასუხი	სულ გასცა პასუხი
32	253	69	5	2	139	500
6.4 %	50.6 %	13.8 %	1 %	0.4 %	27.8 %	100 %

გამოკითხვამ ცადაც, რომ რესპოდენტთა 57,0%-ის საშუალო თვიური შემოსავალი 20 ლარამდეა, 13,8% - 20-დან 40 ლარამდე, მაშინ, როდესაც 27,8%-მა თავი აარიდა პასუხს. ოჯახის წევრთა თანადგომა გარკვეულწილად უწყობს ხელს რესპოდენტებს ნაწილობრივ მაინც გადაწყვიტონ თავის პრობლემები (იხ. ცხრილი 48).

ცხრილი 48:

რესპოდენტთა ოჯახის წევრთა ძირითადი შემოსავალი

საკუთარი ხელასი	მეუღლე	შვილები	დამხმარე მეურნეობა	სულ
64	337	23	76	500
12.8 %	67.4 %	4.6 %	15.2 %	100 %

გამოკითხულთა 67.4 % იმყოფება დასაქმებული მეუღლის კმაყოფაზე, გარკვეულ შემოსავალს იძლევა დამხმარე მეურნეობა (15.2 %), შვილების კმაყოფაზე იმყოფება რესპოდენტთა - 4.6 %. 12,6 % - აქვს საკუთარი ხელფასი. გამოკითხულთა 97.4 % თვლის, რომ მათი შემოსავალი ოჯახისათვის არ არის საკმარისი. ამასთან, რესპოდენტთა დიდი ნაწილისათვის მრავალშვილიანია, რაც უფრო ამძიმებს მათ სოციალურ მდგომარეობას (იხ. ცხრილი 49).

ცხრილი 49:

გამოკითხულთა კონტიგენტის შვილიანობა

ერთი	ორი	სამი	4 და მეტი	სულ გასცა პასუხი
6	360	130	4	500
1.2 %	72 %	26 %	0.8 %	100 %

მოყვანილი მონაცემები ასახავს რეგიონში არსებულ ზოგად სიტუაციას, როდესაც ბავშვებში დაბალია სათანადო სამედიცინო უზრუნველყოფის დონე. ამას ადასტურებს ის ფაქტიც, რომ სოციალური პირობების გაუარესებით (პირველ რიგში არასაკმარისი კვებით) განპირობებული ბავშვთა კონტიგენტის ავადობის მაჩვენებლები განსაკუთრებით გაიზარდა უკანასკნელ წლებში. ზოგადი სტატისტიკური მონაცემების სისწორეს ადასტურებს ჩატარებული გამოკითხვის მასალებიც. 75 % აღნიშნავს რომ წინა წლებთან შედარებით მათი ბავშვები უფრო ხშირად ავადმყოფობდნენ წლის განმავლობაში (იხ.ცხრილი 50).

ცხრილი 50:

წლის განმავლობაში ბავშვთა ავადობი სიხშირე

რამდენჯერ გახდა ავად ბავშვი წლის განმავლობაში	ერთხელ	ორჯერ	სამჯერ	4-5 ჯერ	ხუთზე მეტჯერ	სულ გასცა პასუხი
	56	295	44	73	32	500
	11.2	59	8.8	14.6	6.4	100.0

გამოკითხულთა უმეტესობამ აღნიშნა, რომ ბავშვი ავადმყოფობდა წელიწადში ორჯერ და მეტად. ამასთან საგულისხმოა, რომ ძირითადად, ეკონომიკური

პრობლემების წარმოშობის გამო, მშობელი ყოველთვის ვერ მიმართავს ექიმს (იხ. ცხრილი 51).

ცხრილი 51:

ექიმთა მიმართვიანობის სიხშირე ბავშვის ავადმყოფობასთან დაკავშირებით

ყველა შემთხვევაში	უმეტეს შემთხვევაში	იშვიათად	მხოლოდ უკიდურესი საჭიროებებისა	მიჭირს პასუხის გაცემ	სულ გასცა პასუხი
51	401	9	34	5	500
10.2 %	80.2 %	1.8 %	6.8 %	1 %	100 %

მართალია, მშობლების უმეტესობა მიმართავს ექიმს ბავშვის ავადმყოფობის დროს, მაგრამ უფრო ხშირად, სხვადასხვა მიზეზის გამო, ცდილობს თავისი ძალებით გაუწიოს მას დახმარება. ეს გარემოება მნიშვნელოვანია, ვინაიდან დაბალი სანიტარული კულტურის გამო, არაიშვიათად, მშობელი დაუსაბუთებლად აძლევს ავადმყოფს მედიკამენტებს, და ეწევა თვითმკურნალობას.

რეგიონში გახშირდა ავადმყოფ ბავშვთა დაგვიანებული ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები, რაც განპირობებულია იმითაც, რომ მშობელი არ არის დარწმუნებული სადაზღვევო პოლისით განსაზღვრული უფასო მომსახურების შესაძლებლობაში. პაციენტი არმიმართავს ექიმს, რაც ზრდის დაავადების გართულებულ შემთხვევათა რაოდენობას. ამას ადასტურებს ჩატარებული გამოკითხვის მასალებიც (იხ. ცხრილი 52).

ცხრილი 52:

ექიმთან დაბალი მიმართვიანობის ძირითადი მოტივები

თვითონ ვუვლი ავადმყოფს	ექიმის შეწუხება არ მინდა	ექიმის გასამრჯელო არ მაქვს	უგზოობის გამო	მიჭირს პასუხის გაცემა	სულ
173	251	28	13	34	500
34.6	50.2	5.6	2.6	6.8	100.0

კითხვაზე: თუ რითი იყო განპირობებული ექიმთა დაბალი მიმართვიანობა, გამოკითხულთა 50.2 %-მა აღნიშნა, რომ ცდილობდა ექიმი ზედმეტად არ შეეწუხებინა. ამ განმარტებაში ხშირად გაერთიანებულია ექიმ-პაციენტის ურთიერთდამოკიდებულებასთან დაკავშირებული ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა სამედიცინო პერსონალის მიერ გამოხატული ნეგატიური დამოკიდებულება პაციენტის მიმართ, რომელიც ვერ იხდის დამატებით გასამრჯელოს. პოლისის ქმედითობის უარყოფა აიძულებს მშობელს მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში „შეაწუხოს“ ექიმი. არანაკლებ მნიშვნელოვანია მშობლის განწყობაც, რომლის წარმოდგენით „უფასოდ“ სამედიცინო დახმარების ჩატარება ნებისმიერ შემთხვევაში ექიმის „შეწუხებას“ გულისხმობს.

აღნიშნული პრობლემის დძლევა შესაძლებელია არამარტო მშობლებში სათანადო ახსნა-განმარტებითი მუშაობის გატარებით, ასევე სადაზღვევო კომპანიის მიერ დაწესებულებასთან დადებული კონტრაქტის გაუქმებით ან სათანადო საჯარიმო სანქციების დაწესებით, პაციენტებისაგან დამატებითი გასამრჯელოს მოთხოვნის ფაქტის დადგენის შემთხვევაში.

აღნიშნული ზომების გატარების აუცილებლობაზე მიუთითებს ისიც, რომ თუმცა გამოკითხულთა უმრავლესობამ წლის განმავლობაში რამდენჯერმე ისარგებლა სადაზღვევო პოლისით (მათ შორის ერთხელ 15,6%-მა, ორჯერ 34,8%-მა, სამჯერ და მეტად 38,4%-მა), უმეტესობას მოუწიათ ექიმის დასაჩუქრება (გამოკითხულთა 80,2%).

აღნიშნული სიტუაცია აშკარად ახდენს ჯანდაცვის რეფორმით გათვალისწინებული ღონისძიებების კომპრომეტაციას, რაც თავისთავად მოითხოვს სათანადო რეაგირებას, მითუმეტეს, რომ ისევე, როგორც ამბულატორიული დახმარების გაწევის შემთხვევაში, სტაციონარში მოთავსებისას პაციენტი იძულებულია გაიღოს გარკვეული გასამრჯელო.

მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო სადაზღვევო პროგრამებში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულება ვალდებულია უზრუნველყოს პაციენტი სტანდარტით განსაზღვრული მედიკამენტებით, გამოკითხულთა 78 %-მა აღნიშნა, რომ

იძულებული იყო საკუთარი სახსრებით შეეძინა მათი ნაწილი. არსებული სიტუაციის გამოსწორების ერთერთ რეალურ გზას წარმოადგენს სამედიცინო დაწესებულებების დროული დაფინანსება. აშკარაა, რომ შესრულებული სამუშაოს დაგვიანებული ანაზღაურება უმძიმეს მდგომარეობაში აყენებს სამედიცინო დაწესებულებებს, ვინაიდან უსახსრობის გამო ვერ ხერხდება საჭირო რეაქტივების, მედიკამენტების, ინვენტარის შეძენა. დროულად ვერ გაციემა ხელფასებიც, რაც საბოლოო ჯამში, აუფასურებს სახელმწიფოს დაპირებას სამედიცინო დახმარების გაწევის შესახებ, ხელს უწყობს აშკარა დარღვევებს. თავის მხრივ, შესუსტებულია სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლიც. წმინდა ეკონომიკური ზარალის გარდა (რაც გამოიხატება ერთი და იგივე სამუშაოს ორმაგ ანაზღაურებაში, ე.წ. ჩრდილოვანი სამედიცინო ბაზრის დაფინანსებაში), არსებული მდგომარეობა აყენებს ჯანდაცვის რეფორმას უდიდეს პოლიტიკურ ზიანს, ვინაიდან საქმის გაუმჯობესების ნაცვლად, სახეზეა მოსახლეობის უნდობლობა სადაზღვევო პოლისით განსაზღვრული გარანტიების მიმართ.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე გასაგებია, თუ რა მიზეზით გამოკითხულთა 39,2% თვლის, რომ პოლისის აღებას აზრი არ აქვს, რადგანაც მათ მაინც უწევთ სამედიცინო პერსონალზე დასაჩუქრება.

რესპოდენტთა დაბალი შემოსავლების გათვალისწინებით, სადაზღვევო პოლისების შემოღება აშკარად ამსუბუქებს მათ მდგომარეობას. ასე, მაგალითად გამოკითხულთა 69.6% აღნიშნავს, რომ პოლისმა დახმარება გაუწია ადექვატური სამედიცინო დახმარების მიღებაში. (იხ. ცხრილი 53).

ცხრილი 53:

რესპოდენტთა გათვითცნობიერების დონე არსებული სადაზღვევო პროგრამების შესახებ

მაქვს გარკვეული ინფორმაცია	%	ბოლომდე ვერ გავერკვე	%	გამიგია, მაგრამ ნაკლებად მესმის მისი არსი	%	საერთოდ არ გამიგია	%
67	13.4	150	30.0	256	51.2	27	5.4

მნიშვნელოვანია ის გარემოება, რომ თუმცა სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევა მეხუთე წელია რაც მოქმედებს, მოსახლეობის დიდი ნაწილისათვის ჯერ კიდევ გაუგებარია მისი არსი. ამას ადასტურებს მიღებული მონაცემებიც. გამოკითხულთა უმეტესობა აღნიშნავს, რომ სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევაზე მხოლოდ ცოტაოდენი სმენიათ. არსებულის გათვალისწინებით განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს არა მარტო მოსახლეობის ზოგადი ინფორმირება ქვეყანაში მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმების შესახებ, არამედ მისი კონკრეტული გათვითცნობიერება სადაზღვევო ფონდის და სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლის უფლება-მოვალეობების შესახებ.

სამედიცინო პერსონალის დაკმაყოფილების დონის კვლევის შედეგები

სამედიცინო პერსონალი სწრაფად რეაგირებს ანაზღაურების სხვადასხვა მეთოდის შემოღებაზე. ამ მხრივ, მნიშვნელოვანია სამედიცინო პერსონალის, როგორც პროფესიული, ასევე მატერიალური კმაყოფილების დონის გარკვევა. ზოგიერთმა ანაზღაურების მეთოდმა შეიძლება განაპირობოს ჭარბი მედპერსონალის სამუშაოდან დათხოვა, რაც გარკვეულწილად მოქმედებს პიროვნულ დამოკიდებულებაზე მოსალოდნელი გარდაქმნების მიმართ.

როგორც კვლევამ დაადასტურა, გამოკითხული მოსახლეობის განსხვავებით, საექიმო პერსონალის საშუალო შემოსავალი გაცილებით მაღალია (იხ. ცხრილი 54)

ცხრილი 54:

გამოკითხულთა საშუალო თვიური შემოსავალი (ლარებში)

10	10-20	20-40	40-50	50-80	სულ გასცა პასუხი
23	40	69	103	85	320
7.2%	12.5%	21.6%	32.2%	26.6%	100.0%

გამოკითხულთა უმეტესობის (58,8%) საშუალო თვიური შემოსავალი 40 ლარს აღემატება, რაც განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ მაგალითად, ბავშვთა საავადმყოფოში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის მუშაობა ძირითადად

ფინანსდება სადაზღვევო პროგრამებიდან, რაც საკმარისად სოლიდურ თანხას წარმოადგენს. მიუხედავად აღნიშნულისა, გამოკითხული სამედიცინო პერსონალის აბსოლუტური უმრავლესობა - 95.3% აღნიშნავს, რომ შემოსავალი ოჯახისათვის არ არის საკმარისი. რეფორმის შემდეგ მათი რეალური შემოსავალი საგრძნობლად შემცირდა (გამოკითხულთა 79 %).

ამ აზრის ჩამოყალიბებაზე გარკვეულწილად გავლენა იქონია იმ გარემოებამ, რომ თუ რეფორმამდე ექიმის შემოსავალი საკმარისად დაცული იყო, რეფორმის შემდეგ, კონკურენტულ პირობებში იგი უშუალოდ დამოკიდებულია ეფექტურად გაწეულ სამუშაოზე. უარყოფილია თანაბარი ანაზღაურების პრინციპი, რის გამო ხელფასის გარეშე დარჩა ის პერსონალი, რომელსაც ჰქონდა ნაკლები დატვირთვა. ამასთან გასათვალისწინებელია, რომ რეფორმის მიმდინარეობას ამუხრუჭებს დარგში მოქმედი სამედიცინო პერსონალის სიჭარბე, რაც გამოხატულად ხელს უშლის საჭირო ეკონომიკური ბერკეტების აქტიურ გამოყენებას. თავის მხრივ, წამოჭრილ პრობლემათა კომპლექსი (წყვეტილი დაფინანსება, სიძნელები, დაკავშირებული ახალი სისტემის დანერგვასთან, საკადრო პრობლემები და სხვა) არ იძლევა საშუალებას რათა ჩამოყალიბდეს რეფორმით გამიზნული ცივილიზებული ურთიერთობები სამედიცინო დახმარების დამფინანსებელს, მიმწოდებელსა და მომხმარებელს შორის. ამ უკანასკნელს გარანტირებული უნდა ჰქონდეს უფასო, კვალიფიციური, ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების მიღება. თუმცა ეს პრინციპი კანონითაა გათვალისწინებული, მაგრამ როგორც პრაქტიკით დასტურდება, ძნელად იწერება.

ამ კუთხით გარკვეულ ინტერესს იწვევს სამედიცინო პერსონალის აზრი სადაზღვევო პოლისის შემოღების შესახებ. (იხ.ცხრილი 55).

ცხრილი 55:

რესპოდენტთა აზრი სადაზღვევო პოლისის მნიშვნელობის შესახებ

იმლევა უფასო დახმარების მთლიან გარანტიას	აქვს გარკვეული მნიშვნელობა, მაგრამ პაციენტი მაინც იხდის გარკვეულ გასამრჯელოს	არ აქვს არავითარი მნიშვნელობა	მიჭირს პასუხის გაცემა
78	169	64	9
24.4 %	53 %	20 %	2.8 %

როგორც ცხრილიდან ჩანს, გამოკითხულთა 53 % მიიჩნევს, რომ სადაზღვევო პოლისს არ აქვს გადამწყვეტი მნიშვნელობა როგორც დოკუმენტს, რომლის მიხედვით, დაზღვეულმა შეიძლება მიიღოს უფასო სამედიცინო დახმარება. გარკვეულწილად, ამ აზრის ჩამოყალიბების მიზეზია ის, რომ თუმცა დაზღვეულ პირებს ოფიციალურად გააჩნიათ უფლება არ გადაიხადონ მათთვის გაწეული სამედიცინო დახმარების ღირებულება, მაგრამ პოლისის მიხედვით დაწესებულების მიერ მოთხოვნილი ანაზღაურების დაფარვა იმდენად გახანგრძლივებულია, რომ იგი არც ადმინისტრაციის და არც ექიმის თვალში არაფრისმთქმელ დოკუმენტად იქცა. აღსანიშნავია, რომ გამოკითხულთა 20 %-ის აზრით სადაზღვევო პოლისის წარდგენას არ აქვს არავითარი მნიშვნელობა. ამასთან, სამედიცინო პერსონალის მიერ მიღებული ოფიციალური ანაზღაურება იმდენად მცირეა, რომ ბევრის აზრით ნაკლებად მოქმედებს მათ საერთო შემოსავალზე. (იხ. ცხრილი 56).

ცხრილი 56:

რესპოდენტთა აზრი პაციენტის მიერ ექიმის დასაჩუქრების პრაქტიკის შესახებ

ხშირად, ძირითადად ამით ვარსებობ	იშვიათად თუ ვინმე რამეს მომცემს	არავითარ გასამრჯელოს არ ვიღებ	მიჭირს პასუხის გაცემა
135	138	15	42
40.1 %	43.1 %	4.7 %	13.1 %

პაციენტებისაგან მიღებული ფულადი საჩუქრების ფაქტს აღნიშნავს გამოკითხულთა 82%. 43 % მიუთითებს, რომ ეს შემოსავალი ეპიზოდურია, რადგანაც

პაციენტები თვლიან, რომ სახელმწიფოს მიერ ექიმი საკმარის გასამრჯელოს ღებულობს და იციან, რომ სადაზღვევო პოლისის მფლობელი არ არის ვალდებული რაიმე გადაიხადოს. მხოლოდ 4.7 % აღნიშნავს (ძირითადად ახალგაზრდა ექიმები), რომ პაციენტები მათ არაფერს არ აძლევენ. ამ კუთხით განსაკუთრებით დამაფიქრებელია ის ფაქტი, რომ კითხვაზე, შესაძლებელია, თუ არა უმწეო, მძიმე მდგომარეობაში მყოფი პაციენტისაგან ფულადი საჩუქრის მიღება, რესპოდენტთა 33 % თვლის რომ, მართალია მათთვის ეს ძნელია, მაგრამ სხვა გამოსავალი არ აქვთ. რესპოდენტთა 17 % საერთოდ არ აღიქვამს არსებულ პრაქტიკას ამორალურად და შესაძლებლად თვლის მიიღოს დამატებითი გასამრჯელო ღარიბი ავადმყოფისაგან, რომელსაც კანონით ეკუთვნის უფასო დახმარების გაწევა.

ეს გარემოება გარკვეულ წინააღმდეგობაშია მონაცემებთან, რომელთა მიხედვით გამოკითხულთა თითქმის ნახევარი თვლის რომ რეფორმის დაწყება აუცილებელი იყო. (იხ. ცხრილი 57).

ცხრილი 57:

რესპოდენტთა აზრი რეფორმის გატარების აუცილებლობასთან დაკავშირებით.

აუცილებელი იყო	არ იყო აუცილებელი	მიჭირს პასუხის გაცემა
168	97	55
52.5 %	30 %	17.2 %

გამოკითხულთა უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ რეფორმა ადრე უნდა დაწყებულიყო, ვინაიდან ჯანდაცვის სისტემის საბჭოური მოდელი მოძველდა. მათი აზრით, რაც უფრო ადრე მოხდებოდა მისი ცვლილება, მით უფრო დაეტყობოდა სასიკეთო ძვრები ჯანდაცვის სისტემას.

მიღებული მონაცემები კიდევ ერთხელ მიუთითებს იმ გარემოებაზე, რომ ქვეყანაში გატარებული რეფორმების ასინქრონულობა, როდესაც ჯანდაცვის სფეროში მომხდარი ძვრები ბევრად უსწრებს ეკონომიკურ, საკანონმდებლო და სხვა სფეროებში მომხდარ ცვლილებებს, დღევანდელ პირობებში არამართო ამუხრუჭებს ესოდენ აქტიურად დაწესებულ პროცესს, არამედ ხელს უწყობს მის კომპრომეტაციას.

ახალ ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლამ სერიოზული გავლენა იქონია პერსონალის აშკარა დაინტერესებაზე ისეთი საკითხებით, რომლებიც სულ ცოტა ხნის წინ მხოლოდ ადმინისტრაციის კომპეტენციის სფეროდ ითვლებოდა. აღსანიშნავია, რომ გამოკითხულთა უმრავლესობამ იცის, თუ როგორ ხორციელდება მათი შრომის ანაზღაურებასთან დაკავშირებული ფასების გაანგარიშება (55 %).

გამოკითხულები საკმარისად არიან გათვითცნობიერებული იმ საკითხებში, რომლებიც განაპირობებენ წინააღმდეგობას დამქირავებელსა (სამედიცინო დაწესებულებასა) და დამქირავებულს (სამედიცინო პერსონალი) შორის. მათი აზრით, ამ მიზეზით შედარებით დაბალია სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება. შესაბამისად დაბალია სამედიცინო პერსონალის კმაყოფილებაც.

სამედიცინო დახმარების ხარისხი

სამედიცინო დაწესებულებების მიერ პაციენტებზე გაწეული სამედიცინო დახმარების ხარისხი მნიშვნელოვნადაა დაკავშირებული ახალი სისტემის ჩამოყალიბებასთან, რაც ნათლად აისახება რესპოდენტთა პასუხებში. ახალ პირობებში, როდესაც პოლიკლინიკებში შემოღებულია კაპიტაციური ანაზღაურების მეთოდი, უკვე აღინიშნება მწვავე კონკურენცია სამედიცინო პერსონალს შორის პაციენტის მიზიდვის მიზნით.

როგორც სამედიცინო დაწესებულება, ასევე უშუალოდ ექიმი დაინტერესებულია, რათა პაციენტი იყოს მაქსიმალურად დაკმაყოფილებული, ვინაიდან ამ საკითხის გადაწყვეტაზე დამოკიდებული მისი ანაზღაურებაც.

მიუხედავად ზემოთაღნიშნულისა, პრაქტიკა ცხადყოფს, რომ რეალურ პირობებში სამედიცინო პერსონალი უფრო დაინტერესებულია მოახდინოს რაც შეიძლება მეტი პაციენტის რეგისტრაცია, ვიდრე ჩაატაროს მათი ხარისხიანი სამედიცინო მეთვალყურეობა და მკურნალობა. ამ პრობლემის გადაჭრის ერთერთ გზას წარმოადგენს პაციენტის თვითშეგნების გაზრდა, მისი უფლებების დაცვა.

ამბულატორიული დახმარების ხარისხის ერთერთ მნიშვნელოვან მაჩვენებელს წარმოადგენს ჩატარებული სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების კომპლექსური ხასიათი. 1997 წლის მონაცემებით რეგიონში ამბულატორიული მკურნალობა ყოველი 100 დაზღვეული ბავშვიდან ჩაუტარდა 40-ს, რაც საკმარისად მაღალი მაჩვენებელია. ამასთან ადგინდა, რომ ზოგიერთ რაიონში გაიზარდა ამბულატორიულ მკურნალობაზე მყოფ პაციენტთა რიცხვი და სათანადოდ გაიზარდა ხარჯებმაც. იმასთან დაკავშირებით, რომ შესაბამისად იკლო სტაციონარებში მიმართვიანობამ, შეიძლება დავასკვნათ რომ პოლიკლინიკების გააქტიურებამ საბოლოო ჯამში დადებითად იმოქმედა მათ დაფინანსებაზე.

1998 წლიდან ანაზღაურების მეთოდების შეცვლამ განაპირობა ის ფაქტი, რომ ექიმი უფრო დაინტერესებულია გააგზავნოს პაციენტი სტაციონარში, ვიდრე უმკურნალოს ადგილზე. ახალი წესით წინა წლისაგან განსხვავებით პაციენტთა მკურნალობისათვის პოლიკლინიკის ექიმს უკვე არ ეძლევა დამატებითი ანაზღაურება. ნიშანდობლივია ის გარემოებაც, რომ ახალი წესი არ ითვალისწინებს სხვადასხვა ღონის ამბულატორიული დაწესებულებების კონკრეტულ შესაძლებლობებს. ანაზღაურება ხორციელდება კაპიტაციური მეთოდის მიხედვით თანაბრად (ერთი დაზღვეულის მეთვალყურეობაზე 2,36 ლარი თვეში). არ არის გათვალისწინებული დაზღვეულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის განმსაზღვრავი ისეთი მაჩვენებლები, როგორიცაა მოსახლეობის ეკონომიკური მდგომარეობა, ბავშვთა სიკვდილიანობა, სტაციონარში მოხვედრის სიხშირე და დაავადების სირთულე, რაც თავისთავად მოითხოვს სათანადო რეაგირებას.

სამედიცინო დახმარების ხარისხზე მიუთითებს აგრეთვე სამედიცინო დაწესებულებების მიერ 0-დან 2 წლამდე ბავშვთა სადაზღვევო პოლისებით უზრუნველყოფა. მიუხედავად ჩატარებული ღონისძიებების აღნიშნული პროცესი რეგიონში რთულად მიმდინარეობს (იხ. ცხრილი 58).

ცხრილი 58:

რეგიონის სამედიცინო დაწესებულებების მიერ ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა აღრიცხვაზე დაგვიანებით აყვანითა რიცხვი 1997 წელს

0-6თვემდე	%	6 თვიდან - 1 წლამდე	%	ჯამი
305	60 %	201	40 %	506

ეს მონაცემები მიგვანიშნებს, რომ ახალშობილის სამშობიაროდან გაწერის შემდგომ შესაბამისი რაიონის ბავშვთა პოლიკლინიკის მიერ არ ხორციელდება პოლისით გათვალისწინებული სათანადო პატრონაჟი, რაც თავის მხრივ განაპირობებს მთელ რიგ პრობლემებს. საკმარისია ითქვას, რომ ბავშვთა აღრიცხული კონტიგენტი 40 % პედიატრს საერთოდ არ უნახია. მათ არ ჩატარებიათ ვაქცინაცია.

ბავშვთა აღრიცხვაზე დაგვიანებით აყვანის ძირითად მიზეზებს წარმოადგენს:

- მოსახლეობის განათლების და ინფორმირებულობის დაბალი დონე;
- სამედიცინო პერსონალის ნაკლები დაიტერესება;
- მაღალმთიან სოფლებში სამედიცინო პერსონალის ნაკლებობა;
- მოსახლეობის მძიმე ეკონომიური მდგომარეობა, რაც აძნელებს მათ კონტაქტს მედმუშაკებთან;

ცხრილი 59

ორ წლამდე ასაკის ბავშვთა სამედიცინო დაწესებულების მიერ აღრიცხვაზე დაგვიანებით აყვანის მაჩვენებელი 1998 წ. მონაცემებით

0დან -6 თვემდე	%	6 თვიდან - 1 წლამდე	%	1 წლიდან 2 წლამდე	%	ჯამი
98	81.0	17	14.0	6	5.0	121

ზემოთაღნიშნული პრობლემის საბოლოო გადაწყვეტის მიზნით 1997-1998 წლებში განხორციელდა შემდეგი სახის ღონისძიებები:

1. მომზადდა საგანმანათლებლო ხასიათის სატელევიზიო და რადიო გადაცემები.
2. რეგიონში მოქმედი 5 სატელევიზიო სადგურისათვის და რაიონის გაზეთებში გამოქვეყნების მიზნით სისტემატიურად მზადდება მასალები, რომლებშიც გაშუქებულია სადაზღვევო კომპანიის მიერ ჩატარებული მუშაობა.

3. მომზადდა და დაისტამბა სხვადასხვა სახის ბროშურები, პლაკატები, რომლებიც ურიგდება სამედიცინო დაწესებულებებს და მოსახლეობას.

4. სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის სამეგრელო-ზემო სვანეთის ფილიალის ბაზაზე ჩამოყალიბდა საინფორმაციო-საკონსულტაციო ცენტრი, რომლის საშუალებითაც შესაძლებელი გახდა მოსახლეობისათვის უფასო სატელეფონო კონსულტაციების ორგანიზება;

ჩატარებული კვლევის შედეგების განხილვა

როგორც მოცემული მასალის ანალიზი გვამცნობს პაციენტზე გაწეული სამედიცინო დახმარების ღირებულების ანაზღაურების ვერც ერთი დღესდღეობით მოქმედი მოდელი მთლიანად ვერ აკმაყოფილებს სათანადო მოთხოვნებს. საექსპორტო შეფასების საფუძველზე დადგინდა, რომ ქვეყანაში მოქმედი ანაზღაურების სხვადასხვა მოდელები მოითხოვენ შემდგომ დახვეწას, მსოფლიოში დაგროვილი მოწინავე გამოცდილებით გამდიდრებას.

დამოუკიდებელ ექსპერტთა ჯგუფის მოზიდვით მოხერხდა სათანადო შეფასების განხორციელება. ყოველი კრიტერიუმი ფასდება სამბალიანი სისტემით (მაღალი, საშუალო, მაღალი) (იხ.ცხრილი 60).

როგორც ქვემოთ მოყვანილი სქემიდან ჩანს, პოლიკლინიკური ტიპის სამედიცინო დაწესებულებების ანაზღაურების მეთოდებიდან ყველაზე მეტი ქულები მიენიჭა კაპიტაციური (სულადობრივი) ანაზღაურების მეთოდს (29 ქულა).

განხორციელებადობის თაღსაზრისით ამ მეთოდმა მოიპოვა მაქსიმუმი ქულა (15), რადგანაც იგი ყველაზე მეტად მიესადაგებოდა წინა პერიოდში არსებულ სისტემას, არ მოითხოვს დიდ სტრუქტურულ ცვლილებებს, ადვილია სამართავად. ამ სისტემის მონიტორინგის განსახორციელებლად არ არის საჭირო ინფორმაციის დიდი მასივის შეგროვება, ადვილია მისი კონტროლი.

ეკონომიკური ეფექტურობის თვალსაზრისითაც ამ მეთოდმა შედარებით მაღალი ქულა მოიპოვა (7 ქულა), რადგანაც მისი გამოყენების პროცესში მცირეა ადმინისტრაციული ხარჯები, ხანმოკლე დროში ხორციელდება სათანადო კალკულაცია და უფრო ადვილად ხდება რესურსების დაზოგვა. მაგრამ აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სამედიცინო დახმარების ხარისხის, სამედიცინო პერსონალისა და მოსახლეობის დაკმაყოფილების თვალსაზრისით უფრო მაღალი ქულა მოიპოვა შესრულებული სამუშაოსა და სულადობრივი მეთოდის კომბინირებულმა მეთოდმა.

ცხრილი 60:

ანაზღაურების მეთოდების საექსპერტო შეფასების შედეგები

კრიტერიუმი	პოლიკლინიკა		სტაციონარი	
	1996 წ	1997-1998 წ	1997 წ	1998 წ
	სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტი, სულადობრივი	სულადობრივი	საწოლ/დღე	სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტი
მეთოდი				
1. განხორციელებადობა				
1.1 არსებულთა მისადაგება	1	2	2	1
1.2 სტრუქტურული ცვლილებების საჭიროება	1	3	2	1
1.3 მართვა				
1.3.1.კადრები	1	2	2	1
1.3.2.მართვის ინფორმაციული სისტემები	1	2	2	1
1.3.3.კონტროლი	2	3	2	1
1.3.4.დანერგვის სიმარტივე	2	3	2	1
ქულათა ჯამი	8	15	12	6
II ეკონომიკური მახასიათებლები				
2.1. ეფექტურობა				
2.1.1.სამედიცინო დახმარების ერთეულზე დახარჯული თანხის ოდენობა	2	1	2	3
2.1.2.ადმინისტრაციული ხარჯები	1	3	3	1
2.2.ანაზღაურების საშუალო დაყოვნება	1	2	3	1
2.3.განფასების ადექვატურობა	2	1	2	3
ქულათა ჯამი	6	7	10	9
III ადექვატურობა				
3.1.რესურსების ეკონომიურად დაზოგვა	1	2	2	3
3.2.პაციენტის დაკმაყოფილება	3	2	2	3
3.3.სამედიცინო პერსონალის დაკმაყოფილება	3	2	2	3
3.4.სამედიცინო დახმარების ხარისხი	3	1	2	3
ქულათა ჯამი	10	7	8	12
ქულათა მთლიანი ჯამი	24	29	30	28

სტაციონალური ტიპის სამედიცინო დაწესებულებების ანაზღაურების მეთოდებიდან ყველაზე მეტი ქულები მიენიჭა საწოლ/დღის მიხედვით განხორციელებული ანაზღაურების მეთოდს (30 ქულა). განხორციელებადობის თვალსაზრისით ამ მეთოდმა აგრეთვე საკმარისად მაღალი ქულა მოიპოვა (12 ქულა), რადგანაც იგი ყველაზე მეტად მიესადაგება ჯანდაცვის სისტემაში უკვე არსებული ანაზღაურების წესს და ამიტომ არ მოითხოვს ღრმა სტრუქტურული ცვლილებების გატარებას, ადვილია სამართავად. მისი მონიტორინგის განსახორციელებლად არ არის საჭირო ინფორმაციის დიდი მასივის შეგროვება, გაადვილებულია კონტროლი. ეკონომიკური ეფექტურობის თვალსაზრისითაც ამ მეთოდმა შედარებით მაღალი ქულა მოიპოვა (10 ქულა), რადგანაც შედარებით მცირეა ადმინისტრაციული ხარჯები, მცირეა გადახდის დაყოვნება. მაგრამ აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ რესურსების ეკონომიკური დაზოგვის, სამედიცინო დახმარების ხარისხის, სამედიცინო პერსონალისა და მოსახლეობის დაკმაყოფილების თვალსაზრისით უფრო მაღალი ქულა მოიპოვა სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდმა, რომელიც თავის მხრივ მოითხოვს ინფორმაციის დიდი მასივის დამუშავებას, თითოეული შემთხვევის დაკონკრეტებას, რაც ძალზე შრომატევადია.

საწოლ/დღის მიხედვით ანაზღაურება, რომელიც დაფუძნებულია პაციენტის საავადმყოფოს საწოლზე დაყოვნების ხანგრძლივობაზე ხელს უწყობს რესურსების არაეკონომიურ ხარჯვას.

დასკვნები

1. სამედიცინო დახმარების დაფინანსების ამა თუ იმ მეთოდის გამოყენება გარკვეულ ზემოქმედებას ახდენს როგორც სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობისა და თანასწორუფლებიანობის პრინციპის განხორციელებაზე, ასევე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ჯანდაცვის სისტემის სტრუქტურულ ცვლილებებზე. იგი ზემოქმედებს თვით სისტემის ორგანიზაციულ-ადმინისტრაციულ ინფრასტრუქტურაზე საავადმყოფოების საწოლთა ფონდზე, მათ პროფილზე.
2. ჩატარებული კვლევით დადგენდა, რომ პაციენტზე გაწეული სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების ვერც ერთი დღესდღეობით მოქმედი მოდელი მთლიანად ვერ აკმაყოფილებს სათანადო მოთხოვნებს და მოითხოვენ შემდგომ სრულყოფას, მსოფლიოში დაგროვილი მოწინავე გამოცდილებით გამდიდრებას.
3. სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების წყვეტილობა უარყოფითად მოქმედებს სამედიცინო დაწესებულებების მუშაობის ხარისხზე, დამატებით სირთულეებს უქმნის როგორც სამედიცინო დაწესებულებას, ასევე პაციენტებს.
4. 0-დან 2 წლამდე ბავშვთა სამედიცინო დახმარების ამბულატორიულ ნაწილში სამედიცინო დახმარების ხარისხის თვალსაზრისით მიზანშეწონილია სულადობრივისა და სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტებით ანაზღაურების კომბინირებული მეთოდების დანერგვა, ხოლო ეკონომიკური ეფექტურობის, მეთოდის სწრაფი და უმტკივნეულო დანერგვის თვალსაზრისით - ანაზღაურების სულადობრივი მეთოდი.

5. 0-დან 2 წლამდე ბავშვთა სამედიცინო დახმარების სტაციონალურ ნაწილში სამედიცინო დახმარების ხარისხის, რესურსების დაზოგვის თვალსაზრისით მიზანშეწონილია სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტებისთ ანაზღაურების მეთოდის დანერგვა, ხოლო მეთოდის სწრაფი და უმტკივნეულო დანერგვის თვალსაზრისით - საწოლ/დღის მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი.
6. 0 - დან 2 წლამდე ბავშვთა სამედიცინო დახმარების ამბულატორიულ ნაწილში შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურების სულადობრივი მეთოდის დროს ბავშვთა კონტიგენტის სადაზღვევო პროგრამით მოცვა შედარებით ინტესიურია.

წინადადებები

1. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის წარმატებული განხორციელების ერთერთი აუცილებელი პირობაა სამედიცინო დაწესებულებების დაფინანსების ახალი მეთოდების მეცნიერული კვლევა, მიღებული მონაცემების საფუძველზე სათანადო ღონისძიებების გატარება სამედიცინო დახმარების ეკონომიკური ეფექტურობისა და ხარისხის გაზრდის მიზნით.
2. სამედიცინო დარგის ტექნოლოგიური სპეციფიკიდან გამომდინარე დაწესებულებების დაფინანსების ახალი მეთოდების დანერგვა მოითხოვს სხვადასხვა დონეზე გატარებული ხარისხის კონტროლის სისტემის ჩამოყალიბებას. მართვის ახალი მექანიზმების გამოყენების სირთულეებიდან გამომდინარე, საჭიროა სხვადასხვა ინფორმაციული სისტემების ამოქმედება, მათ უზრუნველყოფა მძლავრი და მაღალი დონის ტექნიკური საშუალებებით.

3. სამედიცინო დაწესებულებათა მიერ გაწეული მუშაობის ანაზღაურების მეთოდის დანერგვის პროცესში მიზანმიმართულად უნდა განისაზღვროს დაგეგმილი სამედიცინო დახმარების რაციონალური მოცილობა და სახე. სადაზღვევო კომპანიის მიერ ძირითადი აქცენტი გადატანილი უნდა იქნას პირველადი სამედიცინო დახმარების გაძლიერებაზე და სტაციონალური დახმარების მოცულობის შემცირებაზე. ამ მხრივ გადამწყვეტი მნიშვნელობა უნდა მიენიჭოს პროფილაქტიკური მიმართულების შემდგომ განვითარებას, ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მიერ სამკურნალო-დიაგნოსტიკური პროცესის მთლიანი ციკლის ჩატარებას, სტაციონალური დახმარების მრავალსაფეხურიანი სისტემის ჩამოყალიბებას.
4. 0-დან 2 წლამდე ბავშვთა სამედიცინო დახმარების ამბულატორიულ ნაწილში მიზანშეწონილია სულადობრივი ანაზღაურების მეთოდის დანერგვა, ხოლო სტაციონალურ ნაწილში - სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტების ანაზღაურების მეთოდის დანერგვა.
5. 0-დან 2 წლამდე ბავშვთა სამედიცინო დახმარების ამბულატორიულ ნაწილში შესრულებული სამუშაოს სულადობრივი მეთოდით ანაზღაურების შემთხვევაში სამედიცინო დახმარების ხარისხის ამაღლების თვალსაზრისით მიზანშეწონილია სულადობრივი მეთოდის რთული სახის არჩევა, რაც გულისხმობს ქვეყნის ცალკეული რეგიონის გეოგრაფიული თავისებურებების, მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობის, ავადობისა და სიკვდილიანობის მონაცემების გათალისწინებას.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. “კანონი სამედიცინო დაზღვევის შესახებ” , თბილისი, 1997 წ. 1-36
2. ჯორბენაძე ა. საქართველოს ჯანდაცვის პოლიტიკის ახალი სტრატეგიები საქართველოს სამედიცინო მოამბე 1999, N 1-2, 3-8
3. ჯორბენაძე ა. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ძირითადი მიმართულებები. ჯანდაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი. თბილისი 1995 წ. 3-7
4. კალანდაძე თ. სამედიცინო დაზღვევის სისტემის განვითარება საქართველოში. ხორვატიის სამედიცინო ჟურნალი. ივლისი 1999, 14-19
5. კალანდაძე თ. სამედიცინო დაზღვევის სისტემა გერმანიაში, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია. 1998, 11-14
6. ო. გერზმავა. საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის თანამედროვე ტენდენციები. „საქართველოში დემოგრაფიული პროცესების განვითარების აქტუალური პრობლემები”, საერთაშორისო კონფერენციის თეზისები, 1990 წ. გვ. 38-40.
7. გერზმავა ო. დემოგრაფიული სიტუაცია საქართველოში, „საქართველოს სამედიცინო მამბე”, 1991 წ, N 4. 31-34.
8. გერზმავა ო. ზოგიერთი მოსაზრება საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შესახებ, „საქართველოს სამედიცინო მოამბე”, 1991 წ. N3 გვ 3-9.
9. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორიენტაციის ძირითადი მიმართულებები. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის მართვის ნაციონალური ცენტრი. თბილისი, 1996 წ. გვ. 10-16.
10. საქართველოს დემოგრაფიული სიტუაცია და მისი განვითარების პერსპექტივები. სამეცნიერო კონფერენციის მასალები, თბილისი, 1998 წ. გვ.1-47
11. ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შესახებ, სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალები. ბორჯომი, ივნისი, 1995 წ. გვ. 1-82.

12. ჯანმრთელობის დაცვა საქართველოში. საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტრო. თბილისი, 1996 წ. გვ. 14-16.
13. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებული გამოკვლევის ჩატარების მეთოდური რეკომენდაციები. ჟენევა, 1995 წ. გვ. 10-19.
14. საქართველოს პარლამენტის დადგენილება “საქართველოს რესპუბლიკის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის კონცეფციის შესახებ” – 1995 წ. გვ 1-18.
15. “ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების შესრულებისა და დაფინანსების მდგომარეობა”, თბილისი, საქართველოს ჯანმრთელობის სამინისტრო 1998 წ., გვ. 1-76.
16. “სადაზღვევო სისტემის მნიშვნელობა აქართველოში. თბილისი, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, 1998 წ., გვ. 1-16.
17. ჯინჯოლავა თ. “რეფორმის სოციალურ ეკონომიკური ასპექტები” “მედიცინა”, 23 აგვისტო 1997 წ.
18. ბრეგვაძე ს. სამედიცინო დახმარების სტანდარტიზაცია და ფასწარმოქმნის მეთოდოლოგიური ასპექტი. ჯანდაცვის სამინისტრო. თბილისი 1994. გვ. 19-31.
19. ბრეგვაძე ს. ჯანმრთელობის დაცვის ობიექტთა პრივატიზაციის შესახებ. ჯანდაცვის სამინისტრო. თბილისი 1994. გვ. 72-78.
20. გუგუშვილი პ. მოსახლეობა, ოჯახი, შვილიანობა. თბილისი, “მეცნიერება”; 1-45.
21. გეგელაშვილი კ. თანამედროვე მედიცინა: სოციალურ-ჰიგიენური, საზოგადოებრივ-ეთიკური და სოციალურ-ეკონომიკური პრობლემები. თბილისი, “საბჭოთა საქართველო”, 1986, 1-268.
22. ჯინჯოლავა თ. საქართველოს ჯანდაცვის რეორგანიზაციის კონცეფციის ეკონომიკური საფუძვლები. თბილისი. 1994, 3-10.
23. გამყრელიძე ა. - საერთაშორისო პროგრამები საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში. თბილისი, 1995, 12-16.

24. ურუშაძე რ. ჯანდაცვის რეგიონალური მართვის პრინციპები გარდამავალ პერიოდში. ჯანდაცვის სამინისტრო. თბილისი. 1994, 49-58.
25. მარკოზაშვილი ნ. მენეჯმენტის საფუძვლები. წიგნი პირველი. ორგანიზაცია. ლექციების კურსი შ -თბილისის სტუდენტებისათვის. შ -თბილისი. 1994, 1-267.
26. მარკოზაშვილი ნ. მენეჯმენტის საფუძვლები. წიგნი მეორე. მართვა ორგანიზაციაში. ლექციების კურსი შ -თბილისის სტუდენტებისათვის. შ -თბილისი. თბილისი. 1994, 1-290.
27. მარკოზაშვილი ნ. მენეჯმენტის საფუძვლები. წიგნი მესამე. მმართველობითი გადაწყვეტილების მიღების პროცესი. ლექციების კურსი შ -თბილისის სტუდენტებისათვის. შ -თბილისი. თბილისი. 1994, 1-290
28. მარი გ., მოსიძე ა., ციგროშვილი ზ. სტატისტიკა. დამხმარე სახელმძღვანელო შ -თბილისის სტუდენტებისათვის. შ -თბილისი. თბილისი. 1996, 1-305.
29. კაცაძე ა. თბილისის მოსახლეობის ფორმირების პროცესები. თბილისი, "მეცნიერება", 1991, 1-178.
30. კუპრავა თ. მაკროეკონომიკის საფუძვლები. ლექციების კონსპექტები შ -თბილისის სტუდენტებისათვის. შ -თბილისი. თბილისი. 1993, 1-274.
31. больница в сельских и городских районах. Серия кладов ВОЗ. Женева, 1995, 1-98.
32. Гришина В.В контроль качества оказания медицинской помощи в условиях медицинского страхования в ведущих странах мира. Москва. 1995 1-60.
33. Декларация о развитии прав пациентов в Европе. Европейское совещание по правам пациентов. Амстердам. 1994, 1-20.
34. Джеймс.О., Райс А. Смешанная экономика в здравоохранении: Проблемы перспективы. Программа "ЗдравРеформ" финансируемая Агентством США по международному развитию, Москва 1991, 1-200.
35. Железняк Е.С и др. Современное состояние оценки качества стационарной медицинской помощи по результатам социологического опроса И журн. Проблемы

- социальной гигиены и истории медицины. МоскваИзд-во "Медицина", N 3, 1996, 11-15.
36. Корчагин В.Р "Современное состояние здравоохранения", Вестник МЗ и Минздрава РФ, N15, август 1996, 15.
 37. Социальная гигиена и организация здравоохранения. Руководство для врачей (Под редакцией проф. Ю.П. Лисицина), Москва, Изд. "Медицина", 1987.
 38. "Основные направления реориентации системы здравоохранения Грузии", Минздрав Грузии. Национальный центр управления здравоохранением. Тбилиси, 1996.
 39. "Метод оценки систем эпидемиологического надзора. Ежеквартальный обзор мировой санитарной статистики". Избранные статьи. ВОЗ, Женева, 1993,3-11.
 40. Методы сбора данных: анализ документов, наблюдение, эксперимент, Институт социологических исследований. Советская социологическая ассоциация, Москва, 1985, 1-185.
 41. Методические проблемы социальных исследований, Институт социологических исследований. Советская социологическая ассоциация, Москва, 1987, 1-12.
 42. Методика расчета стоимости тарифов на оказание медицинской помощи, Российская Академия медицинских наук. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им.Н.А. Семашко, Москва, 1994, 1-322.
 43. "Методические материалы по оценке обеспечения качества работы медицинских учреждений и удовлетворенности пациентов", Российская Академия медицинских наук. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им.Н.А. Семашко, Москва, 1993, 5-92.
 44. "О.П. Щепин, Г.И. Царегородцев, В.Г. Ерохин. " Общество – медицине, медицина - обществу", Москва, Изд. "Медицина", 1983, 227-287.
 45. "Оценка качества и эффективности деятельности лечебно – профилактических учреждений" (Методические материалы), Российская Академия

- медицинских наук. НИИ экономики и управления здравоохранением им.Н.А.Семашко, Москва, 1997, 1-68.
46. Необходимые меры со стороны государственного здравоохранения, Отчет о мировом развитии, 1993, Инвестиции в здраво-охранение, Вашингтон, 1984, 113-116.
47. Политика и стратегия обеспечения справедливости в вопросах охраны здоровья. ВОЗ, Копенгаген, 1994, 1-53.
48. Прирост населения, его распределение и окружающая среда. В ж. Женщины мира, 1995, 55-86.
49. Основные направления снижения заболеваемости от сердечно – сосудистыхзаболеваний в России. В Ж. Проблемы социальной гигиены и истории медицины N3. Москва,, Изд. “Медицина”, 1996,33.
50. Экономика и управление здравоохранением (под ред. Акад. Лисицина Ю.П.), Москва, 1993, 1-288.
51. Княжев В.А. Основные направления разработки и реализациигосударственных научно – технических программ в области профилактической медицины. В журн. Проблемы социальной гигиены и истории медицины. Москва,, Изд-во, “Медицина”,N 4, 1996 9-10.
52. Лузан С.Г. организация и технология взаимодействия учреждений здравоохранения и обязательного медицинского страхования. В журн.Проблемы социальной гигиены и истории медицины. Москва, , Изд-во, “Медицина”, 1996. N 3, 36-43.
53. МитронинВ.КюКачество и эффективность медицинской помощи и медицинских услуг как философские и медицинские проблемы. В журн. Проблемы социальной гигиены и истории медицины. Москва, , Изд-во, “Медицина”, N 4, 1996, 10-13.
54. Обязательное медицинское страхование в России 1994-95 Статистический, сборник. Москва, 1996, 1-92.

55. Обязательное медицинское страхование в России 1993-94 г.г. Статистический, сборник. Москва, 1995, 1-67.
56. Социальная гигиена и история медицины. Москва, , Изд-во, "Медицина", 1997, 7-8.
57. Поляков И.В. Лисанов А.Г. Майько Г.М. О территориальной системе управления качеством медицинской помощи. В журн.Проблемы социальной гигиены и истории медицины. Москва, , Изд-во, "Медицина", 1996, N3, 16-18.
58. Проблемы социальной гигиены(сборник статей) Москва. Изд-во, "Медицина", 1997, 40-46.
59. Реформа оплаты медицинской помощи: Фактор повышения эффективности здравоохранения. Москва,, Изд-во Минздрава России, 1995, 1-253.
60. Реформа оплаты медицинской помощи: Фактор повышения эффективности здравоохранения.П издание. Москва, , Изд-во Минздрава России, 1997, 1-112.
61. Светличная Т.Г. и др. К Проблемеоценки качества медицинской помощи. В журн. Проблемы социальной гигиены и истории медицины. Изд-во, "Медицина", , N 3, 1997, 24-23.
62. Тогунов И.А. медицинские усилия и методология экспертизы (К вопросу формализации врачебной). В журн. Проблемы социальной гигиены и истории медицины. Москва, , Изд-во, "Медицина", , N 4, 1996, 14-17.
63. Фонд им. Фридриха Эберта. История, цели и задачи. Международное содружество. Женева, 1997, 42-43.
64. Быкова Ж.Е., Федорова Э.Г. Методические подходы к оценке медико-экономических стандартов и возможности их использования в практике здравоохранения. В журн. Международное развитие. Москва, 1996, 1-26.
65. Abei-smith. B. Health Policy Studies No 5 1994. Paris 1994; et al. Choices in Health Policy.An Agenda for the European Union, 1995.
66. Alford, R.A. ,, The Political Economy of Health Care: dynamics Widhout Change, 1972, 127-64.

67. Altenstetter C. James Warner Bjorkman. Planning and Implementation. 1981, 11-42.
68. Altenstetter Christa. James Werner Bjorkman. Health policy Reform, National Variations and Globalization. Washington, 1991, 34-35.
69. Altenstetter, C., "An End to Consensus on Health Care in the Federal Republic of Germany". Boon, 1987, 5
70. Altenstetter C., Hospital Planners and Medical Professionals in the Federal Republic of Germany". Boon, 1989, 157-77.
71. Anders George. Health Benefits at Work : An Economic and Political Analysis of Emoloyment-Besed Health Insurance. Published 1996.
72. Baldwin Ben G. The Complete Idiot's Guide ti Managed Health Care (Complete Idiot's Guide) Published 1996.
73. Barge Bruce N, John G. Carlson Fight Back and Win : How to Get Hmo's and Health Insurance to Pay Up. Published 1993.
74. Beauchamp Dan E. Health Insurance : How to Get It, Keep It, or Improve What You've Got. Published 1996.
75. Davis James B. Data Cleaning Procedures for the 1993 Robert Wood Johnson Foundation Employer Health Insurance Survey. Published 1997.
76. Dodson Laurie. Benefits in Medical Care Programs. Published 1998.
77. Donabedian Avedis. Blood Money : Modern Medicine's Abuse of Power Published 1976.
78. Donaldson C. Magnussen J. D. R. G: The Road to Hospital Efficiency - Health Policy, 21, 1992, pp. 47-64.
79. Edmunds Margaret (Editor), Molly Joel Coye (Editor America's Children : Health Insurance and Access tu Care. Published 1998.
80. Enteen Robert. Health Insurance Sourcebook : Basic Information About Managed Care Organizations, Traditional Fee-For-Service Insurance. Published 1996.
81. Enthoven, A.C. (1998) Theory and Proctice of Managed Competition in Health Care Finance (Amsterdam: North Holland).

82. Euller Roald, Disability : Challenges for Social Insurance, Health Care Financing, and Labor Market Policy (Conference of the National Academy of Social Insurance).Published 1997.
83. Field Marilyn J. The Executive's Guide to Controlling Health Care and Disability Costs : Strategy-Based Solutions. Published 1993.
84. Furrow Barry R, Health of Nations: An International Perspective on U.S. Health Care reform. Published 1996.
85. Glaser W. Paying the Hospital. London. Jossey-Bass.Published 1997.
86. Glaser W. Paying the Hospital: American Problems and Foreign Solutions. International Journal of Health Services, Volume 21, Number 3: 389-399, 1991.
87. Gottlieb Martin. Contracting on a Capitated Basis : Managing Risk for Your Practice.Published 1998.
88. Grabowski Henry G. Healthy Markets? : The New Competition in Medical Care. Published 1994.
89. Graig Laurene A. Health of Nations : AN International Perspectives on U.S. Health Care Reform (Health of Nations, 3rd ED). Published 1999.
90. Graig Laurene A. Health Reform and Pharmaceutical Innovation (Aei Special Studies in Health Reform).Published 1999.
91. Grening Gloria. Wolk, Ralph Nadre. Choosing and Using an Hmo. Published 1997.
92. Grogan, C.M. (1992). „Deciding on Levels and Access tu Care: A Comparison of Canada, Britain, Germany, and the United States. 213-32.
93. Hakansson S. Prospects for using DRG in Swedish Hospitals. Health Policy, 9. 1988 p.p. 177-192.
94. Ham Christopher. Health Policy in Britain. 1992, 1-7.
95. Havighurst Clark C. Health Care Reform and Battle for the Body Politic. Published 1994.
96. Kaser M. (1976) Health Care in the Soviet Union And Eastern Europe (London).
97. KelwalaSurendre. Blue Cross : What Went Wrong? Published 1996.

98. Korczyk Sophie M. Hazel A. Witte. The Confused Consumer;s Guide to Choosing a Health Care Plan: Everything You Need to Know.Published 1998.
99. Landay David S. Beginnings Count : The Technological Imperative in American Health Care. Published 1998.
100. Law Sylvia A. Broken Promises : Fraud by Small Business Health Insures (Northeastern Series on White-Collar and Organizational Crime).Published 1976.
101. Levitin Nancy. America's Health CareCrisis : Who's Responsible?. Published 1994.
102. McDaniel Charlotte. Health Care Choices : Private Contracts As Instruments of Health Reform. Published 1994.
103. Morone, J. (1990) „The Reconstruction of Medical Politics,” The Democratic Wish (New York: Basic Books).
104. Newhouse Joseph P, Insurance Experiment Group Free for All? : Lessons from the Rand Health Insurance Experiment. Published 1994.
105. Newhouse Joseph P. Fundamentals of Health Insurance, Part A. Published 1996.
106. Paolella Michael A. AuditiongHealth CareBenefits : How to Manage Costs and Minimize Risk.
107. Parmelee, D.E. (1989). Successes and Crises og National Health Systems, pp. 165-91.
108. Mark V. Health Care Benefits at Work : An Economic and Analysis of Employment-Based Health Insurance. Published 1999.
109. Pauly Mark V. Health Care Benefits Problem Solver for Human Resource Professionals and Managers. Published 1998.
110. Payer Lynn. Economic Effects of Health Care Reform (Special Studies in Health Reform).Published 1994.
111. Peterson Mark A. Healthy Markets? : The New Competition in Medical Care. Published 1998.
112. Peterson Mark A. Healthy, Wealthy, or Wise? : Issues is American Health Care Policy. Published 1998.Published 1995.
113. Reinhard, U.E. (1994) „Perpectiv on the German Health Care System, „Health Affairs, 13, pp. 422-4.

114. Reno Virginia P, Sisease-Mongers : How Sectors, Srog Companies, and Insurers Are Making You Feel Sick. Published 1997.
115. Rothman David J. Being a Medical Information Coder (Brady Medical Clerical Series) Published 1997.
116. Schwartz Aaron, H. and W.B. The Painful Prescription: Rationing Hospital Care (Washington DC: Brookings Institution) , New-York, 1984.
117. Shernoff William M. Free for All? : Lessons from the Rand Health Insurance Experiment. Published 1999.
118. Spragins Ellyn. Coding & Reimbursement : The Complete Picture Within Health Care Published 1998.
119. Stace-Naughton Denise. The Coming Health Crisis : Who Will Pay for Care the Aged in the Twenty-First Century? Published 1998.
120. Steurle C. Eugene Steuerle. Employee Benefits for Small Business. Published 1994.
121. Tillman Robert. Broken Promises : Fraud by Small Business Health Insurers (The Northeastern Series on White-Collar and Organizational Crime). Published 1998.
122. Tillman Robert. California : Life and Health Insurance : Principles and Practice Published 1998.
123. Truman Harry S. Vereus the Medical Lobby : The Genesis of Medicare (Give'Em Hell Harry Series) Monte M. Poen Published 1996.
124. White Jane, Bruce Pyeson Employment and Health Benefits : A Connection at Risk Published 1993.
125. Wilcox Wendy Health insurance terminology. Published 1997.
126. Wolfe. John R. The Complete Book of Insurance : The Consumer's Guide to Insuring Your Life, Health, Property and Income. Published 1993.