

ISSN 1987-5789

# ეკონომიკა და ბიზნესი



ECONOMICS AND BUSINESS  
ЭКОНОМИКА И БИЗНЕС

ნოემბერი-დეკემბერი  
NOVEMBER-DECEMBER  
НОЯБРЬ-ДЕКАБРЬ

2013

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის  
ეკონომიკისა და პიზნის ფაკულტეტის საერთაშორისო რეფერირებადი  
და რევენგირებადი სამეცნიერო-პრაქტიკული ჟურნალი

International refereed and reviewed scientific and practical journal  
of the Faculty of Economics and Business,  
Iv. Javakhishvili Tbilisi State University

Международный реферируемый и рецензируемый научно-  
практический журнал факультета Экономики и Бизнеса  
Тбилисского государственного университета имени Ив.  
Джавахишвили



გამოდის 2008 წლის იანვრიდან, ორ თვეში ერთხელ  
Published since January, 2008 once in two month  
Выходит с Января 2008 года раз в два месяца

რედაქციის მისამართი: თბილისი, უნივერსიტეტის ქ., №1,  
თსუ მაღლივი კორპუსი, მე-13 სართ.,  
ტელ. 230-36-68, 599-10-38-16; 599 24-77-47.  
e-mail: ebf.journal@tsu.ge

## სარედაქციო კოლეგია

**რევაზ გოგოხია** – მთავარი რედაქტორი,

ეკონომიკურ მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი.

საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის აკადემიკოსები, ეკონომიკურ მეცნიერებათა დოქტორები, პროფესორები: **ვლადიმერ პაპავა**, **ავთანდილ სილაგაძე**, საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის წევრ-კორესპონდენტი, ეკონომიკურ მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი **ლეო ჩიკავა**.

ეკონომიკურ მეცნიერებათა დოქტორები, პროფესორები: **იური ანანიაშვილი**, **რამაზ აბესაძე**, **თემურ ბერიძე**, **გიორგი ღაღანიძე**, **სიმონ გელაშვილი**, **რევაზ გველესიანი**, **ნუგზარ თოდუა**, **ირაკლი კოვსანაძე**, **ნათელა ლაცაბიძე**, **ეკა ლეკაშვილი**, **მურთაზ მაღრაძე**, **მაია მარგველაშვილი**, **ქეთევან მარშავა**, **ელგუჯა მექვაბიშვილი**, **იაკობ მესხია**, **დავით ნარმანია**, **ნუგზარ პაიჭაძე**, **სერგო სანაძე**, **ირაკლი სალარეიშვილი**, **დემურ სიჭინავა**, **მირიან ტუხაშვილი**, **ეთერ ხარაიშვილი**, **ელენე ხარაბაძე**, **რომან ხარბედია**, **ნოდარ ხადური**, **აკაკი ხელაძე**, **თემურ შენგელია**, **ემზარ ჯგერენაია**.

## EDITORIAL BOARD

**Revaz Gogokhia** – Editor-in-chief, Doctor of Economic sciences, professor.

Academics of National Academy of Sciences of Georgia, Doctors Of Economics Sciences, professors: **Vladimir Papava**, **Avtandil Silagadze**, corresponding member of Georgian National Academy of Sciences, doctor of Economic Sciences, professor **Leo Chikava**.

Doctors of Economic Sciences, professors: **Iuri Ananiashvili**, **Ramaz Abesadze**, **Temur Beridze**, **Giorgi Gaganidze**, **Simon Gelashvili**, **Revaz Gvelesiani**, **Nugzar Todua**, **Irakli Kovanadze**, **Natela Latsabidze**, **Eka Lekashvili**, **Murtaz Magradze**, **Maya Margvelashvili**, **Ketevan Marshava**, **Elguja Mekvabiishvili**, **Iakob Meskhia**, **David Narmania**, **Nugzar Paichadze**, **Sergo Sanadze**, **Irakli Sagareishvili**, **Demur Sichinava**, **Mirian Tukhashvili**, **Eter Kharaiashvili**, **Elene Kharabadze**, **Roman Kharbedia**, **Nodar Khaduri**, **Akaki Kheladze**, **Temur Shengelia**, **Emzar Jgerenaia**.

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

**Реваз Гогохия** – главный редактор, доктор экономических наук, профессор.

Академики Национальной Академии наук Грузии, доктора экономических наук, профессора: **Владимер Папавა**, **Автандил Силагაძე**, член-корреспондент Национальной Академии наук Грузии, доктор экономических наук, профессор **Лео Чикава**.

Доктора экономических наук, профессора: **Юрий Ананиашвили**, **Рамаз Абесадзе**, **Темур Беридзе**, **Георгий Гаганидзе**, **Симон Гелашвили**, **Реваз Гвелесиანი**, **Нугзар Тодуа**, **Ираклий Ковсанაძე**, **Натела Лацаბიძე**, **Ека Лекашвили**, **Муртаз Магრაძე**, **Майя Маргველაშვილი**, **Кетеван Маршава**, **Злуджа Мекვაбишвили**, **Якоб Месхия**, **Давид Нармания**, **Нугзар Пайчаძე**, **Серго Санаძე**, **Иракли Сагарეишвили**, **Демур Сичинаვა**, **Мирриан Тухашვილი**, **Етер Хараишვილი**, **Элене Харабаძე**, **Роман Харбедия**, **Нодар Хадური**, **Акаки Хелაძე**, **Темур Шенгелиა**, **Эмзар Джгеренаია**.

---

---

## სარედაქციო კოლეგიის უცხოელი წევრები.

ვოლფგანგ ვენგი – ბერლინის (გერმანია) უნივერსიტეტის პროფესორი, ჰარალდ კუნცი – ბრანდერბურგის (გერმანია) უნივერსიტეტის ეკონომიკური თეორიის კათედრის გამგე, პილიპენკო ე.ვ. ემდ. რუსეთის მეცნიერებათა აკადემიის ურალის განყოფილების ეკონომიკის ინსტიტუტის კურგანის ფილიალის დირექტორი. კიმ ტაქსირი – რუსეთის მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი, ჯოზეფ ხასიდი – პირეუსის (საბერძნეთი) უნივერსიტეტის ეკონომიკური ფაკულტეტის დეკანი, პროფესორი, ტომას ჰალდმა – ტარტუს (ესტონეთი) უნივერსიტეტის ეკონომიკისა და ბიზნესის ადმინისტრირების ფაკულტეტის დეკანი, პროფესორი.

### **FOREIGN MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD OF ECONOMICS:**

Wolfgang Weng – Professor at Berlin University (Germany), Harald Kunz – Head of department of Economic theory at Branderburg University (Germany), Pilipenko E.V. Economical doctor in science, economic branch in Kurgan unstitute, region of Ural, Russia. Kim Taksir – Academician of Russian Academy of Sciences, Joseph Hassid - Dean of the Faculty of Economics Piraeus University (Greece), Professor, Toomas Haldma – Tartu University's Dean Faculty of Economics and Business Administration, professor (Estonia).

### **ИНОСТРАННЫЕ ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:**

Волфганг Венг - Профессор Берлинского Университета (Германия), Кунц Гаралд – зав. кафедрой экономической теории Брандербургского Университета (Германия), Пилипенко Е.В. Д.Э.Н. - Директор Курганского филиала ИЭ УрО РАН, Ким Таксир – Академик Российской Академии Наук, Джозеф Хассид – декан экономического факультета Пирейского Университета (Греция), Тоомас Халдма - декан факультета экономики и администрирования бизнеса Университета Тарту (Эстония), профессор.

---

---

## სარჩევი

### ეკონომიკური თეორია და ეკონომიკური პოლიტიკა

<b>რევაზ გველესიანი.</b> თანამიმდევრული და ეტაპობრივი რეფორმების სოციალური ტექნიკა .....	10
<b>ЕВГЕНИЙ МНЬИХ.</b> Научная составляющая экономических инноваций .....	23
<b>ავთანდილ ჩუთლაშვილი.</b> ამერიკის შეერთებული შტატების სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების ძირითადი ტენდენციები .....	31
<b>ინგა ალარჯიშვილი.</b> რაციონალური არჩევანის პრობლემა პოსტსაბჭოთა პოლიტიკურ ბაზრებზე .....	49

### მიკრო-მაკროეკონომიკა

<b>თენგიზ ვერულავა.</b> სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემა – ჯანდაცვის ეფექტიანი დაფინანსების მექანიზმი..65	
<b>ТАТЬЯНА ОМЕЛЬЯНЕНКО.</b> Производственные приоритеты и процесс разработки производственной стратегии предприятия .....	91
<b>ნონა ბელიტაშვილი.</b> თანამედროვე საპენსიო რეფორმის მიზნები და სტრატეგია საქართველოსთვის .....	103

### მენეჯმენტი, მარკეტინგი, ტურიზმი

<b>გიორგი ღალანიძე.</b> ქართული სასოფლო-სამეურნეო პროდუქციის კონკურენტუნარიანობა და საექსპორტო სტრატეგიის ფორმირების საკითხები ევროკავშირის ბაზარზე .....	113
---	-----

---

<b>ლეილა ქალაგიშვილი.</b> ორგანიზაციული კულტურის ფორმირების საკითხისათვის .....	127
<b>დავით ნიჭარაძე.</b> კულტურული თავსებურებების გავლენა კომუნიკაციის პროცესზე საერთაშორისო ფორმებში .....	141

**შინაინსები და საბანკო საქმე**

<b>მაია გომოსია.</b> ფულის თანამედროვე თეორიების ზოგიერთი აქტუალური საკითხი .....	153
<b>ეკა ბრიგაღაშვილი.</b> საგადასახადო პოლიტიკის სრულყოფისა და ეფექტიანობის ამადლებების საკითხისათვის .....	179

**ჩვენი იუბილარები**

ღირსეულ იუბილარს - ღირსეული ჯილდო .....	192
ჟურნალ „ეკონომიკა და ბიზნესის“, 2013 წლის №1-5-ის შინაარსი .....	195
ჟურნალში – „ეკონომიკა და ბიზნესი“, სამეცნიერო სტატიების წარმოდგენისა და გამოქვეყნების წესი .....	202



**თენგიზ ვერულავა**  
**მედიცინის აკადემიური დოქტორი,**  
**ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის**  
**სრული პროფესორი**

დიდი ფრანგი მწერლის ონორე დე ბალზაკის სიტყვებით: „ქვეყნად არაფერია სრულყოფილი, გარდა უბედურებისა“. იდეალური და სრულყოფილი არც არაფერი არსებობს. სრულყოფილება განუწყვეტელი და გამუდმებული მისწრაფებაა სრულყოფისაკენ, ანუ პროცესია და არასოდეს როგორც არსებული, უკვე მიღწეული. როგორი შეიძლება იყოს ჯანდაცვის სრულყოფილი, საუკეთესო სისტემა? ჯანდაცვის ასეთი სისტემა გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების შეუზღუდავ ხელმისაწვდომობას, როდესაც ადამიანს აქვს ნებისმიერი სახეობის სამედიცინო მომსახურების აბსოლუტურად თავისუფალი არჩევანი.

შეუზღუდავი ხელმისაწვდომობის გარდა, საუკეთესო სისტემის დროს, პაციენტი დაცული უნდა იყოს სამედიცინო მომსახურების ხარჯების როგორც ფინანსური, ასევე ფსიქოლოგიური ტვირთისაგან, ანუ პაციენტი იზოლირებულია ხარჯებისაგან. იგი მიიღწევა ისეთ შემთხვევაში, როდესაც სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს მთლიანად იხდის საღაზღვევო კომპანია და/ან სახელმწიფო (5, გვ. 46).

აღმოჩნდა, რომ ჰიპოთეტური საუკეთესო სისტემის ორივე პრინციპი: შეუზღუდავი ხელმისაწვდომობა და ჯან-

დაცვის ხარჯებისაგან პაციენტის სრული იზოლირება ერთმანეთთან შეუთავსებელია. თუ პაციენტს აქვს სამედიცინო მომსახურებაზე შეუზღუდავი ხელმისაწვდომობა და ამასთან იგი იზოლირებულია ჯანდაცვის ხარჯებისაგან, მაშინ აუცილებლად დადგება სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის ლიმიტირების საკითხი (მაგ., სახელმწიფო განსაზღვრავს ჯანდაცვის ბიუჯეტს, პრიორიტეტებს). აქედან გამომდინარე, ზოგი მომხმარებელი ვერ მიიღებს მისთვის სასურველ სამედიცინო მომსახურებას და შესაბამისად, სისტემა არ იქნება ყველასათვის ერთნაირად ხელმისაწვდომი. ფაქტობრივად, ორივე პრინციპი დარღვეულია, რაც ნიშნავს, რომ სრულყოფილი ჯანდაცვის სისტემა არ არსებობს.

მთელ მსოფლიოში შეინიშნება ჯანდაცვის ხარჯების ზრდა. აშშ-ში მედიქეას სახელმწიფო პროგრამით ხარჯები მთლიანი შიგა პროდუქტის 3%-ს აღწევს, რამაც 2050 წელს შესაძლოა 9%-ს მიაღწიოს [1]. მკვლევართა აზრით, ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის უმთავრესი მიზეზია პაციენტის იზოლირება სამედიცინო მომსახურების ხარჯებისაგან (5, გვ. 48). აშშ-ში ჯანდაცვის ხარჯების დაახლოებით 85%-ს იხდის მესამე მხარე - სახელმწიფო ან სადაზღვევო კომპანია.

ეკონომიკის სხვადასხვა დარგში საქონლის წარმოებას, დაფინანსებას, და განაწილებას თავად კერძო სექტორი ახორციელებს, ცხადია, სახელმწიფოს მცირე მარეგულირებელი როლით. ამისაგან განსხვავებით, ჯანდაცვის სექტორში სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებასა და მიწოდებაში სახელმწიფო უმთავრესი მოთამაშე გახდა. განვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვის ხარჯებში სახელმწიფო ხარჯების წილი 75%-მდე გაიზარდა, ხოლო აშშ-ში იგი 50%-ს აღწევს. გარდა ამისა, აშშ-ის სადაზღვევო სექტორში სახელმწიფოს შედავათიანი გადასახადები აქვს დაწესებული, რითაც მის არაპირდაპირ სუბსიდირებას ახდენს. აღნიშნულთან დაკავშირებით, მილტონ ფრიდმანი ხაზს უსვამდა: “რეფორმების



უმეტესობა რაც XX საუკუნის მეორე ნახევარში განხორციელდა, არასწორი გზით მიდის... ექიმების, საავადმყოფოების მიერ გაწეულ სამედიცინო მომსახურებაზე იხდის იხდის არა პაციენტები, არამედ მესამე მხარე - სადაზღვევო კომპანია ან სახელმწიფო” [3].

ჩვეულებრივ, როდესაც ბაზარში რაიმე საქონელს ვყიდულობთ, მესამე მხარე არ იხდის ჩვენს მაგივრად, არამედ პირდაპირ გამყიდველს ვუხდით თანხას. ჯანდაცვის ბაზარზე, როდესაც პაციენტი დაზღვეულია და შემთხვევის დადგომისას არაფერს იხდის, ანუ ხარჯებისაგან იზოლირებულია, იგი არ არის დაინტერესებული ეფექტიანად, მომჭირნედ გასწიოს მკურნალობის ხარჯები. მას სტიმული აქვს ჭარბად მოიხმაროს ჯანდაცვის სერვისები. თავის მხრივ, ექიმისთვისაც მისაღებია, რომ პაციენტი მასთან მიმართვისას არაფერს იხდის, ხოლო სამედიცინო მომსახურებაზე გაწეულ ხარჯებს, მის მაგივრად, მესამე მხარე (სახელმწიფო და/ან სადაზღვევო კომპანია) დააფინანსებს. აღნიშნულის შედეგად ექიმის მიერ დანიშნული მომსახურება შესაძლოა აბსოლუტურად არააუცილებელი და არაეფექტიანი აღმოჩნდეს.

ჯანდაცვის ხარჯებისაგან პაციენტების იზოლირებასთან დაკავშირებული უარყოფითი მოვლენების თავიდან ასაცილებლად მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სექტორში თავისუფალი ბაზრის პრინციპების დანერგვის ხელშეწყობა, რაც გულისხმობს პაციენტსა და ექიმს შორის შუამავლის, მესამე გადახმველი მხარის როლის შემცირებას და საკუთარ ჯანმრთელობაზე პიროვნების პასუხისმგებლობის როლის ამადლებას. სწორედ ამ პრინციპების განვითარებას უწყობს ხელს სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემა.

**მოკლე ისტორია.** სამედიცინო შემნახველი ანაბრების შესახებ იდეა ჩაისახა აშშ-ში 1970-იან წლებში. პრეზიდენტ ნიქსონის ადმინისტრაციის პერიოდში, 1974 წელს ამერიკის სამედიცინო ასოციაციის ეკონომისტმა ჯესი ჰიქსონმა შეი-

მუშავა ჯანდაცვის ბანკების იდეა. იდეის მიხედვით, დამსაქმებელს ჯანდაცვის თანხები უნდა შეეტანა დაქირავებულთა ინდივიდუალურ შემნახველ ანაბრებზე მათი სამედიცინო საჭიროებისათვის.

ჯესი პიქსონის მოსაზრება სამედიცინო შემნახველი ანაბრების შესახებ გაიზიარა ცნობილმა ეკონომისტმა, ნობელის პრემიის ლაურეატმა მილტონ ფრიდმანმა. 1984 წელს სინგაპურში მიიღეს კანონი სამედიცინო შემნახველი ანაბრების შესახებ. აშშ-ში 2003 წელს პრეზიდენტმა ჯორჯ ბუშმა ხელი მოაწერა კანონს სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემის განვითარების შესახებ.

**სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემის ძირითადი პრინციპები.** სამედიცინო შემნახველი ანაბრები განიხილება როგორც ჯანდაცვის დაფინანსების ალტერნატიული მეთოდი. იგი წარმოადგენს ინდივიდუალურ შემნახველ ანაბრებს, რომლის მთავარი უპირატესობებია:

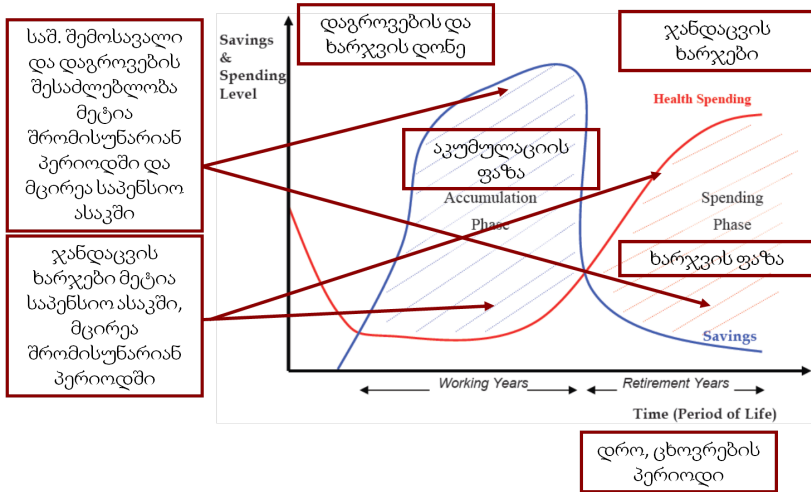
- პერსონალური პასუხისმგებლობის ამაღლება;
- მომავალში მოსალოდნელი ჯანდაცვის მაღალი ხარჯებისათვის თანხების დაგროვების ხელშეწყობა (პერსონალური ცხოვრების ციკლის დროის გადანაწილება);
- პაციენტების მხრიდან ჯანდაცვის ხარჯებზე კონტროლის სტიმული;
- ჯანდაცვის სისტემაში დამატებითი სახსრების მობილიზების სტიმული;
- ორიენტაცია პრევენციულ ჯანდაცვაზე (ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ხელშეწყობა).

სამედიცინო შემნახველი ანაბრების უმთავრესი უპირატესობაა პაციენტის პერსონალური პასუხისმგებლობის ამაღლება. იგი ეფუძნება პერსონალური ცხოვრების ციკლის დროის გადანაწილების პრინციპს (Personal Life-Cycle Time Pooling), რაც გულისხმობს აქტიური ცხოვრების პერიოდში თანხების დაგროვებას მომავალში მოსალოდნელი

ჯანდაცვის მაღალი ხარჯებისათვის (იხ. ნახ. 1).

პერსონალური ცხოვრების ციკლის დროის გადანაწილება, თანხების დაგროვება, ინდივიდუალური დაგროვების მოცულობა და ჯანმრთელობის ხარჯები

ნახ. 1



სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემისაგან განსხვავებით, დაზღვევის სისტემა ეფუძნება სოლიდარობის პრინციპს, სადაც დაზღვეულები თავიანთ რისკს გადასცემენ საერთო ფონდს, რომლის მეშვეობით ხორციელდება რისკის გადანაწილება ფონდში გაერთიანებულ დაზღვეულებს შორის.

ადამიანის საშუალო შემოსავალი და თანხების დაგროვების შესაძლებლობა მაღალია ეკონომიკურად აქტიურ, ანუ შრომისუნარიან პერიოდში, ვიდრე საპენსიო ასაკში. მეორე მხრივ, ჯანდაცვის ხარჯები დაბალია ახალგაზრდა ასაკში და ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება. ეკონომიკურად აქტიურ პერიოდში ადამიანი ინდივიდუალურად აწარმოებს თანხების დაგროვებას, რომელიც შეუძლია გამოიყენოს

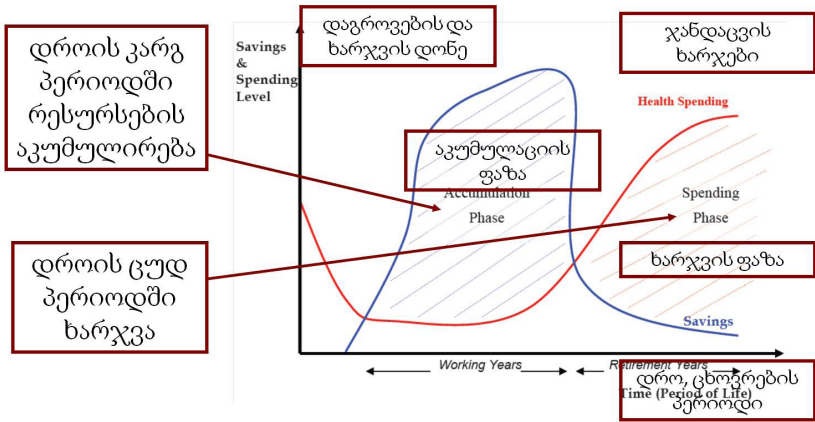
**თენგიზ პერულავა**

ცხოვრების შემდგომ პერიოდებში ჯანმრთელობის მოსალოდნელი ხარჯების დასაფარავად [4].

სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემა, ანუ თანხების დაგროვება მომავალში მოსალოდნელი ჯანმრთელობის ხარჯებისათვის, ამცირებს დაზღვევის სისტემისათვის დამახასიათებელ რისკის გადანაწილების თაობაზე შორის ტვირთს [4]. ინდივიდუალური შემნახველი ანაბრები ადამიანს საშუალებას აძლევს რესურსები დააგროვოს დროის კარგ პერიოდში, რაც შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს დროის შემდგომ, შედარებით არასასურველ პერიოდში (მაგ. სიბერე, ეკონომიკური კრიზისი, უმუშევრობა) [4] (იხ. ნახ. 2).

პერსონალური ცხოვრების ციკლის დროის გადანაწილება, თანხების დაგროვება, ინდივიდუალური დაგროვების მოცულობა და ჯანმრთელობის ხარჯები.

ნახ. 2



სამედიცინო შემნახველი ანაბრების უმთავრესი მიზანია პერსონალური პასუხისმგებლობის ამაღლება. იგი ეფუძნება იმ მოსაზრებას, რომ ადამიანთა უმრავლესობა პასუხისმგებელი უნდა იყოს ჯანდაცვის საკუთარ დანახარჯებზე. ამისგან განსხვავებით, დაზღვევისათვის დამახასიათებელია

კოლექტიური პასუხისმგებლობა. მდგომარეობას ართულებს ის გარემოება, რომ სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას დაზღვეული არაფერს იხდის, იგი იზოლირებულია ხარჯებისაგან, რაც ჯანდაცვის სერვისების ზედმეტად მოხმარების სტიმულებს განაპირობებს. დაზღვევისაგან განსხვავებით, სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემის დროს მოქმედებს ეკონომიკური პრინციპი - ჯანდაცვის სერვისების მოთხოვნაზე გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ფასი, შესაბამისად მცირდება მისი ზედმეტად მოხმარება, არააუცილებელი სამედიცინო მომსახურების ჩატარების სტიმული. სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემის დროს პაციენტი დაინტერესებულია გასწიოს ჯანდაცვის ხარჯებზე კონტროლი, რადგან რაც უფრო ნაკლებ თანხას დახარჯავს, მით მეტი დაუგროვდება ანგარიშზე და მით მეტად იქნება დაცული მომავალში ჯანდაცვის მოსალოდნელი მაღალი ხარჯებისაგან (იხ. ცხრილი 1).

პერსონალური პასუხისმგებლობა ითვალისწინებს საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვას ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების მეშვეობით. რაც უფრო მეტად მისდევს ადამიანი ცხოვრების ჯანსაღ წესს, მით ნაკლებად დასჭირდება სამედიცინო მომსახურება და შესაბამისად, მით მეტს დააგროვებს ანგარიშზე. სინგაპურში პრევენციული ჯანდაცვის ღონისძიებებს ფართო ხელშეწყობა აქვს სახელმწიფოს მხრიდან. ფართოდ ხორციელდება ეროვნული პროგრამების სუბსიდირება (ეროვნული იმუნიზაციის პროგრამა, მეგრდის და საშილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი, აგრეთვე ინტეგრირებული სკრინინგის პროგრამა, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების პროგრამები) [6].

სამედიცინო შემნახველი ანაბრების და დაზღვევის  
სისტემის შედარება

ცხრილი 1

სამედიცინო შემნახველი ანაბრები	დაზღვევის სისტემა
<p>ეთიკური საშიშროების პრევენცია; ჯანდაცვის ხარჯებზე ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის ხელშეწყობა; სახსრების დაგროვებისკენ მოტივაცია; არააუცილებელი სერვისების თავიდან აცილება; დაგროვილი თანხის გამოყენება მომავალში ჯანდაცვის ხარჯებისათვის</p>	<p>ექიმებს და პაციენტებს არ აქვთ ხარჯთ-ეფექტური მკურნალობის სტიმული. დაზღვეულები დაინტერესებული არიან ჩაიტარონ არააუცილებელი სერვისები, რადგან დაზღვევა ბენეფიციარებს უზრუნველყოფს შემთხვევის დადგომისას უფასო მომსახურებას ან ძალიან დაბალ თანაგადახდებს.</p>
<p>შემნახველი ანაბრები მისდევს ბენეფიციარებს</p>	<p>სადაზღვევო პრემია არ მისდევს ინდივიდუალურ პირებს, დაგროვებით არ იზრდება დროთა განმავლობაში, და არ ფარავს ყველა სერვისს</p>
<p>ხარჯების შემცირება</p>	<p>ხარჯების ზრდა</p>

სამედიცინო შემნახველი ანაბრების დადებითი მხარეა პორტატიულობა. ფიზიკურ პირებს, რომლებიც ფლობენ ჯანდაცვის შემნახველ ანგარიშებს, სხვა სამუშაო ადგილზე გადასვლისას შეუძლიათ გადაიტანონ თავიანთ ანგარიშზე არსებული ბალანსი.

სამედიცინო შემნახველი ანაბრები ჯანდაცვის სხვა სერვისებზე, კერძოდ ძვირადღირებული სამედიცინო მომსახურების სახეობებზე დამატებითი სახსრების მობილიზების სტიმულს იძლევა. სამედიცინო შემნახველი ანაბრების მეშვეობით ხორციელდება შედარებით დაბალხარჯიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა. რაც უფრო ნაკლებად მოიხმარს პაციენტი ასეთ სერვისებს, მით უფრო მეტი გროვდება თანხა შემდგომ პერიოდში შედარებით ძვირადღირებული სამედიცინო მომსახურების დასაფინანსებლად.

სამედიცინო შემნახველი ანაბრების ადმინისტრირება შეიძლება ბანკის, სადაზღვევო კომპანიის ან სხვა არასაბანკო ორგანიზაციის მიერ. უფრო ხშირად, ის განთავსდება საბანკო დაწესებულებებში. შედეგად იზრდება ფინანსური ინსტიტუტების სარგებლები, რაც თავის მხრივ, ქვეყნის საბანკო სისტემის მდგრადობას ზრდის. სამედიცინო შემნახველი ანაბრებზე საპროცენტო განაკვეთები, დივიდენდები ან კაპიტალის ზრდა არ ექვემდებარება გადასახადებს. ფიზიკური პირის შემოსავლებს ემატება გადასახადისაგან თავისუფალი დეპოზიტები. აშშ-ის შიგა შემოსავლების სამსახური (Internal Revenue Service) სამედიცინო შემნახველი ანაბრების გახსნაზე ადგენს მაქსიმალურ ლიმიტს: 3050 \$ ერთი პირზე, 6150 \$ ოჯახის მოცვაზე. სინგაპურში სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემა (მედისეივი), აშშ-ისგან განსხვავებით, წარმოადგენს სავალდებულო სისტემას.

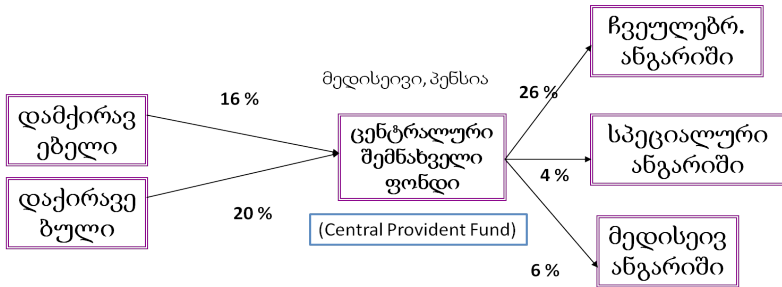
**სინგაპურის მედისეივის პროგრამა.** მედისეივი, რომელიც სინგაპურში შემოღებულ იქნა 1984 წელს, წარმოადგენს სავალდებულო სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სქემას. მედისეივი სავალდებულო საპენსიო სქემის (Central Provident Fund - CPF) ერთ-ერთი ნაწილია, სადაც შენატანი შეადგენს ხელფასის 36%-ს (16% დამსაქმებლის წილი და 20% - დაქირავებულის წილი). შენატანების გადახდა ხორციელდება ინდივიდუალურ ანგარიშებზე, საპენსიო და სამედიცინო ხარ-

**თენგიზ პერულავა**

ჯების უზრუნველსაყოფად. შენატანები თავს იყრის ცენტრალურ შემნახველ ფონდში, საიდანაც ჩვეულებრივ ანგარიშზე გადაირიცხება 26%, სპეციალურ ანგარიშზე 4%, ხოლო ჯანდაცვის ხარჯებისათვის მედისეივის ანგარიშზე გადაირიცხება 6% (იხ. ნახ. 3).

ცენტრალურ შემნახველ ფონდში შენატანები

ნახ. 3



ქვემოთ მოცემული ცხრილი 2 ასახავს ცენტრალურ შემნახველ ფონდში შენატანების განაწილებას ასაკის მიხედვით. დაქირავებულთა და დაქირავებულთა შენატანები განსხვავებულია ასაკის მიხედვით. 55 წლამდე 36%-ს შეადგენს, შემდგომ წლებში მცირდება 8.5%-მდე. 55 წლამდე დაქირავებულთა შენატანები შეადგენს 16%-ს, ხოლო დაქირავებულთა შენატანები შეადგენს ხელფასის 20%-ს. 55 წლის ზევით შენატანების ზომა სხვადასხვაა და იცვლება ასაკის მატებასთან ერთად. 55-60 წლამდე დაქირავებულთა და დაქირავებულთა შენატანები შეადგენს შესაბამისად 6 და 12.5%-ს, 60-65 წლის ასაკში - 3.5 და 7.5%-ს, ხოლო 65 წელზე ზევით ასაკში - 3.5 და 5%-ს. ამასთან, საპენსიო ნაწილის შენატანების გადახდა წყდება 65 წლის ზევით. მედისეივის ანგარიშზე შენატანები ასევე დამოკიდებულია ასაკზე და იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად, კერძოდ, 35 წლამდე შენატანი შეადგენს ხელფასის 6%-ს, 35-45 წლის ასაკში - 7%-ს, 45-65 წლის ასაკში - 8%-ს. 60 წელს ზევით - 8,5%-ს [12].



ცენტრალურ შემნახველ ფონდში შენატანების განაწილება

ცხრილი 2

დაქორაგებულის ასაკი (წლები)	დაქორაგებულის შენატანები (ხელფასის %)	დაქორაგებულის შენატანები (ხელფასის %)	შენატანები სულ (ხელფასის %)	ხეულებრივი ანგარიში (%)	სპეციალური ანგარიში (%)	მედიისეის ანგარიში (%)
35 და ნაკლები	16	20	36	26	4	6
35-45	16	20	36	23	6	7
45-55	16	20	36	22	6	8
55-60	6	12.5	18.5	10.5	0	8
60-65	3.5	7.5	11	2.5	0	8.5
65-ზე მეტი	3.5	5	8.5	0	0	8.5

მედისეივის ანგარიშზე თანხის მაქსიმალურ რაოდენობას განსაზღვრავს მედისეივის შენატანების ზღვარის (Medisave Contribution Ceiling - MCC) ორგანიზაცია. 2009 წლის მონაცემებით, იგი შეადგენდა \$37,000-ს. ნებისმიერი შენატანი, რომელიც აღემატება დადგენილ ზღვარს, გადატანილ იქნება 55 წლამდე ასაკის პირთა სპეციალურ ანგარიშზე, ხოლო 55 წელს ზევით პირებისათვის კი გადაიტანება საპენსიო ანგარიშზე. როდესაც 55 წლის ზევით პირს სურს გავიდეს მედისეივის სქემიდან, მას ანგარიშზე უნდა ჰქონდეს მინიმუმ \$32,000 (2009), ხოლო აღნიშნული თანხის ზევით არსებობის შემთხვევაში შეუძლია გაიტანოს მხოლოდ ამ მინიმალურზე მეტი თანხა.

მედისეივი სავალდებულო სისტემაა. შენატანების გადახდა სავალდებულოა როგორც დასაქმებულებისათვის, ასევე იმ თვითდასაქმეულისათვის, რომლის წლიური შემოსავალი აღემატება \$6,000-ს. ფაქტობრივად, მედისეივით სინგაპურის მოსახლეობის დაახლოებით 85%-ია მოცული. 2008 წლის დეკემბრის მონაცემებით, სინგაპურელს მედისეივის ანგარიშზე გააჩნდა დაახლოებით 10,000 აშშ დოლარი [12]. მედისეივით ფინანსდება ბენეფიციარის (აგრეთვე ოჯახის წევრთა) ჰოსპიტალური და ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურების გარკვეული სახეობები (ქირურგიული პროცედურები, იმუნიზაცია, სკრინინგი, ოჯახის დაგეგმარების სერვისები, ფსიქიატრიული მომსახურება).

**კატასტროფული სამედიცინო ხარჯები.** ინდივიდუალური ანაბრებით დაგროვილი თანხა არ არის საკმარისი კატასტროფული სამედიცინო ხარჯებისგან დასაცავად (HIV/AIDS, ქრონიკული დაავადებები, თირკმლის უკმარისობა...). კატასტროფულ ხარჯებთან გამკლავება მხოლოდ სხვა ადამიანებთან ერთად სოლიდარობის, ანუ დაზღვევის უმთავრე-

სი პრინციპის გაზიარებითაა შესაძლებელი. სოლიდარობა გულისხმობს ერთი ადამიანის შესაძლო რისკის განაწილებას სხვა დანარჩენებზე, ანუ რისკები გადანაწილდება ყველა დაზღვეულზე და მათგან ანაზღაურებას მიიღებს მხოლოდ ის, ვისაც მიაღება ზარალი. დაზღვევის დროს ადამიანები თავიანთ რისკს გადასცემენ საერთო ფონდს. რაც უფრო მეტი ადამიანი უზიარებს ერთმანეთს რისკს, მით მეტია სარგებელი, და რაც მთავარია, მით ნაკლებია სადაზღვევო პრემია, და შესაბამისად ნაკლებია სამედიცინო მომსახურების ხარჯი.

ეკონომიკური თვალსაზრისით, ჯანმრთელობის დაზღვევა თავისი არსით განსხვავდება იმისაგან, რასაც ჩვენ დღეს ჯანმრთელობის დაზღვევას ვუწოდებთ. დაზღვევის არსიდან გამომდინარე, ჯანმრთელობის რისკი უნდა იყოს შემთხვევითი, მოულოდნელი. პროგნოზირებადი რისკი არ არის დაზღვევადი რისკი (მაგალითად, ფიზიოლოგიური მშობიარობა, გეგმური ოპერაციები, ექიმთან გეგმური კონსულტაციები...), დაზღვევადია მხოლოდ არაპროგნოზირებადი რისკები (მაგ. პათოლოგიური მშობიარობა). ჯანმრთელობის დაზღვევამ უნდა მოიცვას უმთავრესად ისეთი დაავადებები, რაც კატასტროფულ ხარჯებს განაპირობებს (ქრონიკული დაავადებები). არაპროგნოზირებადი, მაგრამ მცირეხარჯიანი რისკი არ არის დაზღვევადი (მაგალითად, მწვავე ბრონქიტი).

კატასტროფული სამედიცინო ხარჯებისათვის აშშ-ში მოქმედებს მაღალი ფრანშიზის ჯანმრთელობის სქემა (High Deductible Health Plan - HDHP), ხოლო სინგაპურში - მედიშიილდის (Medishield) სქემა. უნდა აღინიშნოს, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემით სარგებლობისათვის აუცილებელია კატასტროფული სამედიცინო ხარჯების დაზღვევის სქემაში გაწევრიანება.

მაღალი ფრანშიზის ჯანმრთელობის სქემა. აშშ-ში მაღალი ფრანშიზის ჯანმრთელობის სქემა (High Deductible

Health Plan - HDHP) შემოღებულ იქნა 2003 წელს. სადაზღვევო კომპანიებს, სქემის განხორციელების შეთხვევაში, მიეცათ გრკვეული საგადასახადო შეღავათები. სქემაში გასაწევრიანებლად დაწესებულია მინიმალური ფრანშიზა 1000 \$ ერთი პირისათვის და 2000 \$ - ოჯახისათვის. 2008 წლის მონაცემებით, ამ სქემით მოცულია 65 წლამდე ასაკის პირთა 8% (7 მლნ. პირი).

ფრანშიზა არის ზარალის ნაწილი, რომელიც აკლდება სადაზღვევო ანაზღაურებას და იფარება დაზღვეულის მიერ, ანუ მას არ ფარავს სადაზღვევო ორგანიზაცია. რაც უფრო მაღალია ფრანშიზა, მით მეტი სტიმული აქვთ პაციენტებს უფრო შეგნებულად მიუდგნენ ხარჯებს სამედიცინო მომსახურების მისაღებად გადაწყვეტილების მიღებისას. აღნიშნული ამცირებს სამედიცინო მომსახურების ჭარბად მოხმარებას, რაც, მთლიანობაში, თანხების ეკონომიის (დაგროვების) საშუალებას იძლევა. ამასთან, რაც უფრო მაღალია ფრანშიზა, მით დაბალია სადაზღვევო პრემია და შესაბამისად უფრო მიმზიდველია მოსახლეობისათვის, განსაკუთრებით დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობისათვის.

**მედიშილდი.** 1990 წელს სინგაპურში დაინერგა მედიშილდი (Medishield), რომელიც მაღალხარჯიანი დაავადებების ნაციონალური სადაზღვევო სქემაა (მაღალი ფრანშიზის კატასტროფების დაზღვევის სქემა). იგი მოიცავს 70 წლამდე პირთა იმ ქრონიკული დაავადებების მნიშვნელოვან კომპონენტს, რაც არ არის დაფარული მედისევიით. მსგავსად აშშ-ისა, სადაც სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემით ყველა მოსარგებლე გაერთიანებულია კატასტროფული სამედიცინო ხარჯების დაზღვევის სქემაში, სინგაპურშიც მედისეივის ყოველი წევრს შეუძლია აირჩიოს მედიშილდის სქემა (მედიშილდით მოცულია სინგაპურის მოსახლეობის 88%). მედიშილდისათვის პრემიები გაიცემა ინდივიდუალურ პირთა მედისეივის ანგარიშიდან. თუ აშშ-ში ამ სქემით გაბ-

ოიყენება მაღალი ფრანშიზა, სინგაპურში შემოღებულია მაღალი თანაგადახდების მექანიზმები. თანაგადახდა ამცირებს პაციენტების მიერ სამედიცინო მომსახურების ზედმეტ მოხმარებას. ბოლო წლებში სახელმწიფომ კერძო სადაზღვევო კომპანიებს ნება დართო მედიშილდის მსგავსი სქემების განხორციელებაზე, რის გამოც მოსახლეობას აქვს არჩევანი მედიშილდსა და კერძო სადაზღვევო კომპანიას შორის.

**დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება.** სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ დაბალშემოსავლიან მოსახლეობას არ აქვს სამედიცინო შემნახველ ანაბრებზე თანხის დაგროვების შესაძლებლობა. ამ პრობლემის აღმოსაფხვრელად 1993 წლიდან სინგაპურში არსებობს მედიფონდის სქემა. იგი სახელმწიფოს მიერ დაფუძნებული საქველმოქმედო ფონდია, რომელიც განკუთვნილია იმ პირთა სამედიცინო მომსახურების დასაფინანსებლად, რომლებიც მონაწილეობენ მედიკაციის ან მედიშილდის სქემებში, მაგრამ ჯანდაცვის ხარჯებთან დაკავშირებით აქვთ ფინანსური სირთულეები (მოსახლეობის დაახლოებით 10% სარგებლობს). მედიფონდით სარგებლობის კრიტერიუმია საჭიროება, რომელიც ეფუძნება პაციენტის ფინანსურ მდგომარეობას სამედიცინო მომსახურებაზე განაცხადის დროს.

გარდა ამისა, სახელმწიფო ახორციელებს მიზნობრივ სუბსიდიებს მათთვის, ვინც ყველაზე მეტად საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას. სახელმწიფო საავადმყოფოებში არის სხვადასხვა კლასის პალატები, რომლებიც სახელმწიფოს მხრიდან განსხვავებულად ფინანსდება. სახელმწიფო საავადმყოფოების 80%-ს სახელმწიფო აფინანსებს (B2 და C კლასის პალატები), დანარჩენი 20% მცირედ სუბსიდირდება (B1 კლასის პალატები), ხოლო A კლასის საწოლები საერთოდ არ ფინანსდება. პაციენტებს უფლება აქვთ აირჩიონ პალატები თავიანთი ფინანსური შესაძლებლობების მიხედვით.

## თენგიზ ვერულავა

A კლასის პალატები ერთადგილიანი და ყველაზე კეთილმოწყობილია, რომელთაც გააჩნიათ თავისი სააბაზანო, კონდიციონერი, ტელევიზორი, ინტერნეტით უზრუნველყოფა. A კლასის პალატების საწოლები საერთოდ არ სუბსიდირდება სახელმწიფოს მიერ. B1 კლასის პალატები ოთხადგილიანია და სახელმწიფოსგან სუბსიდირდება 20%-ით. B2 კლასის პალატები 6 ადგილიანია, სახელმწიფო ახდენს 60%-ზე მეტი თანხით სუბსიდირებას. C კლასის პალატები 8 და მეტადგილიანია და სახელმწიფო აფინანსებს 80%-ზე მეტი თანხით (იხ. ცხრილი 3).

პალატების სახეობები და შესაბამისი სუბსიდირება

ცხრილი 3

პალატა	ოთახების რაოდენობა	სუბსიდირება
A	1	0%
B1	4	20%
B+	5	50%
B2	6	60%-ზე მეტი
C	8	80%-ზე მეტი

აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფოს მიერ სუბსიდირებულ პალატებს მიმართავენ არამარტო დაბალშემოსავლიანი სინგაპურელები, არამედ ხშირად მაღალშემოსავლიანი პირებიც. 2005 წლის მონაცემებით, ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ გავრცელებული ინფორმაციის მიხედვით, მაღალშემოსავლიან სინგაპურელთა 22.1%-მა აირჩია B2 ან C კლასის პალატებში სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება. 2009 წლის 1 იანვრიდან სინგაპურში ამოქმედდა სპეციალური პროგრამა, რომელიც დაბალშემოსავლიან პაციენტებს სახელმწიფო საავადმყოფოებში სტაციონარული მომსახურების მისაღებად სუბსიდიებით სარგებლობის მეტ საშუ-

აღებას აძლევს, ვიდრე მაღალ შემოსავლიანებს. სუბსიდიები დამოკიდებულია პირად შემოსავალსა და საცხოვრებელის ტიპზე. ასევე, სინგაპურში შემუშავებულ იქნა “ბევრი დამხმარე ხელი”-ს კონცეფცია, რომელიც გულისხმობს საზოგადოების თვითორგანიზებას უმწეო ადამიანების მხარდასაჭერად, მათ მონაწილეობას როგორც სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაში, ასევე საქველმოქმედო შემოწირულობების გაცემაში. “ბევრი დამხმარე ხელი”-ს პროგრამას ძირითადად არამომგებიანი ორგანიზაციები ახორციელებენ, რომლებსაც სახელმწიფო გარკვეულ დახმარებას უწევს. “ბევრი დამხმარე ხელები”-ს კონცეფციის გასაგებად შეიძლება მოვიყვანოთ აღმოსავლური ანდაზა: „მიეცი ადამიანს თევზი და მას ერთი დღე ექნება საკვები, ასწავლე მას თევზის ჭერა და მას მთელი სიცოცხლე ექნება საკვები.” იგი ეფუძნება იმ იდეას, რომ სახელმწიფომ ხელი უნდა შეუწყოს ადამიანს, ასწავლოს მას დამოუკიდებლად “თევზის ჭერა”, და ამით განავითაროს მასში დამოუკიდებლად თავის გამოკვების უნარი, ვიდრე დაეხმაროს მასთან სათხოვნელად მისულს. ასეთი მიდგომა ავითარებს და აძლიერებს თავად საზოგადოებას.

ამგვარად, სინგაპურის ჯანდაცვა წარმოდგენილია „3 მ“ სისტემით:

- მედიკივი (შეიქმნა 1984 წ.) - სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სავალდებულო სქემა დასაქმებული მოსახლეობისათვის;

- მედიშილდი (1990) - მაღალხარჯიანი სამედიცინო მომსახურების სადაზღვეო სქემა;

- მედიფონდი (1993) - ჯანდაცვის საქველმოქმედო ფონდი სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ და დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობისათვის.

გარდა ამისა, 2002 წელს სინგაპურში შემოიღეს „ელდერშილდი“-ს (Eldersshield) პროგრამა ასაკოვან პირთა სხვადასხვა სახეობის დაავადებების დასაფინანსებლად.

იგი ზემოაღნიშნული სამი სქემის დამატებაა. ელდერშილდი კერძო სადაზღვევო სქემაა, რომლის მიზანია მძიმე ინვალიდობის შემთხვევაში (განსაკუთრებით ასაკოვან პერიოდში) სამედიცინო ხარჯების დაფინანსება.

მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი დაზღვეულია „ინტეგრირებული შილდის სქემით“. იგი ასევე კერძო დაზღვევაა. მასში დასაზღვევად აუცილებელია მედიშილდის სქემაში გაერთიანება.

სინგაპურის ჯანდაცვის სისტემის მთავარი ელემენტებია:

- უნივერსალური მოცვა;
- შერეული, სახელმწიფო-კერძო კონკურენტული ბაზარი;
- შერეული დაფინანსების მეთოდები (გადასახადები, სამედიცინო შემნახველი ანაბრები, დაზღვევა);
- კერძო და სახელმწიფო სისტემებს შორის არჩევანის შესაძლებლობა;
- პერსონალური და სახელმწიფო პასუხისმგებლობის ოპტიმალური დაბალანსება;
- პერსონალური პასუხისმგებლობის ამდლების ხელშეწყობა (თანაგადახდების მექანიზმების დანერგვა);
- მომავალში მოსალოდნელი ხარჯების მიმართ მდგრადობა (სამედიცინო შემნახველი ანაბრები);
- კატასტროფულ ხარჯებზე რისკის პულინგი და სოციალური დაცვა (დაზღვევის სისტემა);
- მიზნობრივი სუბსიდირება და თანაბარი განაწილება უმწვეო და ღარიბთათვის (გადასახადი);
- სახელმწიფო მონაწილეობს სტანდარტების და ფასების დადგენაში;
- საავადმყოფოს საწოლების, ექიმების და მაღალი ხარჯის სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენების რეგულირება.



**სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სისტემა.** სინგაპურში სამედიცინო მომსახურების მიწოდების შერეული სისტემაა. სახელმწიფო აფინანსებს გადაუდებელი სახელმწიფო საავადმყოფოების პალატებში გაწეული სამედიცინო მომსახურების 80%-ს [12]. პირველადი ჯანდაცვის სექტორში სამედიცინო მომსახურების კერძო მიმწოდებლები შეადგენენ 80%-ს. მედიის სახლებსა და მოვლის ცენტრებში მომსახურეობას ეწევიან კერძო საქველმოქმედო ორგანიზაციები, რომელთა უმრავლესობა ფინანსდება საზოგადოებრივი სახსრებით.

სინგაპურში პირველადი ჯანდაცვა ხორციელდება ამბულატორია-პოლიკლინიკებისა და კერძო სამედიცინო პრაქტიკის კლინიკების მეშვეობით. პირველადი ჯანდაცვა წარმოდგენილია 18 სახელმწიფო პოლიკლინიკის (20%) და 2,400 კერძო სამედიცინო კლინიკის სახით (80%) [12] (იხ. ცხრილი 4).

**პირველადი ჯანდაცვის და ჰოსპიტალური მომსახურების სისტემა, სინგაპური, 2012 წ.**

ცხრილი 4

	პირველადი ჯანდაცვა	ჰოსპიტალური მომსახურება	საწოდების პროცენტული განაწილება
სახელმწიფო სისტემა	20% (18)	15	85%
კერძო სისტემა	80% (2400)	10	15%

65 წლისა და ზემოთ ასაკის მოქალაქეებისათვის, აგრეთვე 18 წლამდე ბავშვებისათვის პოლიკლინიკებში ამბულატორიულ კონსულტაციებზე დაწესებულია 75%-იანი შეღავათი, სხვა მოქალაქეებისათვის - 50%-იანი შეღავათი.

**ჰოსპიტალური სერვისების** განსახორციელებლად, 2012 წლის მონაცემებით, ქვეყანაში ფუნქციონირებდა 25 საავადმყოფო. საწოლთა რაოდენობა შეადგენდა 10756-ს (2 საწოლი მოსახლეობის 1000 სულზე) [12]. საწოლთა 85% თავმოყრილია 15 სახელმწიფო საავადმყოფოსა და სპეციალიზებულ ცენტრში (საწოლთა რაოდენობა შეადგენს 185-დან 2010-მდე) და 10 კერძო საავადმყოფოებში (საწოლთა რაოდენობა შეადგენს 20-დან 345-მდე) [12]. სახელმწიფოს დომინანტური როლი უკავია ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურების მიწოდებაში. 15 სახელმწიფო საავადმყოფოდან 6 ზოგადი პროფილისაა, 1 ქალთა და ბავშვთა საავადმყოფოა, 1 - ფსიქიატრიული და 6 - ნაციონალური ცენტრი (ონკოლოგიური, კარდიოლოგიური, ოფთალმოლოგიური, დერმატოლოგიური, ნევროლოგიური და სტომატოლოგიური) და მრავალპროფილიანი სამედიცინო ცენტრი [12].

სახელმწიფო საავადმყოფოებში პაციენტებს შეუძლიათ აირჩიონ პალატები. სახელმწიფო საავადმყოფოების 81% სახელმწიფოს მიერ სუბსიდირდება (B2 და C კლასის პალატები), 19% ნაწილობრივ სუბსიდირდება (B1 კლასის პალატები), ხოლო A კლასის პალატების საწოლები საერთოდ არ ფინანსდება სახელმწიფოს მიერ. 2012 წლის მონაცემებით, გადაუდებელი დახმარების სახელმწიფო საავადმყოფოებში საწოლზე დაყოვნების საშუალო მაჩვენებელი შეადგენდა 5,8 დღეს, ხოლო დატვირთვის საშუალო მაჩვენებელი 85%-ს [12].

ბოლო წლებში მთავრობამ მოახდინა სახელმწიფო საავადმყოფოების რესტრუქტურისაცია, რის შედეგად მათ მიიღეს მართვის ავტონომია. რესტრუქტურისებული საავადმყოფოები კერძო საავადმყოფოებისგან იმით განსხვავდება, რომ ისინი სახელმწიფოსგან ღებულობენ ყოველწლიურ სუბსიდიას და ფუნქციონირებენ როგორც სახელმწიფო სა-

კუთრებაში მყოფი არაკომერციული (არამომგებიანი) ორგანიზაციები [12].

**სინგაპურის ჯანდაცვის სისტემის ძირითადი მაჩვენებლები.** სინგაპურის მთელი მოსახლეობა მოცულია უნივერსალური ჯანდაცვით. დაფინანსების შერეული სისტემა საბაზრო მექანიზმების დანერგვასა და კონკურენციის ხელშეწყობის საშუალებას იძლევა. ჯანდაცვის ხარჯები მშპ-ის 4%-ს შეადგენს, რაც განვითარებული ქვეყნების მაჩვენებელზე გაცილებით დაბალია [12]. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები შეადგენს მთლიანი სახელმწიფო ხარჯების 7.2%-ს [12] (იხ. ცხრილი 5).

**სინგაპურის ჯანდაცვის დაფინანსება**

ცხრილი 5

	1995	2000	2005	2010
ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯები (GDP %)	3.0	2.4	3.4	4.0
სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე (ჯანდაცვაზე მთლიანი ხარჯების %)	50.5	51.4	30.4	36.3
კერძო დანახარჯები ჯანდაცვაზე (ჯანდაცვაზე მთლიანი ხარჯების %)	49.5	48.6	69.6	63.7
სახელმწიფო დანახარჯები (ჯანდაცვაზე მთლიანი სახელმწიფო ხარჯების %)	9.4	6.2	7	8
კერძო დაზღვევა (ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯების %)	0	0	11	12.6

მიუხედავად იმისა, რომ სინგაპურის ჯანდაცვის ხარჯები განვითარებული ქვეყნების ხარჯებზე გაცილებით ნაკლებია, მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები (სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა, ბავშვთა სიკვდილიანობა, ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა) ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, ერთ-ერთი საუკეთესო მსოფლიოში. ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ყოველ 1,000 ცოცხალშობილზე შეადგენს 3-ს, რაც დაბალია დიდი ბრიტანეთის (5.9) და აშშ-ში (7.6) მაჩვენებელზე (14). სინგაპურის ჯანდაცვის სისტემით კმაყოფილია სინგაპურელთა 85%. საშუალო მოცდის დრო ქირურგიულ სერვისებზე შეადგენს 2 კვირას, ხოლო დაყოვნების საშუალო ხანგრძლივობა საავადმყოფოში - 5 დღეს. 2006 წელს 400000 საზღვარგარეთელი ღებულობდა სამედიცინო მომსახურებას სინგაპურში.

სინგაპურის ჯანდაცვის სისტემა წარმოადგენს სამედიცინო მომსახურების მიწოდებასა და დაფინანსებაში სახელმწიფოს ჩარევების და საბაზრო მექანიზმების გამოყენების კომბინაციას. სინგაპურის მიდგომა, ყველაზე თვალნათლივ, ფორმულირებულია „ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის“ ხუთ პრინციპში, რომელიც 1993 წლის ოქტომბერში გამოქვეყნდა სინგაპურის მთავრობის ანგარიშში. ეს პრინციპებია:

- ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრების ხელშეწყობა, პრევენციულ ჯანდაცვაზე ორიენტაცია;
- თითოეული მოქალაქის ჯანმრთელობის პერსონალური პასუხისმგებლობის ხელშეწყობა. სახელმწიფოს საერთო კეთილდღეობაზე და სამედიცინო დაზღვევაზე ზედმეტად დამოკიდებულების თავიდან აცილება;
- ყველა სინგაპურელისათვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა;
- სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანობის ამაღლება კონკურენციისა და საბაზრო პრინციპების ფართო გამოყ-

ენებით;

- სახელმწიფო ჩარევების განხორციელება იმ შემთხვევაში, როდესაც ბაზრის მეშვეობით ვერ ხერხდება ჯანდაცვის ხარჯების შემცირება.

აშშ-ისაგან განსხვავებით, სადაც პრაგმატიზმი ხშირად ნიშნავს საზოგადოებრივი აზრის გათვალისწინებას და პოლიტიკურ კომპრომისებს, სინგაპურის პრაგმატიზმით პოლიტიკაში მისაღები გადაწყვეტილებები ეფუძნება რეალურ შედეგებს და არა მათ პოპულარობას. პრაქტიკულად, პრაგმატიზმი არის უტილიტარიზმის სინონიმი [7]. შესაბამისად, სინგაპურის ჯანდაცვის სისტემა ერთ-ერთი ყველაზე ხარჯთეფექტიანი ჯანდაცვის სისტემაა მსოფლიოში.

სინგაპურის მთავრობას არ აქვს არაპოპულარული გადაწყვეტილებების მიღების შიში. ხარჯების ეფექტიანობის და ჯანდაცვის ხარჯების შემცირების მიზნით, ძვირადღირებული მკურნალობის მეთოდებზე ხელმისაწვდომობა ხშირად შეზღუდულია. 1993 წელს მთავრობის მიერ გამოქვეყნებულ მოხსენებაში აღნიშნულია, რომ “ჯანდაცვაზე განხორციელებულმა დანახარჯებმა უნდა მოგვეცეს მაქსიმალურად საუკეთესო შედეგი, რისთვისაც საჭიროა ხარჯთ-ეფექტიან მკურნალობაზე მეტი რესურსების გამოყოფა” [10].

მედიკამენტების დაფარვაზე გადაწყვეტილება მიიღება „მედიკამენტების სტანდარტული სიის“ საფუძველზე, რომელიც წარმოადგენს „კლინიკურად შესაბამისი და ხარჯთ-ეფექტიანი მედიკამენტების სიას და განიხილება, როგორც ძირითადი სამკურნალო საშუალებები, რაც აუცილებელია მოსახლეობის უმრავლესობაში გავრცელებული დაავადებათა მართვისათვის“ [8]. მსგავსი მიდგომა გამოიყენება ქირურგიული პროცედურებისათვის. მაგალითად, აორტის სარქველის პერკუტანული (კანიდან შეღწევით განხორციელებული) ჩანაცვლება, რომელიც პირველად საფრანგეთში იქნა განხორციელებული 2002 წელს, არის უსაფრთხო პროცე-

დურა, ვიდრე გულის ოპერაციამდე აორტის სარქველის ღია ჩანაცვლება. სინგაპურში, აორტის სარქველის პერკუტანული ჩანაცვლებას სთავაზობენ მაღალი ქირურგიული რისკის მქონე პაციენტებს, რომლებზეც ვერ ტარდება აორტის სარქველის ჩვეულებრივი ჩანაცვლება [2]. მიუხედავად ამისა, აღნიშნული ოპერაციის ხარჯებს სახელმწიფო არ აფინანსებს, მისი წყარო საქველმოქმედო შემოწირულებებია [9]. გულის ეროვნული ცენტრი აქტიურად მონაწილეობს ასეთი პაციენტებისათვის თანხების შესაგროვებლად სპეციალური ფონდის მეშვეობით.

სინგაპურის ჯანდაცვის სამინისტროს 2010 წლის ანგარიშის მიხედვით, “მდგრადი ჯანდაცვის სისტემის გასაღებია ჯანდაცვის დეპოლიტიზება, ბაზრის ჩავარდნების მინიმუმამდე დაყვანა, ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირება ეკონომიკის სხვა დარგების მსგავსად” [11]. სახელმწიფო ჯანდაცვის სექტორს არეგულირებს მხოლოდ “საჭიროების შემთხვევაში, როდესაც ბაზარს არ შეუძლია ჯანდაცვის ხარჯების შემცირება” [13]. შეიძლება ითქვას, რომ სახელმწიფო ჩარევების მიზანია არა ბაზრის როლის შემცირება, არამედ მისი სწორი ფუნქციონირების უზრუნველყოფა.

2004 წელს, ჯანდაცვის სამინისტრომ დაიწყო საავადმყოფოთა ანგარიშგების გამოქვეყნება, სადაც ნაჩვენებია საავადმყოფოთა ხარჯებს შორის განსხვავებები. აღნიშნულმა ხელი შეუწყო კონკურენტული ფასების მოტივაციას. პაციენტის მიერ ინფორმირებული არჩევანის ხელშეწყობის მიზნით ჯანდაცვის სამინისტრო პერიოდულად აქვეყნებს პაციენტის კმაყოფილების კვლევებს, მკურნალობის ხარისხის შესახებ ინფორმაციას. ეროვნული ელექტრონული ჯანდაცვის ჩანაწერები ასევე შეიძლება ჩაითვალოს არა მხოლოდ როგორც პაციენტთა უსაფრთხოების ინსტრუმენტი, არამედ სამედიცინო ბაზრის განვითარების ხელშეწყობი ღონისძიება.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, სინგაპურის ჯანდაცვის სისტემა მსოფლიოში აღიარებულია ერთ-ერთ ყველაზე წარმატებულ სისტემად, როგორც ჯან-

დაცვის დაფინანსების ეფექტურობით, ასევე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მანვენებლებით. 2000 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ ჯანდაცვის სისტემის მანვენებლებით 191 ქვეყნებს შორის სინგაპურს მეექვსე ადგილი მიანიჭა, ხოლო 2003 წელს, პოლიტიკური და ეკონომიკური რისკის საკონსულტაციო ჯგუფმა [Political and Economic Risk Consultancy – PERC] ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა მსოფლიოს ყველაზე საუკეთესო სამეულში შეიყვანა.

არ არსებობს ეფექტიანი ჯანდაცვა სახელმწიფო და ინდივიდუალური პასუხისმგებლობების კომბინაციის გარეშე. ამის საუკეთესო მაგალითია სინგაპურის ჯანდაცვა. საქართველომ უდავოდ უნდა გაიზიაროს ის გამოცდილება, რომელიც ჯანდაცვის სფეროში სხვადასხვა ქვეყნის პრაქტიკით დაგროვდა. რამდენად მისაღებია სინგაპურის სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემა საქართველოსთვის? - თუ გავითვალისწინებთ სინგაპურის პოზიტიურ შედეგს, პასუხი, ალბათ, დადებითი იქნება.

**Medical Savings Accounts: Effective mechanism for financing health care**

**T. Verulava**

A key component of Georgian health care reform will be the intelligent balancing of market forces and government interventions. Singapore has achieved a balance appropriate for its population through a savings orientation. In 1984 Singapore adopted a system of Medical Savings Accounts. The concept of Medical Savings Accounts represents an innovative and alternative for the funding of health care systems.

The fact that people are spending their own money rather than that of a third-party insurer has helped to curtail Singapore's health care costs. Singapore spends less than other developed countries. From a theoretical point of view the Medical Savings Accounts concept helps to counteract the phenomenon of moral hazard in health insurance systems. Medical Savings Accounts should be considered one part of the solution to the global problem of growing health expenditures. It could be feasible to integrate certain elements of this concept into health care system of Georgia.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Cannon M. F., Tanner M. D. Healthy Competition: What's Holding Back Health Care and How to Free It. Cato Institute. 2005;
2. Chao VTT., Chua Y L., Chiam P T L., Lee C Y., See Tho V Y., Tan S Y., Sin Y K., Hwang N C., Lim S T., Koh T H. Percutaneous Transcatheter Aortic Valve Replacement: First Transapical Implant in Asia, Singapore Medical Journal, 51(1) 01/2010; 51(1): 69-72;
3. Friedman M. How to Cure Health Care. The Public Interest. 2001;
4. Hanvoravongchai P. Medical Savings Accounts: Lessons Learned from Limited International Experience. Discussion Paper, N 3 , World Health Organization. Geneva. 2002;
5. Kling A. Crisis of abundance. Rethinking how we pay for health care. Cato Institute. Washington. 2008;
6. Khaw B. W. All can afford healthcare. Ministry of Health Singapore. 2010;
7. Lee UW. U.S. Prof Muses on Singapore Pragmatism. The Business Times. 2008;
8. Li SC. Health Care System and Public Sector Drug Formulary in Singapore". ISPOR Connections. 2010;
9. Lim J., Clive T. Strategic Orientations in Singapore Healthcare. CGL (Centre for Governance and Leadership). Ethos Issue 9, Jun. 2011;
10. Ministry of Health Singapore. White Paper on Affordable Healthcare, 1993;
11. Ministry of Health Singapore, 2010;
12. Ministry of Health Singapore, 2013;
13. Singapore Government, White Paper on Affordable Healthcare. 1993;
14. World Health Organization, Global Health Expenditure Database, 2012.