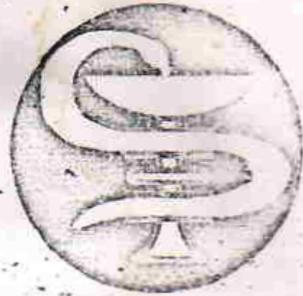


საქართველოს  
სამედიცინო  
მონაცემები



5-6

საქართველო-საქართველო

1999

# სამედიცინო დაზღვევის ანაზღაურების კიჩითაღი მეთოდები

თ. ვერულაძე

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის სამეგრელო-ზემო სვანეთის  
ფილიალი

ჯანდაცვის სფეროში მიმდინარე რეფორმების შედეგად არსებითად შეიცვალა სისტემის დაფინანსების მეთოდები. დარგი გადავიდა პროგრამულ და პროგრამულ-მიზნობრივ დაფინანსებაზე. დაინერგა პრიორიტეტულ მიმართულებათა შერჩევისა და განხორციელების მექანიზმი, კონკრეტულად განისაზღვრა სახელმწიფოს ვალდებულებები და რენტალური შესაძლებლობები მოსახლეობის სამედიცინო დახმარებით უზრუნველყოფის საქმეში.

ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების პირველი ეტაპის შედეგების შეჯამება საშუალებას იძლევა დავასკვნათ, რომ, დიდი სირთულეებია მიუხედავად, უკვე მიღწეულია მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გარკვეული გაუმჯობესება, რაც განაპირობა სოციალურად დაუცველი ფენების სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობისა და მისი მიღების თანაბრობის უზრუნველყოფამ. ამ კუთხით განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ქვეყანაში სამედიცინო დაზღვევის სისტემის სრულყოფას. ჯანდაცვის სისტემის რეორიენტაციის წარმატებული განხორციელების ერთ-ერთი აუცილებელი პირობაა სამედიცინო დაზღვევის დაფინანსების ახალი მეთოდების მეცნიერული კვლევა და, მიღებული მონაცემების საფუძველზე, სათანადო ღონისძიებების გატარება სამედიცინო დახმარების სოციალური და ეკონომიკური ეფექტურობის გაზრდის თვალსაზრისით.

სხვადასხვა ქვეყანაში სამედიცინო დაწესებულებებისა და პერსონალის მიერ განეული დახმარების ღირებულების ანაზღაურება ხორციელდება საკუთარ გამოცდილებაზე დაყრდნობით. ყოველ მეთოდში არსებული ნაკლოვანებები აიძულებს დამფინანსებელს გარკვეული ცვლილებები შეიტანოს ანაზღაურების მეთოდებში. ასეთი ცვლილებები გარკვეულწილად დაკავშირებულია ქვეყნის როგორც ეკონომიკურ, ისე პოლიტიკურ და ფინანსურ შესაძლებლობასთან, საზოგადოებაში მიმდინარე გარდაქმნებთან. საბოლოო ჯამში კი თითოეული ცვლილების მიზანია არა მარტო არსებული საფინანსო სახსრების ყაირათიანი მოხმარება, არამედ სამედიცინო დახმარების დონის ამაღლება და ხალხის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა.

განეული სამედიცინო დახმარების ღირებულების დასაფარად თანამედროვე ჯანდაცვის სისტემებში, ძირითადად, გამოიყენება სხვადასხვა სახის ანაზღაურების მეთოდები, ესენია: სულადობრივი ანუ კაპიტაციური ანაზღაურების მეთოდი; ფიქსირებული ანაზღაურების მეთოდი; შესრულებული სამუშაოს მიხედვით განეული დაანაზღაურების ანაზღაურება; ე. წ. მიზნობრივი ანაზღაურება; საერთო ანუ გლობალური ბიუჯეტი.

სულადობრივი ანუ კაპიტაციური მეთოდის გამოყენება გულისხმობს, რომ სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლის მიერ განეული მუშაობის ანაზღაურება დამოკიდებულია მოსახლეობის რაოდენობაზე, რომელსაც იგი ემსახურება. ეს მეთოდი განსაკუთრებით ხელსაყრელია, თუ საქმე ეხება პირველადი სამედიცინო დახმარების დაფინანსებას. კაპიტაციური ანაზღაურების 2 სახე არსებობს: მარტივი და რთული.

მარტივი სისტემის მოქმედების დროს, სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელზე გაიცემა ფიქსირებული თანხა, რომელიც ყველა რეგისტრირებული პაციენტისათვის ერთი და იგივეა. ანაზღაურების ასეთი ვარიანტი გამოიყენება დანიასა და ნიდერლანდებში.

რთული სისტემის მოქმედებისას ძირითადი ყურადღება ექცევა არა მარტო მომსახურების ზონაში მყოფ პაციენტთა რიცხვს, არამედ ისეთ პარამეტრებსაც, როგორცაა ასაკი, სოციალური ფაქტორები, გარემო პირობები. კარგადაა ცნობილი, რომ ზაფხუვები, მოხუცები ან რეპროდუქტიულ ასაკში მყოფი ქალები სამედიცინო პერსონალის მხრიდან მოითხოვენ მეტ ყურადღებას, რაც, თავისთავად, უფრო მეტ ხარჯებთანაა დაკავშირებული. მაგალითად, ანგლისა და იტალიაში, ღარიბ უბანში, მოქმედი სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების დასაფინანსებლად გამოიყენება კაპიტაციური ანაზღაურების რთული სახე, რაც, თავის მხრივ, გულისხმობს მედიკონალის სოციალური დაზღვევის სისტემის ფონდებიდან უფრო მაღალ ანაზღაურებას. არსებული სისტემის შემოღება სტიმულს აძლევს ექიმს, უფრო აქტიურად იმუშაოს მოსახლეობის სოციალურად დაუცველ ფენებთან, რათა მიიღოს მაღალი შემოსავალი.

კაპიტაციურ ანაზღაურებას აქვს ისეთი დადებითი მხარეები, როგორცაა ანგარიშსწორების სიმარტივე. მცირდება როგორც დანახარჯების ხაზინანაო მუშაკების რიცხვი, ისე ძვირადღირებული ინფორმაციული სისტემების საჭიროება. აქედან გამომდინარე, საქმის წარმოებისათვის ეს მეთოდი მოითხოვს ნაკლებ ხარჯებს.

ამ მეთოდის გამოყენებისას იქმნება პირობები, რათა ექიმმა, უფრო მაღალი ანაზღაურების მიღების მიზნით, მეტი რაოდენობის პაციენტი მიიზიდოს. აღნიშნული, ერთი მხრივ, განაპირობებს ექიმებს შორის კონკურენციის გაზრდას, მეორე მხრივ კი, სტიმულს აძლევს მათ მიერ განეული სამედიცინო დახმარების ხარისხის ამაღლებას. შით უმეტეს, რომ დაზღვეულს შინაგებულის აქვს უფლება, საკუთარი სურვილით აირჩიოს სამედიცინო დაწესებულება ან ექიმი. სამედიცინო დაწესებულება კი, თავის მხრივ, მასთან რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობის მიხედვით ღებულობს ფიქსირებულ ანაზღაურებას.

განსაკუთრებით საგულისხმოა ის, რომ ამ მეთოდის გამოყენებისას შესაძლებელია საერთო დანახარჯების შემცირება, ვინაიდან სამედიცინო პერსონალი ნაკლებადაა დაინტერესებული პაციენტს დაუსაბუთებლად რაღაცნაირ ძვირადღირებული გამოკვლევებით. ექიმს ექმნება დამატებითი სტიმული, რათა დროულად და ხარისხიანად განახორციელოს დაავადებათა პროფილაქტიკა, ვინაიდან ცდილობს, დამფინანსებლისათვის, მწვავე კონკურენტულ ბრძოლაში დამოუკიდებლად გადაწყვიტოს ყველა წარმოქმნილი პრობლემა. გარკვეული მნიშვნელობა აქვს იმ გარემოებასაც, რომ მოსალოდნელი დანახარჯები ადვილად პროგნოზირებადია. ზემოაღნიშნულის მიუხედავად, კაპი-

ტაციურ მეთოდს გააჩნია მნიშვნელოვანი უარყოფითი მხარეებიც. არაიშვიათად ექიმი უფრო დაინტერესებულია მოახდინოს რაც შეიძლება მეტი პაციენტის რეგისტრაცია, ვიდრე ჩაატაროს მათზე ხარისხიანი სამედიცინო მეთვალყურეობა და მკურნალობა. ამ პრობლემის გადაჭრის ერთ-ერთ გზას წარმოადგენს პაციენტისათვის ექიმის თავისუფალი არჩევანის მინიჭება. სერიოზული პრობლემაა ისიც, რომ ანაზღაურების ამ მეთოდით მოქმედების პირობებში სამედიცინო დაწესებულება გარანტირებულია, რომ იგი მიიღებს ანაზღაურებას ყველა რეგისტრირებული პაციენტისაგან, ამიტომ მას შეიძლება არ შეეძლოს სათანადო სტიმული, რათა პაციენტს გაუწიოს მაღალხარისხიანი მომსახურება. ამ პრობლემის გადაჭრის ერთ-ერთ გზად მიიჩნევენ პაციენტის მიერ სამედიცინო დაწესებულების დამოუკიდებელი არჩევის უფლებას. პრობლემის გადაწყვეტის მეორე გზაა სამედიცინო დაწესებულების მიმართ სათანადო სტანდარტების დანესება.

პერსონალის მიერ გაწეული შრომის ანაზღაურება ფიქსირებული ხელფასის მეშვეობით უფრო მეტად გავრცელებული მეთოდია აღმოსავლეთ ევროპისა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში. ანაზღაურების ამ მეთოდს აქვს გარკვეული დადებითი მხარეები:

- ვინაიდან სამედიცინო პერსონალის ხელფასი ფიქსირებულია, იგი არ არის დაინტერესებული, რათა გააჩაბორცილოს ზედმეტი სამედიცინო პროცედურები;
- ამ მეთოდის გამოყენების დროს დაბალია ადმინისტრაციული და საჯარო წარმოებისათვის საჭირო ხარჯები;
- სხვა მეთოდებთან შედარებით, შეიძლება უფრო დიდი სტიმული მიხდეს სამედიცინო პერსონალის განაწილებას ქვეყნის რეგიონებს შორის;
- ხასიათდება სტაბილურობით. ადვილია წინასწარ განისაზღვროს სამედიცინო დახმარებაზე გასანევი დანახარჯები;
- მისი გამოყენების დროს ადვილია სამედიცინო დაწესებულების საფინანსო მუშაობის მონიტორინგი;
- ხასიათდება საკმარისად დაბალი ადმინისტრაციული ხარჯებით.

ამასთან, აღნიშნული მეთოდი ხასიათდება მრავალი ნაკლოვანებით, რომელიც სერიოზულად მოქმედებს როგორც გაწეული დახმარების ხარისხზე, ისე სამედიცინო პერსონალის შრომის ნაყოფიერებაზე. ექიმის შემოსავალი არ არის დამოკიდებული ნამკურნალევი პაციენტების რიცხვზე, ჩატარებული სამედიცინო დახმარების ხარისხსა და მის კვალიფიციურობაზე. ამ ნაკლოვანების გამოსასწორებლად, პერსონალის დაინტერესების მიზნით, იყენებენ დამატებით მორალურ და მატერიალურ წახალისებას. გარდა ამისა, დიდ ნაკლს წარმოადგენს ის, რომ სამედიცინო პერსონალს არა აქვს სტიმული, რათა შეამციროს სამედიცინო დახმარებისათვის გასანევი ხარჯები. სამედიცინო პერსონალი დაინტერესებულია არაფორმალური შემოსავლების მიღებით. გარდა ამისა, მეთოდი სტიმულს აძლევს სისტემაში ბიუროკრატიული აპარატის ზრდას და ამის მეშვეობით აიძულებს დამფინანსებელს გაზარდოს ბიუჯეტი.

შესრულებული სამუშაოს მიხედვით გაწეული სამედიცინო დახმარების ანაზღაურება დღესდღეობით წარმოადგენს ყველაზე გავრცელებულ საბაზრო მეთოდს, რომელიც გამოიყენება როგორც სამედიცინო დაწესებულების, ისე პერსონალის შრომის ასანაზღაურებლად. ამ შემთხვევაში ანაზღა-

ურება ხდება ჩატარებული სამედიცინო დახმარების გასაზომი სხვადასხვა ერთეულის გამოყენებით.

შესრულებული სამუშაოს მიხედვით არსებობს ანაზღაურების რეტროსპექტული და პროსპექტული მეთოდი.

რეტროსპექტული მეთოდის გამოყენების დროს წინდანი არ არის დადგენილი სამედიცინო დახმარების ფასი. ამ შემთხვევაში სამედიცინო დაწესებულება დამოუკიდებლად განსაზღვრავს გასანევი სამედიცინო დახმარების სახეებსა და მოცულობას. დამფინანსებლის როლი დაგეგმარების დროს წინმალურია. ასეთი მეთოდის გამოყენებისას, ფაქტობრივად, არ მოქმედებს საბაზრო ეკონომიკის უმთავრესი ნიშანი: მომხმარებელს არ გააჩნია დახმარების გარკვეული მოცულობისა და სახის არჩევის უფლება. რასაკვირველია, ამ შემთხვევაში დამფინანსებელი ამონებს გაწეული სამედიცინო დახმარების მოცულობასა და ხარისხს (მაგალითად, ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების საფუძვლიანობას), მაგრამ ეს ტარდება უკვე დახმარების შემდგომ. მრავალი ნაკლოვანების არსებობის გამო, ის ქვეყნები, სადაც თავდაპირველად გამოიყენებოდა აღნიშნული მეთოდი (მაგ. რუმინეთში გატარებული რეფორმის საწყის ეტაპზე), ამჟამად ფიქრობენ ალტერნატიული ანაზღაურების წესის შემოღებაზე, რომლითაც შესაძლებელი იქნება უფრო მეტი კონტროლის დაწესება გაწეულ ხარჯებზე.

პროსპექტული მეთოდის გამოყენების დროს პაციენტზე გააჩნე ყოველ მანიპულაციას ( დიაგნოსტიკა, მკურნალობა, კვება და ა. შ.) აქვს წინასწარ დადგენილი ღირებულება. იგი შეიძლება იყოს მკაცრად განსაზღვრული და სავალდებულო ან შეიცავდეს ფასთა ზედა და ქვედა ზღვარს. ღირებულების განსაზღვრა ხდება დამფინანსებელსა და სამედიცინო დაწესებულებას შორის შეთანხმების საფუძველზე. ამ შემთხვევაში ანაზღაურდება მხოლოდ წინასწარ შეთანხმებული მოცულობის შესაბამისი ანგარიში. ამგვარაა, რომ ეს სისტემა ზღუდავს სამედიცინო დახმარების ფასის ზრდის ტენდენციას.

რეტროსპექტულ და პროსპექტულ ანაზღაურებას შორის ძირითადი განსხვავება იმაში მდგომარეობს, რომ პირველ შემთხვევაში დამფინანსებელი არ მართავს გასანევი სამედიცინო დახმარების მოცულობასა და სახეებს, მეორე შემთხვევაში კი, იგი გვევლინება როგორც ინფორმირებული მყიდველი, რომელიც ყიდულობს და ანაზღაურებს მხოლოდ იმას, რაც შეესაბამება მის გეგმებს და ფინანსურ შესაძლებლობებს. ამ მეთოდის სხვადასხვა სახე არსებობს. კერძოდ: ანაზღაურება პაციენტის მიერ სტაციონარში დაყოვნების სანგრძლივობის (საწოლ/დღეების) მიხედვით.

ამ შემთხვევაში სამედიცინო დაწესებულებებს ანაზღაურება ხორციელდება პაციენტის მიერ სტაციონარში გატარებული საწოლ/დღეების მიხედვით. გატარებული საწოლ/დღეების რიცხვი მრავლდება თითოეული დღის სტანდარტით განსაზღვრულ ღირებულებაზე. ამ მეთოდის გამოყენების ერთ-ერთი უპირატესობაა მისი სიმარტივე. წინდანიანა გამსაზღვრელი საწოლ/დღის ღირებულება, რაც საშუალებას იძლევა გამარტივდეს ანგარიშსწორება. ამასთან, ამ წესის ფართო დანერგვისას, დადგინდა, რომ სამედიცინო დაწესებულება დაინტერესებულია გაახანგრძლივოს პაციენტის სტაციონარში დაყოვნება.

ანაზღაურების ამ უარყოფითი მხარეების გამოსასწორებლად გამოიყენება შემდეგი ხერხები:

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

2. დამფინანსებელი ცდილობს შოსპიტალიზაციის სავარაუდო ვადები დაადგინოს თითოეული ნოზოლოგიის მიხედვით.

3. თითოეულ სამედიცინო დანესებულებას საწოლთა პროფილის მიხედვით განსაზღვრება გარვეული თანხა, რომლის ფარგლებში ანაზღაურდება ცალკეული პაციენტის სტაციონარული მკურნალობის ფასი (გლობალური ბიუჯეტის პრინციპი). ამ შემთხვევაში საწოდ/დღე გვევლინება, როგორც გლობალური ბიუჯეტის განსაზღვრის ერთეული. ამჟამად დასავლეთ ევროპის ბევრ ქვეყანაში სწორედ ასეთი მეთოდი გაავრცელებულია.

**ანაზღაურება შემთხვევის საშუალო ღირებულების განსაზღვრის მიხედვით.**

ამ შემთხვევაში, სამედიცინო დანესებულება განულომუშაობის ღირებულების ანაზღაურებას ღებულობს თითოეულ პაციენტზე ან ცალკეულ შემთხვევაზე განსაზღვრული საშუალო ფასის მიხედვით.

**ანაზღაურება ჩატარებული პროცედურების ღირებულების მიხედვით.**

სამედიცინო დანესებულება ანაზღაურება ხდება თითოეული პროცედურის ფასის განსაზღვრის საფუძველზე. გასათვალისწინებელია, რომ ანაზღაურების ასეთ შემთხვევაში სამედიცინო დანესებულება დაინტერესებულია მეტი გამოკვლევები და სამკურნალო ღონისძიებები ჩაუტაროს პაციენტს, რაც, თავის მხრივ, განაპირობებს, როგორც მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის ფასის ზრდას, ისე, არაიშვიათად, ნაკლებად საჭირო, მაგრამ ძვირადღირებული პროცედურების ჩატარებას.

**ანაზღაურება სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტების გამოყენებით.**

ამ შემთხვევაში სამედიცინო დანესებულებები ანაზღაურებას ღებულობს ცალკეული ნოზოლოგიური სტანდარტის მიხედვით, აგრეთვე, ფასის დადგენისას გათვალისწინებულია პაციენტის დაავადების სირთულე, ასაკი, თანმხლები დაავადებები და წარმოშობილი-გართულებები. მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის ღირებულება წინდანინაა განსაზღვრული. ეს მეთოდი აშშ-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.).

სტანდარტებით განსაზღვრული მკურნალობის ფასი სამედიცინო პერსონალისათვის წინასწარაა ცნობილი. ამასთან, დანესებულებას ანაზღაურდება მხოლოდ სტანდარტით დადგენილი სამედიცინო დახმარების ხარჯები, რაც, გარკვეულწილად, ხელს უწყობს ფასების სტაბილიზაციას.

ევროპის ბევრ ქვეყანაში, მათ შორის, საქართველოშიც სტაციონარული დანესებულებების დასაფინანსებლად, უმთავრესად, სტანდარტების მიხედვით ანაზღაურებაზე დაფუძნებული სისტემა მოქმედებს.

**მიზნობრივი ანაზღაურება.** ასეთი მეთოდი ხშირად გამოიყენება ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მიერ შესრულებული სამუშაოს ასანაზღაურებლად. ამ შემთხვევაში წინდანინაა განსაზღვრული გარკვეული სამედიცინო დახმარების მოცულობა (მაგალითად, იმუნიზაცია, პროფილაქტიკური შემონემების ჩატარება და ა. შ.), რომლის შესრულების შემდეგ მიმწოდებელს ანაზღაურდება განულომუშაობის ფასი.

**საერთო ბიუჯეტი (GLOBAL BUDGET).** ამ მეთოდის მიხედვით სამედიცინო დახმარების ღირებულების ანაზღაურება ხდება ფიქსირებული ბიუჯეტის მოქმედების პირობებში. წელიწადში ერთხელ დამფინანსებელი ანარქოებს შეთანხმებას სამედიცინო დაწესებულებასთან, რომლის დროსაც განისაზღვრება წლიური ბიუჯეტი. საყურადღებოა ის გარემოება, რომ ბიუჯეტის მოცულობა დამოკიდებულია არა დაწესებულების სიმძლავრეზე (საწოლთა ფონდი, სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა და ა. შ.) არამედ შესრულებული სამუშაოს მოცულობაზე. საზღვარგარეთ, გლობალური ბიუჯეტის ფორმირება ხდება დაწესებულების მიერ. წინა წელს შესრულებული სამუშაოს მოცულობის გათვალისწინებით. როგორც დამფინანსებელი, ისე თვით დაწესებულება აგროვებს დეტალურ ინფორმაციას განეული მუშაობისა და მისი ღირებულების შესახებ და ამის საფუძველზე განისაზღვრება მომდევნო წლისათვის დადებული ხელშეკრულების პირობები. გლობალური ბიუჯეტის მეთოდის ერთ-ერთი დადებითი მხარეა ის, რომ გაადვილებულია ხარჯთაღრიცხვის განსაზღვრა. იგი განსაკუთრებით ფართოდ გამოიყენება აკავადემიუროების დასაფინანსებლად. გლობალური ბიუჯეტით მუშაობს ისეთი ქვეყნები, როგორცაა: ბელგია, საფრანგეთი, გერმანია, ნიდერლანდები, ლუქსემბურგი და სხვა.

უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში ეკონომიკურად განვითარებულ ქვეყნებში აღინიშნება ჯანდაცვის სისტემაზე განეული დანახარჯების ზრდის ტენდენცია. საერთო ეროვნულ შემოსავალში ჯანდაცვაზე განეული დანახარჯების წილი 4%-დან 14%-მდე მერყეობს.

ერთ სულ მოსახლეზე გათვლით, ჯანდაცვაზე ყველაზე მაღალი დანახარჯებით ხასიათდება აშშ (3600 დოლარი), შვეიცარია (2750 დოლარი).

გამოკვლევებით დადგინდა, რომ იმ ქვეყნებში, სადაც გამოიყენება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი (აშშ, ავსტრალია, ახალი ზელანდია, კანადა, გერმანია, საფრანგეთი, ბელგია), წელიწადში სამუშაოდ 11%-ით იზრდება სამედიცინო დანახარჯები. ეს გასაგებია, თუ გავითვალისწინებთ, რომ ამ სახის დაფინანსებისას პაციენტს ჰოსპიტალიზაციის საკუთარი პირობების განსაზღვრის ფართო უფლებები გააჩნია (ცალკე პალატაში განთავსება, ტელევიზორი, ტელეფონი და სხვა). იგივე შეეხება ექიმებს, რომლებიც ცდილობენ, რაც შეიძლება ფართო სპექტრის სამედიცინო დახმარება გაუწიონ პაციენტს, რომ გაზარდონ თავიანთი შემოსავლები. ამკარაა, რომ ეს მეთოდი სტიმულს აძლევს არა მარტო ხარჯების ზრდას, არამედ იმასაც, რომ, მაგალითად, აშშ-ში დანიშნულებათა დაახლოებით 30% დაუსაბუთებელია.

ამას ადასტურებს აშშ-ის შტატ კოლორადოში Medicare-ს პროგრამის ფარგლებში ჩატარებული ექსპერიმენტი. შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურების დონის 1%-ით შემცირებამ გამოიწვია თერაპიული ღონისძიებების 0.6%-ით და ქირურგიული დახმარების 0,15%-ით გაზრდა.

ამ მეთოდის გამოყენებისას ძალიან მაღალია ადმინისტრაციული ხარჯებიც, ვინაიდან იგი ძვირადღირებული მონიტორინგის სისტემის შექმნას მოითხოვს.

ექიმებსა და პაციენტებს შორის არსებობს ინფორმაციის ასიმეტრია. როგორც წესი, თავისუფალი ბაზრის პირობებში თვითონ მყიდველი საზღვრავს, თუ რა უნდა იყიდოს და რა ფასია მისთვის ხელმისაწვდომი. სულ სხვა ვითა-

**საქართველოს მკვლევართა ასოციაციის მიერ**  
**საქართველოს მკვლევართა ასოციაციის მიერ**  
**დაგეგმიური დაწინაურების დროს**

ქვეყანა	ანაზღაურების მეთოდი	ექიმთან მიმართ. საშ. რაოდ.	სპეციალისტთან მიმართვის აუცილებლობას განსაზღვრავს	პაციენტთა თანაგადახდის პრინციპის მოქმედება
აუსტრია	შეს. სამ. მიხედვით	5.1	თვითონ პაციენტი	მოსახლეობის 20% იხდის ცალკეული დახმარების 10-20%-ს
ბელგია	შეს. სამ. მიხედვით	8	თვითონ პაციენტი	მცირე საწარმოები იხდის სამედიცინო დახმარების 100%-ს
დანია	28% სულად, 63% შეს. სამ. მიხ., 9% სუბს.	4.4	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	არა
საფრანგეთი	შეს. სამ. მიხედვით	6.3	თვითონ პაციენტი	25%
გერმანია	შეს. სამ. მიხედვით	12.8	თვითონ პაციენტი	არა
ირლანდია	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით	6.6	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	პაციენტის მცირე შემოსავლის შემთხვევაში არა
იტალია	სულადობრივი მეთოდი	11	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	არა
ლუქსემბურგი	შეს. სამ. მიხედვით	-	თვითონ პაციენტი	5%
პოლანდია	შეს. სამ. მიხედვით	5.8	ზოგადი პრაქტიკის ექიმი	პაციენტის მცირე შემოსავლის შემთხვევაში არა
შვეიცარია	შეს. სამ. მიხედვით	11	თვითონ პაციენტი	10%
დიდი ბრიტანეთი	სულადობრივი მეთ. შესრ. სამუშ.	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

ქვეყანა	ანაზღაურების მეთოდი	ექიმთან მიმართ- ვების საშ. რაოდ.	სპეციალის- ტთან მიმარ- თვის აუცი- ლუბლობას გან- საზღვრავს	პაციენტთა თანაგა- დახდის პრინციპის მოქმედება
ნორვე- გია	35% ფიქსირ. ხელფასი, 65% შესრ. სამ. მიხედ.	-	ზოგადი პრაქ- ტიკის ექიმი	30% თითო შემთხვევაზე
პორტუ- გალია	ფიქსირებ. ხელფასი	3.1	ზოგადი პრაქ- ტიკის ექიმი	არა
ესპანეთი	ფიქსირებ. ხელფასი, სულადობ. მეთოდი	6.2	ზოგადი პრაქ- ტიკის ექიმი	არა
შვეცია	ფიქსირებ. ხელფასი	3	თვითონ პაციენტი	65-95-თითო ვიზიტზე

რებაა სამედაცინო სფეროში. აქ ექიმი გვევლინება, როგორც სამედიცინო და- ხმარებაზე მოთხოვნის განმსაზღვრელი, ისე მისი მიზნოდგებული.

მოთხოვნის პროვოცირების გავრცელებული ფორმაა, როდესაც ექი- მები დაუსაბუთებლად უნიშნავენ პაციენტებს განმეორებით ვიზიტებს. მაგა- ლითად, გერმანიაში პაციენტთან ვიზიტების თითქმის 80% თვითონ ექიმების მიერაა დანიშნული. ამ მაჩვენებლით გერმანიის ზოგადი პრაქტიკის ექიმები ბევრად უსწრებენ ევროპის სხვა ქვეყნებს (კვირაში საშუალოდ 220 ვიზიტი, რომელთაგან 35 ბინაზეა). დღეში, საშუალოდ, ექიმი ნახულობს 44 პაციენტს (37-ს ოფისში და 7-ს ბინაზე), წლიურად კი ერთ პაციენტზე 10-12 კონსულ- ტაცია მოდის. გაზაგებია, რომ ამ კონსულტაციების საკმარისად დიდი ნაწილი ნაკლებად დასაბუთებულს და იმითაა განპირობებული, რომ ყოველი პაცი- ენტის ვიზიტი ექიმს საშუალოდ 50-70 მარკის ოდენობის შემოსავალს აძლევს. არსებული სიტუაციის გამო, სადაზღვეო კომპანიების მიერ ყოველ- წლიურად უსაფუძვლოდ გაიცენა 5-7 მილიარდი მარკა.

შემოაღნიშნულის გათვალისწინებით, ექსპერტების დასკვნით, შესრულე- ბული სამუშაოს მიხედვით, ანაზღაურება წარმოადგენს ყველა იმ უფრო ძვი- რადღირებულ მეთოდს. მიუხედავად ამისა, ისეთ ქვეყნებში, როგორცაა გერმანია, საფრანგეთი, კანადა, ეს მეთოდი ფართოდ გამოცენება, რააც ხე- ლი შეუწყო ექიმთა ასოციაციების აქტიურმა წინააღმდეგობამ მათი ბროშის ანაზღაურების ნების შეცვლასთან დაკავშირებით. მაგალითად, ახალ ზელან- დიაში, გერმანიაში, საფრანგეთში, ავსტრალიაში ცდილობდნენ შეეცვალათ არსებული სიტუაცია, მაგრამ ამას რაიმე შედეგი არ მოჰყოლია, რადგანაც

სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების მექანიზმები

ძველანა	სტაციონარული სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების მექანიზმები
დანია	გლობალური ბიუჯეტი
დიდი ბრიტანეთი	გლობალური ბიუჯეტი, შესრულებული სამუშაოს მიხედვით
ფინეთი	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით
საბერძნეთი	გლობალური ბიუჯეტი
გერმანია	გლობალური ბიუჯეტი
უნგრეთი	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით
ირლანდია	გლობალური ბიუჯეტი
იტალია	გლობალური ბიუჯეტი
ლატვია	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, სანოლ/დღე, ცალკეული შემთხვევები
ნიდერლანდები	გლობალური ბიუჯეტი
ნორვეგია	გლობალური ბიუჯეტი, შესრულებული სამუშაოს მიხედვით
სლოვაკია	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, სანოლ/დღე
სლოვენია	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, სანოლ/დღე, ცალკეული შემთხვევები
შვედია	გლობალური ბიუჯეტი, შესრულებული სამუშაოს მიხედვით
რუსეთი	შესრულებული სამუშაოს მიხედვით

ექიმებს ურჩევნიათ მიიღონ ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით. წარმოჩენილი პრობლემის გადაწყვეტის ერთ-ერთ გზას წარმოადგენს ე. წ. კონუსისებრი ანაზღაურების მექანიზმის შემოღება. ეს მექანიზმი გავრცელებულია კანადაში. თუ სამედიცინო პერსონალის შემოსავალი დადგენილ ზღვარს გადააჭარბებს, შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურება შემცირდება.

გერმანიაში საავადმყოფოების საღაროები ყოველწლიურად ანალიზებენ და აქვეყნებენ ექიმთა მიერ შესრულებული სამუშაოების შესახებ მონაცემებს. მსჯელობენ, თუ რომელ ექიმს აქვს მაღალი ან დაბალი მაჩვენებლები, რომელ რეგიონშია სამედიცინო დახმარება უფრო ძვირადღირებული და ა. შ.

ეს მონაცემები გადაეცემა უშუალოდ ექიმებს, რომ მათ კორექტივები შეიტანონ თავიანთ მუშაობაში. ზოგად მონაცემებზე დაყრდნობით, გადამწდელს შეუძლია, აგრეთვე, აიძულოს ექიმი, შეცვალოს ფასები მოლაპარაკების გზით ან განახორციელოს შესაბამისი კორექტივები თავის მუშაობაში.

60-80-იან წლებში აშშ-ში პირველად იქნა შემუშავებული და დანერგილი სამედიცინო ეკონომიკური სტანდარტები. ამ შემთხვევაში დაავადებათა ყველა შესაძლებელი დიაგნოზი ერთიანდება ერთ ჯგუფში. თითოეული დიაგნოზით დაკავშირებულ ჯგუფს (DRG) თავისი ღირებულება აქვს.

ამ მეთოდს გააჩნია გარკვეული უპირატესობა, ვინაიდან შესაძლებელია დაწესდეს განუვალ დანახარჯებზე უფრო ქმედითი კონტროლი. რადგანაც თითოეული დიაგნოზის ფასი წინდანიანა ფიქსირებული, იქმნება გარკვეული სტიმული, რათა სამედიცინო დახმარებაზე გასაწევი ხარჯები შემცირდეს.

ამ მეთოდს გააჩნია უარყოფითი მხარეებიც. დამატებითი შემოსავლის მიღების თვალსაზრისით, ექიმი ცდილობს დააფიქსიროს თანხვლები დაავადებები ან გართულებები, გარკვეულად იმისა, ახდენს თუ არა ისინი გავლენას ძირითადი დაავადების მიმდინარეობაზე. ხშირია ისეთი შემთხვევები, როდესაც ექიმები ახდენენ ავადმყოფების დროზე განერას სტაციონარიდან, რათა შემდგომ მოახდინონ მათი განმეორებითი ჰოსპიტალიზაცია. საბოლოო ჯამში, გასაგები მიზეზების გამო, შესაბამისად იზრდება საერთო დანახარჯები.

ზოგიერთი წარუმატებლობის მიუხედავად, DRG სისტემია დანერგვით ბევრმა ეკონომიკურად განვითარებულმა ქვეყანამ ჯანდაცვაზე დანახარჯების შემცირების გარკვეულ შედეგებს მიაღწია. პოსტკომუნისტური ქვეყნებისათვის არსებული მეთოდი ნაკლებად მისაღებია, ვინაიდან საჭირო ფინანსური წყაროები ლიმიტირებულია.

მეორე მხრივ, იტალიაში, 1979 წელს დანყებული რეფორმის შედეგად შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, ანაზღაურება შეიცვალა კაპიტაციური მეთოდით. ამბულატორიის ექიმებზე (ზოგადი პრაქტიკის ექიმები) ასანაზღაურებლად კაპიტაციური მეთოდი დიდი ხანია მოქმედებს დიდ ბრიტანეთში, ნიდერლანდებში, დანიაში.

კაპიტაციური მეთოდის გამოყენების დროს პაციენტს აქვს ექიმის თავისუფალი არჩევის უფლება. მეორე მხრივ, ექიმსაც აქვს სამკურნალო ღონისძიებების ჩატარების უფრო დიდი თავისუფლება. კაპიტაციური მეთოდის გამოყენება მომგებია იმითაც, რომ, სხვა მეთოდებთან შედარებით, ხელს უწყობს ექიმების დაინტერესებას, იმუშაონ არა მარტო მსხვილ ქალაქებში, სადაც ბევრი პაციენტი, არამედ გეოგრაფიულად ცენტრიდან მოშორებულ რაიონებში ან სოფლებში, სადაც ექიმების რაოდენობა ნაკლებია. კაპიტაციური მეთოდი, აგრეთვე, საშუალებას იძლევა, რათა სამედიცინო პრაქტიკა დამაგრებულ იქნას სამუშაო ადგილზე. კაპიტაციური ანაზღაურების ერთ-ერთ ყველაზე დადებით მხარეს წარმოადგენს პრევენციული, პროფილაქტიკური მედიცინის განვითარება. ექიმი დაინტერესებულია მასთან რეგისტრირებულ პაციენტს ჩაუტაროს უფრო მეტი პროფილაქტიკური ღონისძიება, რადგან ცდილობს დაავადების გართულებასთან დაკავშირებული შესაძლებელი დანახარჯების შემცირებას.

კაპიტაციური მეთოდის დროს პაციენტს შენარჩუნებული აქვს ექიმთან არჩევის უფლება. მაგრამ გასათვალისწინებელია, რომ ამ შემთხვევაში ექიმი ნაკლებადაა დაინტერესებული ხშირად მოავადე პაციენტების მოზიდვაში, ვი-

ნაიდან მისი შემოსავალი პირდაპირ არის დაკავშირებული გამოყოფილი თანხების ეფექტიან ხარჯვასთან. ეს პრობლემა საზღვარგარეთ ცნობილია „კრიმ-სკიმინგის“ (ნაღების მოხდა) ტერმინით. მის გადააჭრელად, მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში, შემოღებულია წესი, რომლის მიხედვით, თუ პაციენტს არ ღებულობს ექიმი, ჯანდაცვის რაიონული ხელმძღვანელობა გამოუძებნის მას სხვა სპეციალისტს.

კაპიტალიური მეთოდი გარკვეულ რისკთანაა დაკავშირებული. ერთი მხრივ, პაციენტს შეიძლება საერთოდ არ დასჭირდეს სამედიცინო დახმარება, რაც უზრდის ექიმს შემოსავალს, მეორე მხრივ, კი, ქრონიკულად მოავადებებზე ან მოხუცებზე განუღმმა ხარჯებმა შესაძლოა გადააჭარბოს სამედიცინო დახმარებისათვის განსაზღვრულ თანხებს. გარკვეულ ფინანსურ რისკთანაა დაკავშირებული, აგრეთვე, მოსახლეობაში დაავადებათა რიცხვის სეზონური სიზღვრე (მაგალითად, ეპიდემიები და დროს). ამ შემთხვევაში შემდგომი წლის ხელმძღვრულებაში გათვალისწინებულია განუღმ და მატებითი ხარჯები, რამდენიც დაიფარება მთლიანად ან ნაწილობრივ. ფიქსირებული ხელფასით სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურების მეთოდი ფართოდ გამოიყენება მრავალი ქვეყნის როგორც საავადმყოფოს, ისე ამბულატორიულ დაწესებულებებში (ფინეთი, შვეცია, პოლტუგალია; საბერძნეთი, ესპანეთი, თურქეთი, ისრაელი და სხვა). ამ მეთოდის გამოყენების დროს ადვილად იგეგმება ჯანდაცვაზე საჭირო ხარჯები, სამედიცინო დახმარება პაციენტებისათვის ადვილად ხელმისაწვდომია, განუღმ დახმარებები კი ადვილად კონტროლირებადი, პერსონალი უზრუნველყოფილია განსაზღვრული ანაზღაურებით, მისი მუშაობის საათები რეგლამენტებულია.

მთუხედავად ამისა, ამ მეთოდის გამოყენებისას სამედიცინო პერსონალი ნაკლებად დაინტერესებული პაციენტს გაუწიოს მაღალი ხარისხის სამედიცინო დახმარება. უფრო ხშირია პაციენტების სხვა სპეციალისტებთან საკონტროლო გაგზავნა, რაც, თავის მხრივ, აფერებს განუღმ სამედიცინო დახმარებას.

აღმოსავლეთ ევროპისა და დსთ-ს ქვეყნებში, სადაც არც კანონმდებლობა და არც მოსახლეობის თვითმეგნება არ იძლევა საშუალებას აღმოიფხვრას სამედიცინო სფეროში ჩრდილოვანი ეკონომიკა, აღნიშნული მეთოდი სამედიცინო პერსონალს ხელს უწყობს მიიღოს არაფორმალური შემოსავლები.

ექსპერტთა შეფასებით, განსაკუთრებით იმ ქვეყნებში, სადაც სამედიცინო პერსონალის ხელფასი დაბალია, ეს არაკანონიერი ანაზღაურება ექიმის რამდენიმე თვის ჯამაგირს აღემატება. თავისთავად, არსებული სტრუქტურა გამოწვევად ამცირებს სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობას და საბოლოო ჯამში მოქმედებს მოსახლეობის მიმართვიანობაზე.

80-იან წლებში დაიწყო საავადმყოფოების დაფინანსება პროსპექტული გლობალური ბიუჯეტის დანერგვით გერმანიაში, საფრანგეთში, ბელგიაში, ნიდერლანდებში, კანადაში, დიდ ბრიტანეთში, ირლანდიაში, ესპანეთში.

საყურადღებოა ისიც, რომ გლობალური ბიუჯეტის დროს საერთო დახმარებები ფიქსირებული და წინდანინ ცნობილია, ვინაიდან საავადმყოფო წარმოადგენს მომავალი წლის საგარეულო ხარჯთაღრიცხვას ძირითადი პუნქტების სახით (ხელფასები, მედიკამენტები, კვება, მომსახურება, ავადმყოფ-

2. „საქართველოს სამედიცინო მოამბე“, 5-6, 1999.

## REALIZATION OF NATIONAL PROGRAM OF HEALTHY WAY OF LIFE

T. Lobzhanidze

Introduction of healthy way of life is the most important problem of strategic orientation of national policy of Georgia. Healthy way of life is one of the main principles of social co-existence of the population therefore it should become the principle showing characterizing macroeconomics of the country.

Effective realization of National program of healthy way of life requires institutional and structural line-of-communication changes in management of national programs.

### ლიტერატურა:

### Литература:

1. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen. 1999.
2. Robert J. Taylor, MHA, FACHE, Susan B. Taylor. The Aupha Manual of Health Services Management Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg, Maryland, 1994.
3. World Development Report 1993 Investing in Health, Published for the World Bank, Oxford University Press.
4. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა (2000-2009).

