სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ფორმები, მსოფლიო პრაქტიკა და საქართველო

თენგიზ ვერულავა

მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი

ბევრ განვითარებულ და განვითარებად ქვეყანაში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის რამოდენიმე ფორმაა გავრცელებული: არაკომერციული, მომგებიანი, სახელმწიფო, სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული. ასეთი მრავალფეროვნება ძირითადად სამედიცინო ბაზრის თავისებურებებითაა განპირობებული. აღნიშნულისგან განსხვავებით, საქართველოში უმთავრესად სამედიცინო დაწესებულებების მესაკუთრეობის მხოლოდ ორი ფორმაა განვითარებული: კერძო მომგებიანი და სახელმწიფო.

სტატიის მიზანია გავარკვიოთ თუ რატომ წარმოიშვა თანამედროვე მსოფლიოში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის მრავალი ფორმა; ამ ფორმათაგან რომელია უპირატესად განვითარებული და რით არის ეს გამოწვეული; რამ განაპირობა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მესაკუთრეობის მხოლოდ ორი ფორმის არსებობა; რა არის ასეთი მესაკუთრეობის ფორმის უარყოფითი მხარეები, და რა რეკომენდაციები შეიძლება დაიდოს შექმნილი მდგომარეობის გამოსასწორებლად.

სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ერთერთი ფორმაა სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებები. ასეთი ორგანიზაციების მესაკუთრეა სახელმწიფო როგორც ფედერალურ, ასევე მუნიციპალურ დონეზე (ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოები). შესაბამისად არსებობენ ფედერალური და მუნიციპალური საავადმყოფოები.

კერძო, კომერციული სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეები არიან ინდივიდუალური პირები. ისინი შექმნილია სამეწარმეო საქმიანობისათვის და მათი მუშაობის ძირითად მიზანს წარმოადგენს მოგების მიღება. ასეთი ორგანიზაციების შემდეგი ფორმები არსებობს: ინდივიდუალური კერძო (ერთპიროვნული) საწარმო, შეზღუდული პასუხისმგებლობების საზოგადოება[1], ღია და დახურული აქციონერული საზოგადოებები[2].

სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ყველაზე უფრო გავრცელებულ ფორმას წარმოადგენენ არაკომერციული (ანუ როგორც მათ ხშირად უწოდებენ

---

[1] შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოება არის საზოგადოება, რომლის პასუხისმგებლობა მისი კრედიტორების წინაშე შემოიფარგლება საწესდებო კაპიტალით. შეზღუდული პასუხისმგებლობის საზოგადოების წევრების შენატანებისგან წარმოქმნილი საწესდებო კაპიტალი არ უნდა იყოს კანონით გათვალისწინებული თანხის ოდენობაზე ნაკლები

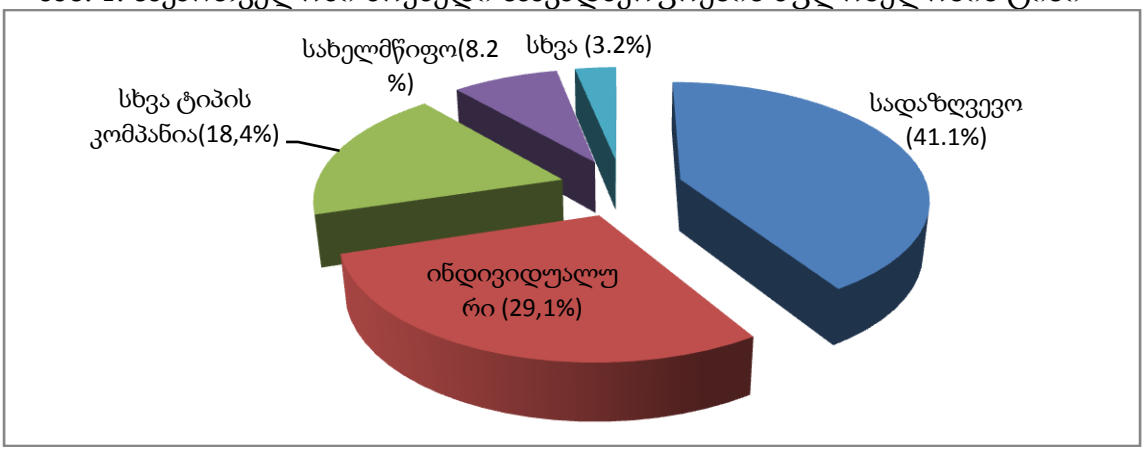
[2] სააქციო საზოგადოება იქმნება ნებაყოფლობით გაერთიანებულ ფიზიკურ და იურიდიულ პირთა მიერ და წარმოადგენს მათ საკუთრებას, ფლობს რა თითოეული მათგანი საერთო კაპიტალის ნაწილს აქციების სახით. ასეთი საზოგადოების თანამესაკუთრენი იწოდებიან აქციონერებად.

არამომგებიანი) ორგანიზაციები. ხშირად სიტყვა „არამომგებიანის“ არასწორ ინტერპრეტაციას ახდენენ და წარმოგვიდგენენ ისეთ ორგანიზაციად, რომელიც არ ეწევა მომგებიან საქმიანობას. სინამდვილეში კი არამომგებიან, ისევე როგორც მომგებიან, ან სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებებში ცდილობენ მიიღონ მოგება. ისინი ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან მიღებული მოგების განაწილების თვალსაზრისით. კერძოდ, არამომგებიან საავადმყოფოებში, მომგებიან საავადმყოფოებისგან განსხვავებით, მოგების განაწილება არ ხდება მესაკუთრეებზე ან აქციონერებზე. არაკომერციულ საავადმყოფოებს მართავენ საბჭოები, რომლებიც წარმოდგენილია ექიმებით, საზოგადოების წარმომადგენლებით. მათი საქმიანობით მიღებული მოგება კი ნაწილდება სამედიცინო სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებაზე, ახალი სადიაგნოსტიკო მოწყობილობა-დანადგარების შეძენაზე, სამედიცინო პერსონალის ხელფასის გაზრდაზე.

არაკომერციული საავადმყოფოების უპირატესი განვითარება აღინიშნება როგორც ევროპის ქვეყნებში, სადაც უმთავრესად უნივერსალური, ანუ საყოველთაო ჯანდაცვაა განვითარებული, ასევე, ისეთ ლიბერალურ ქვეყანაშიც კი, როგორიც აშშ-ია, სადაც ჯანდაცვა უმთავრესად განიხილება როგორც სამედიცინო ბაზარი. ევროპის ქვეყნებში არაკომერციული სამედიცინო ორგანიზაციები შეადგენენ 70-80%-ზე მეტს, ასევე, აშშ-ში, 57% შეადგენს არამომგებიან სამედიცინო ორგანიზაციები, 26% - სახელმწიფო საავადმყოფოებს, ხოლო კერძო მომგებიანი საავადმყოფოები - 17 %-ს (AHA, 2007).

აღნიშნულისგან განსხვავებით, საქართველოში სამედიცინო დაწესებულებების მესაკუთრეობის მხოლოდ ორი ფორმაა განვითარებული. 2013 წლის მონაცემებით, საავადმყოფოთა 88.6% კერძო, მომგებიან ორგანიზაციებს წარმოადგენენ (მათ, შორის 42% სადაზღვევო კომპანიებს ეკუთვნის, ფიზიკურ პირებს - 29 %, სხვა ტიპის კომპანიებს 18.4%), ხოლო 8% - სახელმწიფოს; სახელმწიფოს საკუთრებაში, ძირითადად, ფსიქიატრიული და სპეციფიკური სამედიცინო მომსახურების გამწევი საავადმყოფოები რჩება (საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო, 2012).

ნახ. 1: საქართველოში მოქმედი საავადმყოფოების მფლობელობის ტიპი



წყარო: საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი. საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო. თბილისი. 2012.

განვითარებულ ქვეყნებში არაკომერციული საავადმყოფოების უპირატესი განვითარება დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ შუა საუკუნეებიდან მათ ჩამოყალიბებაში უდიდესი წვლილი მიუძღვით რელიგიურ ორგანიზაციებს და ადგილობრივ სათემო გაერთიანებებს. ისინი ეხმარებოდნენ მოსახლეობის ღარიბ ფენებს, ობლებს, ფსიქიურად ავადმყოფებს, ტუბერკულოზით ან სხვა ინფექციური დაავადებებით პაციენტებს. მოსახლეობის ამ ნაწილს ბინაზე არ გააჩნდა მკურნალობისათვის სათანადო სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობები, რაც მოითხოვდა საავადმყოფოების, ანუ სასნეულოების (როგორც მათ ძველ საქართველოში უწოდებდნენ) აშენებას და შენახვას. ღარიბთაგან განსხვავებით, მდიდარ ფენას თავიანთ სასახლეში ჰყავდა კარის ექიმები და საავადმყოფოებს არ საჭიროებდა. ამრიგად, როგორც ევროპის ქვეყნებში, ასევე აშშ-ში, არამომგებიანი საავადმყოფოები თავიდანვე შეიქმნა ღარიბთათვის სამედიცინო მომსახურების გასაწევად, რომელთა დაფინანსების უმთავრეს წყაროს წარმოადგენდა შემოწირულობები.

მეოცე საუკუნის დასაწყისში სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარებამ ხელი შეუწყო საავადმყოფოს ისეთი სახით ჩამოყალიბებას, როგორითაც იგი დღეისთვის არსებობს. შეიქმნა როგორც გადაუდებელი ასევე გეგმიური სამედიცინო მომსახურების საავადმყოფოები, სამკურნალო-სარეაბილიტაციო ცენტრები. აღნიშნულის შედეგად შეიცვალა საავადმყოფოების როლი. საავადმყოფო გახდა სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის, პაციენტთა სათანადო დონეზე მკურნალობის ადგილი.

საავადმყოფოს ფუნქციის შეცვლასთან ერთად, შეიცვალა საავადმყოფოთა დაფინანსების მექანიზმები. თუ წინათ საქველმოქმედო ფონდები, შემოწირულობები წარმოადგენდნენ საავადმყოფოს შემოსავლების მნიშვნელოვან წყაროს, შემდგომ პერიოდში გაიზარდა პაციენტების მიერ გაღებული ხარჯების, ასევე სახელმწიფოს და კერძო დაზღვევის წილი. ასე გადაიქცნენ საქველმოქმედო საავადმყოფოები არამომგებიან, ანუ არაკომერციულ საავადმყოფოებად.

საქართველოსთან მიმართებაში არ უნდა დაგვავიწყდეს ერთი ფრიად მნიშვნელოვანი ფაქტი. გასაბჭოებამდე საქართველოშიც არსებობდა საქველმოქმედო საავადმყოფოები. ასე, მაგალითად, თბილისში, ყოფილი მე-9 საავადმყოფოს ადგილზე 1908 წლიდან, წმ. ანდრია პირველწოდებულის სახ. ტაძართან განთავსდა ლაზარეთი. დღევანდელი სახელმწიფო უნივერსიტეტის შენობაში წმინდა ნინოს სახელობის ლაზარეთი იყო განთავსებული, სადაც ვაჟა-ფშაველამ დალია სული. აღნიშნული და სხვა მრავალი საავადმყოფოები წარმოადგენდნენ არაკომერციულ საავადმყოფოებს. 1921 წლიდან, გასაბჭოების შემდეგ, არაკომერციული საავადმყოფოები გადაკეთდნენ სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფ სამედიცინო ორგანიზაციებად. შედეგად, საბჭოთა პერიოდში საქართველოში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის მხოლოდ ერთი ფორმა იყო განვითარებული. დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, 1990-იან წლებში მას დაემატა კერძო საავადმყოფოები. შესაბამისად, დღეისათვის საქართველოში საავადმყოფოების საკუთრების მხოლოდ ორი უკიდურესად რადიკალური, სახელმწიფო და კერძო ფორმებია გავრცელებული.

აქედან გამომდინარე, შეიძლება ითქვას, საბჭოთა პერიოდიდან მოყოლებული საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა ზოგიერთი ნიშნით (სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრობის ფორმები ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი მახასიათებელია) განვითარების იმ ხაზს ასცდა, საითკენაც ვითარდებოდნენ ევროპის ქვეყნები.

გარდა იმისა, რომ დასავლეთის ქვეყნებში არაკომერციული საავადმყოფოები ხელშემწყობ ისტორიულ გარემოში განვითარდნენ, არანაკლები როლი ითამაშა სახელმწიფოს უდიდესმა მხარდაჭერამ. რადგანაც არამომგებიანი საავადმყოფოები ემსახურებიან ღარიბ და დაბალშემოსავლიან პაციენტებს, მათი საქმიანობა განიხილება როგორც საქველმოქმედო. შესაბამისად, მათი შემოსავალი და ქონება უმთავრესად გათავისუფლებულია სახელმწიფო გადასახადებისგან.

ევროპაში და აშშ-ში არამომგებიანი საავადმყოფოების ფართოდ გავრცელებაზე დიდი გავლენა იქონია საზოგადოების მხრიდან წლების განმავლობაში გამყარებულმა ნდობის ფაქტორმა. საქმე იმაში გახლავთ, რომ სამედიცინო ბაზარზე, სადაც პაციენტი მცირედაა ინფორმირებული და ნაკლები ცოდნა გააჩნია სამედიცინო მომსახურების საჭიროებაზე, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ნდობაზე დაფუძნებულ ურთიერთობას. მომგებიან ორგანიზაციებთან შედარებით, პაციენტები უფრო ენდობიან არამომგებიან საავადმყოფოებს, რადგან ეს უკანასკნელი არ არის დაინტერესებული მოგების მიღებით და არ ცდილობს პაციენტის არაინფორმირებულობის გამო მიიღოს სარგებლები (Feldstein, 2007).

გარდა ამისა, არამომგებიანი საავადმყოფოს საქმიანობას ზედამხედველობას უწევს საზოგადოება, სადაც ექიმებს უფრო მეტი შესაძლებლობა აქვთ დამოუკიდებლად განსაზღვრონ საავადმყოფოს პოლიტიკა, შეიძინონ მათთვის სასურველი სამედიცინო მოწყობილობა-დანადგარები, მომგებიანი საავადმყოფოებისგან განსხვავებით, შედარებით დაბალ ფასად მიაწოდონ ძვირადღირებული სერვისები. შესაბამისად, არამომგებიანი საავადმყოფოები გაცილებით მეტად შეესაბამებიან ექიმების ფინანსურ ინტერესებს (Feldstein, 2007).

მოსახლეობაში კერძო, არამომგებიანი სავადმყოფოების პოპულარობაზე მიანიშნებს ის გარემოება, რომ აშშ-ში მათ მიმართავს პაციენტების 70 %, ხოლო მომგებიან საავადმყოფოებს მიმართავს პაციენტების მხოლოდ 13%. სამედიცინო პერსონალიც არაკომერციულ საავადმყოფოებს ანიჭებს უპირატესობას, რაც იმაში გამოიხატება, რომ ექიმთა უმრავლესობა საქმიანობას ეწევა კერძო არამომგებიან საავადმყოფოებში (AHA, 2007).

საზოგადოებაში გარცელებული შეხედულებით კერძო, მომგებიანი ორგანიზაცია ყოველთვის ასოცირდება სამედიცინო მომსაურების უფრო უკეთეს ხარისხთან. თუმცა, კვლევები ადასტურებენ, რომ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის თვალსაზრისით, მომგებიან და არამომგებიან საავადმყოფოებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავებები არ შეინიშნება (Folland, 2007). ერთ-ერთი კვლევის შედეგად შესწავლილ იქნა არამომგებიან და მომგებიან საავადმყოფოებში მედიქეას ბენეფიციარებზე გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, რომელიც ითვალისწინებდა დიაგნოსტიკური და სამკურნალო პროცედურების კომპეტენტურად ჩატარებას, გამოსავლებს. კვლევის მიხედვით,

მომგებიან და არამომგებიან საავადმყოფოებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავება არ შეინიშნებოდა (Feldstein, 2007; Sloan, 2000).

ევროპის ქვეყნებში, ასევე აშშ-ში, არამომგებიანი საავადმყოფოების უპირატესი განვითარება დაკავშირებულია თავად ჯანდაცვის დარგის თავისებურებებით. ჯანდაცვის ბაზარი არსებითად განსხვავდება ეკონომიკის სხვა სფეროებთან შედარებით. განსხვავებულია ჯანდაცვის ბაზარზე მოქმედი სუბიექტების ქცევა სხვა ბაზარზე მოქმედი სუბიექტების ქცევისაგან. ჯანდაცვის ბაზარზე მომხმარებლები, ანუ პაციენტები, ნაკლებად არიან კომპეტენტური შეაფასონ მიღებული მომსახურების ხარისხი, განსაზღვრონ მისი საჭიროება, ან შეადარონ მომსახურების ფასი მის ხარისხს. შედეგად, ექიმი (ანუ მიმწოდებელი) განსაზღვრავს პაციენტისათვის (ანუ მყიდველისათვის) საჭირო სამკურნალო-დიაგნოსტიკურ სერვისებს, განსხვავებით ჩვეულებრივი ბაზრისაგან, სადაც მყიდველი განსაზღვრავს მიწოდებას. ამგვარად, სამედიცინო ბაზარზე მოთხოვნას განსაზღვრავს მიმწოდებელი (სამედიცინო პერსონალი). სამედიცინო ბაზარზე მიმწოდებელსა და მომხმარებელს შორის არსებული ინფორმაციის ასიმეტრიის გამო (მიმწოდებელს უფრო მეტი ინფორმაცია გააჩნია ვიდრე მომხმარებელს), მომწოდებელს შეუძლია მის ხელთ არსებული ინფორმაციული უპირატესობით სტიმული მისცეს პაციენტისათვის რაც შეიძლება მეტი რაოდენობით მომსახურების მოთხოვნას. ამ ფენომენს ჯანდაცვის ეკონომიკაში უწოდებენ მიწოდებით წარმოებულ მოთხოვნას (supplier induced demand). ოპონენტები, რომლებიც მიიჩნევენ რომ სამედიცინო ბაზარი არ განსხვავდება ჩვეულებრივი ბაზრისაგან, ხშირად, შეგნებულად თუ შეუგნებლად ახდენენ ჯანდაცვის ეკონომიკისათვის დამახასიათებელი ამ მნიშვნელოვანი თავისებურებების იგნონირებას.

ჩვეულებრივ ბაზარზე, ძირითადად, დამახასიათებელია მაქსიმალური მოგებისკენ სწრაფვა. მომგებიანი საავადმყოფოები ცდილობენ სამედიცინო მომსახურებაზე ისეთი ფასები დააწესონ, რომ მაქსიმალურად გაზარდონ მოგება. სამედიცინო ბაზარზე გარკვეული სერვისები საზოგადოებრივი სიკეთის ნიშნებით ხასიათდებიან. არამომგებიანი საავადმყოფოები ცდილობენ სამედიცინო მომსახურებაზე ისეთი ფასი დააწესონ, რომ გაწეეული ხარჯების დასაფარად გააჩნდეთ საკმარისი შემოსავლები.

საყურადღებოა საქართველოს ჰოსპიტალურ სექტორში არსებული შემდეგი პრობლემის გათვალისწინებაც. კერძოდ, უმეტესი საავადმყოფოების საწოლთა რაოდენობა 50 საწოლზე ნაკლებია (საავადმყოფოების 34%-ს 11-დან 20 საწოლამდე აქვს, 17%-ს - 21-დან 30 საწოლამდე, ხოლო 41%-ში საწოლების რაოდენობა 31-დან 50-მდე მერყეობს). საერთაშორისო გამოცდილებაზე დაყრდნობით, 50 საწოლიანზე ნაკლები საავადმყოფო შეუძლებელია მომგებიანი გახდეს, უფრო მეტიც, 200-საწოლიანზე ნაკლები საავადმყოფო, ხშირად, ვერ ღებულობს ისეთ მოგებას, რომ ყველა სახის სამედიცინო მომსახურება გრძელვადიანად შეინარჩუნოს. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ სამედიცინო მომსახურების გარკვეული სახეები არამომგებიანია, რომლებიც საავადმყოფოების მფლობელებმა შესაძლოა არ დააფინანსონ.

ზემოთ ავღნიშნეთ, რომ დასავლეთის ქვეყნებში არაკომერციული საავადმყოფოების განვითარებას ხელი შეუწყო მათი შემოსავლებისა და ქონების გათავისუფლებამ სახელმწიფო გადასახადებისგან. თუმცა, ამ მხრივ, საქართველოს საგადასახადო კოდექსის მიხედვით, არასამეწარმეო ორგანიზაციები, რომლებიც საქველმოქმედო საქმიანობა ეწევიან, სარგებლობენ საგადასახადო შეღავათებით. საქველმოქმედო ორგანიზაციების მოგება, ეკონომიკური საქმიანობით მიღებული მოგების გარდა, გათავისუფლებულია მოგების გადასახადისაგან.

ასევე, საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი გვაძლევს არაკომერციული ორგანიზაციის განმარტებას: ,,ორგანიზაცია, რომლის მიზანი არ არის სამეწარმეო საქმიანობა და მისი ფუნქციონირების ძირითადი მამოტივირებელი ფაქტორი არ არის მატერიალური მოგების მიღება, არის არასამეწარმეო (არაკომერციული) იურიდიული პირი“. ასევე, მიუხედავად იმისა, რომ არასამეწარმეო იურიდიული პირი, თავისი არსით, არ შეიძლება იყოს კომერციულ საქმიანობაზე ორიენტირებული, მას უფლება აქვს, ეწეოდეს დამხმარე ხასიათის სამეწარმეო საქმიანობას. ასეთი საქმიანობიდან მიღებული მოგება უნდა მოხმარდეს არასამეწარმეო (არაკომერციული) იურიდიული პირის მიზნების რეალიზებას და მისი განაწილება არასამეწარმეო იურიდიული პირის დამფუძნებლებს, წევრებს, შემომწირველებს, აგრეთვე ხელმძღვანელობისა და წარმომადგენლობითი უფლებამოსილების მქონე პირებს შორის დაუშვებელია.

მიუხედავად იმისა, რომ საგადასახადო კოდექსში არაკომერციულ ორგანიზაციებზე გათვალისწინებულია საგადასახადო შეღავათები, მისი მხოლოდ ჩანაწერის სახით არსებობა არ არის საკმარისი ქვეყანაში არაკომერციული საავადმყოფოების განვითარების ხელშესაწყობად. საქართველოში სამედიცინო ბაზარზე არამომგებიანი (არაკომერციული) ორგანიზაციების განუვითარებლობა ადასტურებს, რომ არ არსებობს საავადმყოფოების არამომგებიანი სახით ფუნქციონირების საკმარისი მოტივაცია. საჭიროა საგადასახადო კოდექსში გათვალისწინებული საგადასახადო შეღავათების შემდგომი დახვეწა და ევროპული გამოცდილების გათვალისწინება. მიზანშეწონილია არამომგებიანი საავადმყოფოების როლის გაზრდა საქართველოს სამედიცინო ბაზარზე.

სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ზემოაღნიშნული ფორმების გარდა, განვითარებულ ქვეყნებში გავრცელებულია სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული სამედიცინო ორგანიზაციები. ისინი წარმოადგენენ სახელმწიფოს და კერძო ბიზნესის თანამშრომლობას ჯანდაცვის განვითარების პრიორიტეტული ამოცანების განსახორციელებლად, სარგებლების, ხარჯების და რისკების ერთმანეთს შორის განაწილების მეშვეობით, გრძელვადიან, ნებაყოფლობით პრინციპებზე. სახელმწიფო-კერძო ბიზნესის პარტნიორული თანამშრომლობის ერთ-ერთი საშუალებაა სახელმწიფო ქონების იჯარით გაიცემა. ამ დროს სახელმწიფო ახდენს მის საკუთრებაში არსებული გამოუყენებელი შენობა-ნაგებობების, ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური აღჭურვილობების იჯარით გაცემას კერძო ბიზნესზე.

აღსანიშნავია, რომ საქართველოში იგეგმება კერძო-სახელმწიფო პარტნიორობის მოდელის დანერგვა (სერგეენკო. 2015). კერძოდ, ბავშვთა ინფექციური, ონკოლოგიური და რესპუბლიკური საავადმყოფოები სახელმწიფო და კერძო

სექტორის თანაარსებობით ჩამოყალიბდებიან (კვარაცხელია. 2015). კერძო ორგანიზაცია ვალდებული იქნება კერძო-სახელმწიფო პარტნიორობის პრინციპით, სახელმწიფოსთან ერთად მოახდინოს საავადმყოფოების მართვა, ფლობა და ოპერირება. შესაბამისი რეგულაციების არარსებობის გამო ეკონომიკის სამინისტრო ამჟამად მუშაობს ჯანდაცვის ობიექტებთან მიმართებაში კერძო და სახელმწიფო სტრუქტურების თანაარსებობის შესახებ კანონის შექმნაზე.

ამრიგად, ჩვეულებრივი ბაზრებისაგან განსხვავებით, სამედიცინო ბაზარმა მოითხოვა მესაკუთრეობის მრავალი ფორმების არსებობა, სადაც წარმოდგენილია როგორც კერძო არაკომერციული, ასევე კერძო მომგებიანი, სახელმწიფო და სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული ორგანიზაციები. საქართველოში კერძო-სახელმწიფო პარტნიორობის მოდელის დასანერგად სახელმწიფოს მიერ გადადგმული პირველი ნაბიჯები უდაოდ დადებითი მოვლენაა. თუმცა, საჭიროა მესაკუთრეობის სხვა ფორმების, კერძოდ, არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარების ხელშეწყობაც. ამით, გაიზრდება სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ფორმებს შორის კონკურენცია, რაც ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობის ამაღლებას, და რაც მთავარია, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაახლოებას ევროპის ქვეყნების არსებულ გამოცდილებასთან.

ბიბლიოგრაფია:

1. AHA, 2007. American Hospital Association. Hospital Statistics, 2007. Chicago: AHA.
2. Folland S., Goodman A. C., Stano M. 2007. The economics of health and health care. New Jersey.
3. Sloan, F. 2000. “Not-for-Profit Ownership and Hospital Behavior.” In Handbook of Health Economics, vol. 18. edited by A. J. Culyer and J. P. Newhouse, 1141-73. New York North-Holland Press
4. Feldstein Paul J, 2011. Health Policy Issues: An Economic Perspective, Fifth Edition Chicago AUPHA press.
5. მხეიძე ი, ჩარკვიანი გ, ნაცვლიშვილი ვ. 2012. არასამეწარმეო იურიდიული პირების დაბეგვრის თავისებურებები საქართველოში. აღმოსავლეთ-დასავლეთის მართვის ინსტიტუტის (EWMI) პროგრამა -- „საქართველოში საჯარო პოლიტიკის, ადვოკატირებისა და სამოქალაქო საზოგადოების განვითარება“ *(G-PAC)*
6. ვერულავა, თ. ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა. საქართველოს უნივერსიტეტი. თბილისი. 2009.
7. სერგეენკო, დ. "პირველადი ჯანდაცვა სერიოზულ რეფორმას საჭიროებს". Ipress.ge

http://ipress.ge/new/4396-davit-sergeenko-pirveladi-jandacva-seriozul-reformas-sachiroebs

8. კვარაცხელია, ვ. 2016 წელს საქართველოს თანამედროვე ტექნოლოგიებით აღჭურვილი 4 კლინიკა შეემატება. Ipress. 10. 12. 2015.
http://www.ipress.ge/new/19428-2016-tsels-saqartvelos-tanamedrove-teqnologiebit-aghchurvili-4-klinika-sheemateba
9. საქართველოს საგადასახადო კოდექსი
10. საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი. საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო. თბილისი. 2012.

ციტირება:

თენგიზ ვერულავა. სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ფორმები, მსოფლიო პრაქტიკა და საქართველო. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). საქართველო 2020. თბილისი 2016.