

## მართული კონკურენცია ჯანდაცვაში და საქართველოს რეფორმები

თენგიზ ვერულავა, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ილიას სახელმწიფო  
უნივერსიტეტის პროფესორი

ჯანდაცვაზე ხარჯების ზრდა არამარტო საქართველოს, არამედ ბევრი ქვეყნის ჯანდაცვის პოლიტიკის ერთ-ერთი მთავარი პრობლემაა. მის გადასაწყვეტად ბევრმა ქვეყანამ სხვადასხვა მეთოდები გამოიყენა. ამ თვალსაზრისით საკმაო გამოცდილება დაგროვდა. თანამედროვე მსოფლიოში ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მექანიზმად აღიარებულია ჯანდაცვის დაფინანსების კონკურენტული სისტემა. აღსანიშნავია, რომ “კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის” კონცეფცია საქართველოშიც დაინერგა მცირე ხნით. საინტერესოა, გავეცნოთ ჯანდაცვის დაფინანსების კონკურენტული სისტემის გამოცდილებას, თუ რას წარმოადგენს იგი, ხარჯების შეკავების რა მექანიზმები გააჩნია და რატომ ვერ მოხერხდა ამ მოდელის განვითარება საქართველოში.

### მართული კონკურენციის კონცეფცია და ევროპული გამოცდილება

ჯანდაცვის დაფინანსების კონკურენტული მოდელი გულისხმობს ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის მართვაში მრავალი გადამხდელის (სადაზღვევო კომპანია) მონაწილეობას, რაც ქმნის მათ შორის კონკურენციას. თავის მხრივ, სახელმწიფო ახდენს კონკურენციის რეგულირებას. კონკურენციისა და რეგულირების ასეთ სიმბიოზს მართულ კონკურენციასაც უწოდებენ (1). მას საფუძვლად დაედო გასული საუკუნის 90-იან წლებში ამერიკელი ეკონომისტის ალან ეინთჰოვენის და მისი ევროპელი მიმდევრების მიერ შემუშავებული კონცეფცია “მართული კონკურენციის მოდელის” შესახებ.

კონკურენტული მოდელის დანერგვა 1993 წლიდან, ნიდერლანდებში დაიწყო და შემდეგ სხვა ქვეყნებშიც შემოიღეს: გერმანია, ბელგია, შვეიცარია, ისრაელი, ჩეხეთი, სლოვაკეთი. ამ ქვეყნებში, კონკურენციის პრინციპების შემოღებამდე სადაზღვევო ფონდებში დაზღვევა ძირითადად გეოგრაფიული ადგილის მიხედვით ხორციელდებოდა, ანუ ქვეყნის ერთ რეგიონში, ან საერთოდ ქვეყანაში მხოლოდ ერთი სადაზღვევო კომპანია იყო წარმოდგენილი (ასეთ სისტემას ერთი გადამხდელი სისტემას უწოდებენ). კონკურენტული სადაზღვევო მოდელზე გადასვლის შემდეგ დაზღვეულებს სადაზღვევო ფონდების არჩევის უფლება მიეცათ.

მართული კონკურენციის მოდელი უმთავრესად შემოღებულ იქნა ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შეკავების, სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების ეფექტური მართვის და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლების მიზნით. მართული კონკურენციის დროს ერთმანეთთან კონკურენციაში მყოფი მომგებიანი და

არამომგებიანი სადაზღვევო კომპანიები აწარმოებენ მოლაპარაკებებს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთან სერვისების ფასისა და ხარისხის შესახებ (2).

მართული კონკურენცია ეფუძნება ფასისმიერ კონკურენციას. კერძოდ, ჯანმრთელობის კერძო სადაზღვევო კომპანიები ერთმანეთს კონკურენციას უწევენ სადაზღვევო პაკეტის პრემიაზე. ცხადია, მომხმარებელი ირჩევს იმ სადაზღვევო კომპანიას, სადაც პაკეტზე შედარებით მცირე სადაზღვევო პრემიაა დაწესებული. გარდა ამისა, კონკურენტული მოდელი სადაზღვევო კომპანიებს სტიმულს აძლევს შექმნან ბაზისურ სადაზღვევო პაკეტს ზევით განსხვავებული დამატებითი სადაზღვევო პაკეტები. აღან ეინთჰოვენის სიტყვებით, „მართული კონკურენცია გულისხმობს კლიენტის მიერ სასურველი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი სისტემის ინფორმირებულ არჩევანს“. (2)

### **ჯანდაცვის დაფინანსების კონკურენტულ მოდელის თავისებურებები საქართველოში**

2008 წლამდე საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებას სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი ახორციელებდა, რაც ე.წ. ერთი გადამხდელის არაკონკურენტულ სისტემას წარმოადგენდა. 2008 წლიდან საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებული რეფორმების შედეგად კონკურენტული სადაზღვევო სისტემა იქნა შემოღებული. სადაზღვევო კომპანიებს მიეცათ ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვაში მონაწილეობის, ხოლო დაზღვეულებს სადაზღვევო კომპანიების თავისუფალი არჩევანის უფლება. კონკურენტული მოდელის შემოღებით საქართველო ეხმარებოდა მსოფლიოში ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ ყველაზე თანამედროვე და პროგრესულ ხედვას.

მთავრობამ სადაზღვევო ორგანიზაციების მიმართ დაადგინა მოთხოვნები და უზრუნველყო სადაზღვევო კომპანიებს შორის ჯანსაღი კონკურენციის პირობების დაცვა. (3) ამავე დროს, 2009 წელს საქართველოში მიღებულ იქნა "ეკონომიკური თავისუფლების აქტი", რომელშიც ძირითადი აქცენტი გაკეთდა მოსახლეობის არჩევანის უფლებაზე, როგორც საბაზრო ეკონომიკის უმთავრეს პრინციპზე, რომელზედაც კონკურენცია და შესაბამისად მომსახურების ხარისხია დამოკიდებული.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში კონკურენტული გარემოს შექმნის უმნიშვნელოვანეს ელემენტს სადაზღვევო ვაუჩერის, როგორც ფინანსური ინსტრუმენტის შემოღება წარმოადგენდა. სოციალური მომსახურების სააგენტო მოქალაქეს გადასცემდა ვაუჩერს სამედიცინო დაზღვევის დასაფინანსებლად. ვაუჩერის მფლობელ მოქალაქეს ან ბენეფიციარ ოჯახს ჰქონდა სადაზღვევო კომპანიის თავისუფალი არჩევანის უფლება. მოქალაქე თავად აფორმებდა ხელშეკრულებას არჩეულ სადაზღვევო კომპანიასთან, ვაუჩერით ღებულობდა სადაზღვევო პოლისს, რომლის საფუძველზეც უზრუნველყოფილი იყო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურებით.

2010 წლიდან შეიცვალა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების წესები. დაზღვეულს ჩამოერთვა სადაზღვევო კომპანიის თავისუფლად არჩევის უფლება და იგი შეიცვალა კონკრეტულ კომპანიასთან სავალდებულო ურთიერთობით. საქართველოს ტერიტორია პირობითად დაიყო 26 სამედიცინო უბნად. დაზღვეული სადაზღვევო ვაუჩერით ხელშეკრულებას აფორმებს საცხოვრებელი ადგილის შესაბამის სამედიცინო რაიონში გამარჯვებულ კომპანიასთან. გარდა ამისა, სადაზღვევო კომპანიებს დაეკისრათ გაზრდილი ვალდებულებები შემცირებული პრემიის პირობებში. კერძოდ, თითოეულ დაზღვეულზე წლიური სადაზღვევო პრემიის ოდენობა განისაზღვრა შესაბამის სამედიცინო უბანში კონკურსის წესით გამარჯვებული მზღვეველის მიერ დაფიქსირებული ფასის შესაბამისად, რომელიც ნაცვლად 180 ლარისა მნიშვნელოვნად შემცირდა. კერძოდ: თბილისში, საჩხერესა და გორში 116 ლარი და 40 თეთრი, ხოლო დანარჩენ 23 რაიონში 132 ლარი. გარდა ამისა, შემცირებული პრემიის პირობებში, სადაზღვევო კომპანიებს სადაზღვევო პაკეტში უნდა შეეტანათ სამკურნალო საშუალებების ხარჯების ანაზღაურება 50 ლარის ფარგლებში, 50 % თანაგადახდით (7).

ნახატი: საქართველოს სადაზღვევო რაიონები, 2010 წ.



ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილე სადაზღვევო კომპანიებისათვის ყველაზე პრობლემატური იყო ის გარემოება, რომ კონკურსის პირობების შესაბამისად, მათი საქმიანობის წარმოების სამედიცინო რაიონებში დაეკისრათ დადგენილ ვადაში თანამედროვე, მაღალი სტანდარტის საავადმყოფოების აშენება ან არსებული დაწესებულებების გაუმჯობესება (7). ასევე, გახანგრძლივდა სადაზღვევო

ხელშეკრულებები. 2010 წლიდან დაზღვეულსა და მზღვეველს შორის დადებული ხელშეკრულება 3 წლიანი გახდა 1 წლიანის მაგივრად. იგი განპირობებული იყო იმ გარემოებით, რომ სადაზღვევო კომპანიას დადგენილ ვადაში უნდა მოესწრო საავადმყოფოს მშენებლობის დასრულება და ამოქმედება, რისთვისაც იგი დროის ამ პერიოდში გარანტირებული უნდა ყოფილიყო მასთან დაზღვეულთა გარკვეული რაოდენობით.

ამრიგად, 2010 წელს განხორციელებული ცვლილებების შედეგად, გაქრა სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენცია. სადაზღვევო კომპანიები ერთპიროვნულ მონოპოლიებად იქცნენ შესაბამის რაიონში.(4) ამასთან, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ბენეფიციარს არამარტო სადაზღვევო კომპანიის არჩევის უფლება წაერთვა, არამედ არანაკლებ უმთავრესი უფლება - თავად აირჩიოს საავადმყოფო, ვინაიდან პაციენტი იძულებული გახდა შემოფარგლულიყო მის რაიონში მოქმედი სადაზღვევო კომპანიის, მისი კლინიკის და ექიმის მიერ შეთავაზებული მომსახურებითა და პირობებით. ყურადსაღებია ის გარემოებაც, რომ ირღვეოდა „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონის მე-5, მე-7 და მე-8 მუხლები“. (4)

ექსპერტთა ერთი ნაწილის აზრით, კონკურენტულიდან არაკონკურენტულ სადაზღვევო სისტემაზე გადასვლა მხოლოდ დროებით ხასიათს ატარებდა, 2013 წლის მარტამდე და გამოწვეული იყო რამოდენიმე მიზეზით:

- სადაზღვევო კომპანიების მიერ გაყიდვებზე გაწეული (აკვიზიციური) ხარჯები შეადგენდა პრემიის თითქმის 30 %-ს, რაც საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელია;
- გამოვლინდა კორუფციის, კერძოდ, სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან საჯარო მოხელეების (სოფლის გამგებლები, სოციალური სააგენტოს წარმომადგენლები და ა.შ.) მოსყიდვის ფაქტები;
- ქვეყანაში არსებული ჯანდაცვის მოძველებული ინფრასტრუქტურა მოითხოვდა განახლებას, რომლის ხარჯების გაწევა სახელმწიფოს არ შეეძლო. შედეგად, სახელმწიფომ სადაზღვევო კომპანიებს დააკისრა სამედიცინო დაწესებულებების მშენებლობა-რეკონსტრუქციის დამატებითი ვალდებულებები.

ექსპერტთა მიერ გამოთქმული ამ მოსაზრებების საწინააღმდეგოდ შეიძლება ითქვას, რომ რეფორმის საწყის ეტაპზე არსებული მაღალი აკვიზიციური ხარჯები შეესაბამებოდა კონკურენტული სისტემის დანერგვის პროცესს და დროებით ხასიათს ატარებდა. დაზღვევის ხასიათიდან გამომდინარე, რომელიც დიდი რიცხვების კანონს ეფუძნება, პირველ წლებში სადაზღვევო კომპანია ცდილობს რაც შეიძლება მეტი ბენეფიციარი მიიზიდოს. რაც უფრო მეტია კონკრეტულ სადაზღვევო კომპანიაში დაზღვეულთა რაოდენობა, მით მეტია სადაზღვევო სარგებლები, მით მეტი სერვისებია მოცული სადაზღვევო პაკეტში, და რაც მთავარია, დაზღვეულს მით უფრო ნაკლები სადაზღვევო პრემია აქვს გადასახდელი. აქედან გამომდინარე, სადაზღვევო კომპანია ცდილობს საწყის ეტაპზე გაზარდოს აკვიზიციური ხარჯები, რომ რაც შეიძლება მეტი რაოდენობით დაზღვეული მიიზიდოს. დაზღვეულის მიერ მისთვის სასურველი სადაზღვევო კომპანიის არჩევის შემდეგ, როგორც მოსალოდნელია, მცირდება სადაზღვევო კომპანიის მიერ გასაწევი აკვიზიციური ხარჯები.

რაც შეეხება კონკურენტული დაზღვევის სისტემის დროს გამოვლენილ კორუფციის ნიშნებს, მის აღმოსაფხვრელად არსებობენ სათანადო ორგანოები. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენციის არსებობისას, სადაც სადაზღვევო ხელშეკრულების პერიოდი ერთი წელია, დაზღვეულს უფლება აქვს გადაირჩიოს მისთვის არასასურველი სადაზღვევო კომპანია.

ერთი მხრივ, სადაზღვევო კომპანიების მხრივ ახალი სამედიცინო დაწესებულებების აშენების ან მათი განახლების შედეგად, მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა სამედიცინო მომსახურების გარემო, ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა. მეორე მხრივ, სადაზღვევო კომპანიებს ისედაც შემცირებული პრემიის პირობებში დაკისრებული გაზრდილი ვალდებულებების შედეგად დაუგროვდათ სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ დავალიანებები, რაც უარყოფითად მოქმედებდა ბენეფიციართა კმაყოფილებაზე. ამიტომ, სადაზღვევო კომპანიების ძალისხმევა ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე კი არ იყო მიმართული, არამედ იმაზე, რომ რაც შეიძლება მეტი დაზღვეული მოეხიდათ და შესაბამისად, მეტი ვაუჩერი (ანუ სახელმწიფოსგან მეტი დაფინანსება) მიეღოთ, რომ ამით გამკლავებოდნენ მათზე დაკისრებულ გაზრდილ ვალდებულებებს.

მდგომარეობას ამძიმებდა ის გარემოებაც, რომ არაკონკურენტულ გარემოში სადაზღვევო კომპანია ცდილობდა რაც შეიძლება ნაკლებად აენახლაურებინა სამედიცინო პერსონალის მიერ გაწეული შრომა. თავის მხრივ, სამედიცინო პერსონალი იძულებული იყო სადაზღვევო კომპანიასთან ანაზღაურების ნებისმიერ განაკვეთზე გააფორმებინა კონტრაქტი, რადგან სხვა გამოსავალი მას არ რჩებოდა. გარდა ამისა, სახელმწიფოს მიერ დადგენილი სადაზღვევო პრემია არ შეესაბამებოდა რისკებს და მისი გამოთვლა არ განხორციელებულა აქტუარული გათვლის წესების დაცვით.

ყოველივე ზემოაღნიშნული უარყოფითად მოქმედებდა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე, პაციენტის კმაყოფილებაზე. ამ და სხვა მიზეზების გათვალისწინებით, 2012 წელს მოსულმა ახალმა მთავრობამ საერთოდ გააუქმა სადაზღვევო კომპანიების მონაწილეობა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვაში. მათ ნაცვლად სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების უზრუნველყოფის განხორციელება დაევალა სოციალური მომსახურების სააგენტოს. მართალია, ახალი სქემის მიხედვით, პაციენტს აქვს უფლება თვითონ აირჩიოს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, რაც ზრდის მომსახურების ხარისხს, თუმცა მას არ შეუძლია აირჩიოს მისთვის სასურველი სადაზღვევო კომპანია, რადგან ქვეყანაში მოქმედებს ერთი გადამხდელის მონოპოლური სისტემა.

ასე წარუმატებლად დასრულდა კონკურენტული სადაზღვევო სისტემის მშენებლობის პირველი ნაბიჯები საქართველოში, თუ შეიძლება ამას პირველი ნაბიჯები ვუწოდოთ, როდესაც იგი 2 წელიწადიც არ გაგრძელებულა. როგორც ზემოთ ავღნიშნეთ, ამის მიზეზია სახელმწიფოს მხრიდან განხორციელებული უხეში ჩარევები. როგორც ნათქვამია, ორი კურდღლის მადევარი ვერცერთს ვერ დაიჭერსო. სახელმწიფომ ჩათვალა, რომ ჯანდაცვაში სადაზღვევო კომპანიების ჩართვით თავისუფალი ბაზრის კონკურენციის მექანიზმებსაც გამოიყენებდა და ამასთან, იმავე კონკურენციის პრინციპების საზიანოდ სადაზღვევო კომპანიებს აიძულებდა საავადმყოფოების აშენებას. ასეთი ურთიერთგამომრიცხავი მექანიზმებით კი ვერ მიიღწევა სასურველი შედეგი. ახალმა მთავრობამ საერთოდ არ მოისურვა კონკურენტული სისტემის მშენებლობა და

რაიონული ერთი გადამხდელის არაკონკურენტული სადაზღვევო სისტემა შეცვალა ქვეყნის მასშტაბით ერთი გადამხდელი სისტემით.

საინტერესოა, უფრო ნათლად გამოვკვეთოთ, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაზე თუ რა დადებით გავლენას მოახდენდა მართული კონკურენციის მოდელის იმ სახით დანერგვა, რა სახითაც იგი წარმატებულად არსებობს სხვადასხვა ქვეყნებში.

### მართული კონკურენციის მოდელის უპირატესობები

**უტილიზაციის მენეჯმენტი.** 2015 წლის I კვარტლის მონაცემებით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გადაუდებელი ქირურგიული ოპერაციების მოხმარების მაჩვენებელი 314%-ით გაიზარდა (5), რაც მიგვანიშნებს, რომ საავადმყოფოები მეტი თანხის მისაღებად ახდენენ პაციენტის მდგომარეობის ხელოვნურ გაურგენტულებას. აღნიშნული უარყოფითი მოტივაციები განსაკუთრებით შეინიშნება ისეთ ქვეყანებში, სადაც მოქმედებს ერთი გადამხდელის მონოპოლური სისტემა. იგი განსაკუთრებით მწვავედ დგას საქართველოში, რადგან სოციალური მომსახურების სააგენტოს, როგორც ერთადერთ გადამხდელს, არ გააჩნია არც შესაბამისი რესურსები და არც სათანადო კადრები, რომ მთელი ქვეყნის მასშტაბით განახორციელოს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ზედამხედველობა.

ამისგან განხვავებით, კონკურენტული მოდელის დროს სახელმწიფოსა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს შორის ერთვებიან სადაზღვევო კომპანიები, რომლებიც ხარჯების კონტროლის და შეკავების მიზნით ფართოდ იყენებენ სამედიცინო ორგანიზაციების (ექიმები) მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების მონიტორინგისა და მართვის მეთოდებს (უტილიზაციის მენეჯმენტი). მისი ერთ-ერთი ფორმაა მოთხოვნის მენეჯმენტი, რაც გულისხმობს ისეთ ქმედებებს, რომლებიც გავლენას მოახდენენ მომავალში სამედიცინო სერვისების მოთხოვნაზე. მაგალითად, ექიმის მიერ ყოველდღიურად ოცდაოთხსაათიანი სატელეფონო რჩევების განხორციელება პაციენტებზე. ასეთი სახის კონსულტაციები მკვეთრად ამცირებენ სამედიცინო სერვისებზე მოთხოვნებს და შესაბამისად ხარჯებს.

გარდა ამისა, კონკურენტული მოდელის დროს სადაზღვევო კომპანიები ცდილობენ ხარჯების შეკავების მიზნით განახორციელონ სერვისებზე კონტროლი, რისთვისაც ახდენენ პაციენტის სტაციონარში გახანგრძლივებული დაყოვნების, ასევე, რთული, ქრონიკული, მაღალხარჯიანი სამედიცინო სერვისების დეტალურ შესწავლას. ამავე მიზნით, სადაზღვევო კომპანიები ფართოდ იყენებენ ჰოსპიტალური სერვისების წინასწარი შეტყობინების მექანიზმებს. როდესაც პაციენტი საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას იგი ატყობინებს სადაზღვევო კომპანიას და მხოლოდ მისგან მიღებული წინასწარი თანხმობის შემდეგ ღებულობს ანაზღაურებას. ამასთან, არაიშვიათად, სადაზღვევო კომპანია თავის წარმომადგენელს აგზავნის საავადმყოფოში, რათა მოხდეს თითოეული პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევის, მასზე ჩატარებული სერვისების შესწავლა. დგინდება თუ რამდენად შესაძლებელია პაციენტის ბინაზე გაწერა. როდესაც სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა აღემატება წინდაწინ დადგენილ დღეებს, ხდება პაციენტის კლინიკური მონაცემების შეგროვება.

**ფასწარმოქმნაზე დადებითი გავლენა.** საქართველოში, ისევე როგორც ერთი გადამხდელის სისტემის ქვეყნებში, ჯანდაცვის სერვისების ფასს ადგენს სახელმწიფო. ამით, სახელმწიფო ცდილობს მოახდინოს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებისათვის ასანაზღაურებელი თანხის კორექცია. ამ შემთხვევაში კლინიკები იძულებულნი ხდებიან რომ ფასები გაზარდონ, რაც თავის მხრივ, ზრდის თანაგადახდის წილს. აღნიშნული ისევე პაციენტს აწვება ფინანსურ ტვირთად. შედეგად, შესაძლოა პაციენტმა უარი თქვას ჯანდაცვის გარკვეულ სერვისებზე, რაც უარყოფით გავლენას ახდენს სამედიცინო დახმარების ხარისხზე.

ამისგან განხვავებით, კონკურენტული მოდელის დროს ჯანდაცვის სერვისების ფასის დადგენა ხორციელდება სადაზღვევო კომპანიებსა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს შორის შეთანხმებით, მოლაპარაკებებით. დაზღვეული ცდილობს დაეზღვიოს იმ სადაზღვევო კომპანიაში, სადაც ჯანდაცვის სერვისებზე თანაგადახდის წილი შედარებით დაბალია. შესაბამისად, კონკურენტულ მოდელში ხარჯების შეკავებას თავად ბაზარი ახორციელებს, როელიც გაცილებით ეფექტურია ვიდრე სახელმწიფოს, როგორც ერთი გადამხდელი სისტემის მიერ დადგენილი ტარიფი.

**სადაზღვევო კომპანიების და სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის მრავალფეროვნება.** კონკურენტული მოდელის ეფექტურობაზე დადებით გავლენას ახდენს როგორც დამფინანსებლების, ასევე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების მესაკუთრეობის მრავალი ფორმების არსებობა ქვეყანაში. საქმე იმაშია, რომ როდესაც სახელმწიფო ადგენს ჯანდაცვის სერვისების ტარიფებს, კლინიკებმა შესაძლოა ჩათვალონ, რომ სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული ტარიფები მცირეა და უარი განაცხადონ სახელმწიფო პროგრამით მომსახურების გაწევაზე.<sup>(6)</sup> ამ მხრივ, გასათვალისწინებელია, რომ საქართველოში უმთავრესად გავრცელებულია როგორც სამედიცინო ორგანიზაციების, ასევე სადაზღვევო კომპანიების მხოლოდ კერძო მესაკუთრეობა. შესაბამისად, გაუგებარია, რა უნდა მოიმოქმედოს სახელმწიფომ იმ შემთხვევაში, თუ კერძო კლინიკები ერთმანეთში შეთანხმდებიან და ერთხმად უარს იტყვიან მომსახურების გაწევაზე. ამ და სამედიცინო ბაზრისთვის დამახასიათებელი სხვა თავისებურებების გამო, ბევრ განვითარებულ და განვითარებად ქვეყანაში როგორც სამედიცინო ორგანიზაციების, ასევე სადაზღვევო კომპანიების მესაკუთრეობის რამოდენიმე ფორმაა გავრცელებული: არაკომერციული, მომგებიანი, სახელმწიფო, სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული. მესაკუთრეობის ფორმების ასეთი მრავალფეროვნება განაპირობებს მათ შორის ჯანსაღ კონკურენციას. კონკურენტულ გარემოში კლინიკების გარკვეული ნაწილი მომსახურებას გასწევს სახელმწიფოს მიერ დადგენილი ფასის მიხედვით. ზოგ კლინიკას შეუძლია სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრულ ტარიფს ზევით დააწესოს სერვისებზე მისთვის მისაღები ფასი, რომელსაც პაციენტი თავად გადაიხდის. აქ მთავარია, რომ კონკურენტულ გარემოში პაციენტს ყოველთვის რჩება მისთვის სასურველი, ფინანსურად ხელმისაწვდომი როგორც სამედიცინო ორგანიზაციების, ასევე სადაზღვევო კომპანიების არჩევის შესაძლებლობა, ხოლო ერთმანეთთან კონკურენციაში მყოფი მესაკუთრეობის სხვადასხვა ფორმის სამედიცინო დაწესებულებები და სადაზღვევო კომპანიები

განსხვავებულად უპასუხებენ სახელმწიფოს მიერ ხარჯებზე კონტროლის მიზნით დაწესებულ ტარიფებს.

*საბაზისო პაკეტი ზევით სერვისებზე კონკურენცია.* 2008 წელს სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით განსაზღვრული პაკეტი არ მოიცავდა ცალკეულ სერვისებს, მაგალითად, მედიკამენტებით უზრუნველყოფას. ერთმანეთთან კონკურენციაში მყოფი სადაზღვევო კომპანიები დაზღვეულთა მისაზიდად ცდილობდნენ სახელმწიფოს მიერ დადგენილ სერვისებზე დამატებით შეეთავაზებინათ გარკვეული სერვისები ყოველგვარი ანაზღაურების გარეშე, ან შეღავათიან, მნიშვნელოვნად შემცირებულ ფასებში. ასეთი მარკეტინგული პრაქტიკა განსაკუთრებით ეფექტურია იმ შემთხვევაში როდესაც სადაზღვევო კომპანიები მონაწილეობენ სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამის მართვაში, რადგან დაზღვეული იმ მზღვეველს ანიჭებს უპირატესობას რომელიც ბონუსად დამატებით სერვისებს შესთავაზებს. შედეგად, მცირდება ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები, რადგან ცალკეულ სერვისებზე პასუხისმგებლობა გადადის კერძო სადაზღვევო კომპანიებზე.

ჯანდაცვის სისტემაში ბოლო წლებში მიმდინარე რეფორმების ევროპულ გამოცდილებას თუ გავიზიარებთ, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვის კონკურენტული მოდელი სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და ხარჯების შეკავების ეფექტური მექანიზმია. სამწუხაროდ, საქართველომ გადაუხვია მართული კონკურენციის პრინციპებს და იგი გაცვალა საავადმყოფოების აშენების პრიორიტეტზე, ანუ მსხვერპლად შეეწირა ჰოსპიტალს (8). ასეთ დროს ყოველთვის მახსენდება დანიელ ჭონქაძის “სურამის ციხე”, სადაც ერის კონსოლიდაციას უაზროდ ეწირება ნაწარმოების გმირი - ზურაბი. არადა არც იყო საჭირო!

### ბიბლიოგრაფია

1. Van de Ven WP, Beck K, Buchner F, Schokkaert E, Schut FT, Shmueli A, Wasem J. – Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? 2012
2. Alain C. Enthoven. The History And Principles Of Managed Competition. Health Affairs, 12, no.suppl 1 (1993)
3. შორენა ჯადუგიშვილი. ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია. 2010.
4. თენგიზ ვერულავა. „რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის ევროპული გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები“. საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალების კრებული. გვ. 323-326. თსუ, პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტი. თბილისი. 2014
5. საქართველოს ჯანდაცვის სფეროს ბარომეტრი, მეხუთე ტალღა. საერთაშორისო ფონდი კურაციო. ივლისი. 2015 წ. <http://curatiofoundation.org/ge/barometer5/>



6. რაიონულმა კლინიკებმა შესაძლოა გადაუდებელი პაციენტების მომსახურებაზე უარი თქვან. 01-04-2015. <http://rustavi2.com/ka/news/13115>
7. საქართველოს მთავრობის 2010 წლის დადგენილება N 85
8. თენგიზ ვერულავა. "ალისა აქ უკვე აღარ ცხოვრობს", ანუ ლიბერალური ეკონომიკის ქართული სინამდვილე. გაზეთი „რეზონანსი“. 2010. 25 ივნისი. - N165. გვ.8

**გამოქვეყნდა:** ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტის (IDFI) ვებ გვერდზე. 17 მაისი. 2016 წ.

<https://idfi.ge/ge/ruled-competition-in-healthcare-system-and-georgian%20reforms>

**ციტირება:**

თენგიზ ვერულავა. მართული კონკურენცია ჯანდაცვაში და საქართველოს რეფორმები. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). საქართველო 2020. თბილისი. 2016.