

ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების მექანიზმები და
საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა

25 იანვარი 2016

ავტორი: თენგიზ ვერულავა
მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ილიას სახელმწიფო
უნივერსიტეტის პროფესორი



სტატია დაიწერა პროექტ "[სტრატეგიული გეგმა საქართველო 2020 - სამოქალაქო საზოგადოების ჩართულობის გაძლიერება](#)"-ს ფარგლებში და გამოქვეყნდა პროექტის ბლოგზე "[საქართველო 2020](#)".

2015 წელს, ისევე როგორც წინა წლებში, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით განსაზღვრულ ბიუჯეტზე მეტი თანხები დაიხარჯა. ამას ადასტურებს საერთაშორისო სავალუტო ფონდის მისიის მიერ გაკეთებული განცხადებაც: „ჯანდაცვის ხარჯები 2015 წელს დაგეგმილზე გაცილებით მაღალი იყო. მთავრობამ მეთვალყურეობა უნდა გაუწიოს ამ ხარჯებს 2016 წელს და ეფექტიანობის ზრდით უზრუნველყოს ხარჯების დაბოგვა“(23). აღნიშნულიდან გამომდინარე, ჯანდაცვის ხარჯების ზრდა აქტუალურია საქართველოსთვის, სადაც ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს მხრიდან ისედაც მწირი თანხები იხარჯება (2). ამ მხრივ, მნიშვნელოვანია, გავარკვიოთ, რით არის გამოწვეული ჯანდაცვის ხარჯების ზრდა და საქართველოში მისი შეკავების რა მექანიზმები არსებობს.

ჯანდაცვაზე ხარჯების ზრდა არამარტო საქართველოს, არამედ ბევრი ქვეყნის ჯანდაცვის პოლიტიკის ერთ-ერთი მთავარი პრობლემაა. იგი უმთავრესად დაკავშირებულია ჯანდაცვის სექტორისათვის

დამახასიათებელ ტენდენციასთან. ბევრ ქვეყნებში ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის ტემპი აღემატება მთლიანი ეკონომიკის ზრდის ტემპებს (1). ჯანდაცვის ხარჯების ასეთი ზრდა განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ ეკონომიკის სხვა დარგებთან შედარებით, ჯანდაცვის სექტორში უფრო მეტად ინერგება ახალი ტექნოლოგიები, სამკურნალო-სადიაგნოსტიკო მოწყობილობა-დანადგარები, მედიკამენტები. შედეგად, ჯანდაცვის სექტორში სამედიცინო ფასები იზრდებოდა უფრო სწრაფად, ვიდრე ფასები მთლიანად ეკონომიკაში (1).

ცხადია, რაც უფრო მეტია ჯანდაცვაზე დანახარჯები, მით უფრო უმჯობესდება შედეგი, ანუ ჯანმრთელობის მდგომარეობა. თუმცა, ჯანდაცვაზე დანახარჯებსა და ჯანმრთელობის გამოსავლებს (შედეგებს) შორის არ არის ასეთი მარტივი კავშირი. ჯანდაცვაზე დანახარჯებსაც აქვს ზღვრული სარგებელი. გარკვეული დონის ზევით დანახარჯების ზრდას არანაირი გავლენა არ აქვს ჯანმრთელობის გამოსავლებზე. ამას ადასტურებს რენტგენოლოგიური გამოკვლევების მაგალითი. არსებული კვლევების მიხედვით, ჩატარებული რენტგენოლოგიური გამოკვლევები ზოგ შემთხვევებში (10%-დან 40%-მდე) არასაჭიროა (3). რენტგენოლოგიური გამოკვლევების არასათანადო გამოყენება, თავის მხრივ, ზრდის არამართო ჯანდაცვის ხარჯებს, არამედ პაციენტისათვისაც საშიშია.

ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის მიზეზები

ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შემდეგი მიზეზები არსებობს: ფასების ინფლაცია, არასაჭირო სამედიცინო სერვისების წარმოება, მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები, ინოვაციური მექანიზმების დანერგვა.

ჯანდაცვაზე ხარჯების ზრდის ერთ-ერთი უმთავრესი მიზეზია ფასების ინფლაცია. იგი გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების საშუალო ფასის დონის ზრდას. ჯანდაცვის ბაზარზე, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ოლიგოპოლიის ნიშნები, რამოდენიმე სამედიცინო პროვაიდერმა საკუთარი მოგების გაზრდის მიზნით, ე.წ. კარტელური გარიგებებით, შეიძლება გადაწყვიტოს სერვისებზე ფასების მომატება (ოლიგოპოლური ინფლაცია). ჯანდაცვის სექტორში ოლიგოპოლური ინფლაციის ერთ-ერთი გავრცელებული მაგალითია მედიკამენტებზე მაღალი ფასების დაწესება. ფონდ „კურაციოს“ მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით (4), საქართველოში მედიკამენტების ფასები მნიშვნელოვნად აღემატება იმავე მედიკამენტებზე ევროპის ქვეყნებში არსებულ ფასებს. ასევე, მედიკამენტების ფასნამატმა იმპორტიდან (საქართველოს ეკონომიკური საზღვრის გადაკვეთიდან) საცალო ქსელის დახლამდე შეადგინა 102%. კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ საქართველოს ფასნამატის მარჯა სულ მცირე ორჯერ აღემატება ევროპის ქვეყნებში დაფიქსირებულ მარჯას.

ჯანდაცვის სექტორში ინოვაციური მექანიზმები ინერგება იმისათვის, რომ ახალი ტექნოლოგიების მეშვეობით შედარებით ნაკლები დანახარტებით მიიღონ ჯანმრთელობის იგივე ან უკეთესი შედეგები. მაგალითად, ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის მეთოდის გამოყენებით მიიღება გაცილებით უკეთესი შედეგი. ამასთან, მნიშვნელოვნად მცირდება ჰოსპიტალში გატარებული საწოლ-დღეების ხანგრძლივობა და შესაბამისად დანახარტებიც. მოყვანილი მაგალითი წარმოადგენს მკურნალობის ეფექტური მეთოდით ჩანაცვლების კლასიკურ შემთხვევას. თუმცა, არსებობს მეორე მხარეც. კვლევები ადასტურებენ რომ ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის მეთოდი შესაძლოა დაუნიშნონ იმ პაციენტებსაც, ვისაც გააჩნია ნალველ-კენჭოვანი დაავადების მსუბუქი ფორმაც, რომელიც არ საჭიროებს ქირურგიულ ოპერაციას (5).

ჯანდაცვაზე დანახარტების ზრდას ხელს უწყობს არასაჭირო სამედიცინო სერვისები, დაუსაბუთებელი ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური ღონისძიებები, რომელთაც არანაირი სარგებელი არ მოაქვთ ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაში. მრავალი კვლევები ადასტურებენ, რომ ასეთი არასაჭირო სამედიცინო სერვისებზე გაწეული ხარტები საკმაო წილს შეადგენენ ჯანდაცვის ხარტებში (6).

არასაჭირო სამედიცინო სერვისების რაოდენობა განსაკუთრებით მაღალია იქ, სადაც შეინიშნება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების სიჭარბე (7). გასათვალისწინებელია ამ მხრივ საქართველოში არსებული არასახარბიელო სიტუაცია. ექიმებით უზრუნველყოფის მარვენებელი საქართველოში საკმაოდ მაღალია ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის (8). აქედან გამომდინარე, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების სიჭარბე მნიშვნელოვნად ხელს უწყობს საქართველოში ჯანდაცვის ხარტების ზრდას.

ჯანდაცვის ხარტების გარკვეული ნაწილი არ წარმოადგენს დაავადებათა მკურნალობის ხარტებს. ჯანდაცვის სისტემაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია ადმინისტრაციულ ხარტებს. იგი საჭიროა ისეთი საორგანიზაციო ღონისძიებების უზრუნველსაყოფად, როგორებიცაა: სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვა, ჯანდაცვის ფინანსების მართვა და ა.შ. ადმინისტრაციული ხარტები განსაკუთრებით მაღალია ისეთი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებში სადაც სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში (ან სოციალური დაზღვევის სისტემაში) მრავალი გადამხდელი (სადაზღვევო კომპანია) მონაწილეობს. ერთერთი კვლევის მიხედვით, აშშ-ში ყოველ 1\$-ზე 31 ცენტი მოდის ისეთ ადმინისტრაციულ ხარტებზე, როგორიცაა: დაზღვევის მარკეტინგი, ზარალების (პრეტენზიების) მართვა, მოთხოვნების დამუშავება (9). ამ მხრივ, აშშ-ში ჯანდაცვის

ადმინისტრაციული ხარჯები გაცილებით აღემატება სხვა ქვეყნის მაჩვენებლებს.

ხარჯების შეკავების მეთოდები

გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემა. ხარჯების შეკავების მეთოდებიდან ერთ-ერთი უმთავრესია ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობა, რადგან ასეთ სისტემაში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა პრევენციული სერვისების მიწოდებას. პრევენციული ღონისძიებები უფრო ნაკლებხარჯიანია, ვიდრე დაავადებათა მკურნალობა, რადგან გაცილებით იაფია დაავადებათა თავიდან არიდება ან მისი განვითარების ადრეულ ეტაპზე აღმოფხვრა, ვიდრე უკვე ჩამოყალიბებული დაავადებების მკურნალობა. მაგ., ვაქცინაციაზე შედარებით ნაკლები იხარჯება, ვიდრე სიცოცხლისათვის საშიში ინფექციური დაავადებების მკურნალობაში (10). ამ მხრივ, უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას, რადგან პრევენციული ღონისძიებები ტარდება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.

საქართველოში ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების პრობლემა უფრო მძიმეა, იმ თვალსაზრისით, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ნაკლებადაა განვითარებული. ამაზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 2.3-ს შეადგენს (ევროპის ქვეყნებში 7.5-მდე აღწევს). პაციენტები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გვერდის ავლით, ექიმის დანიშნულების გარეშე ყიდულობენ მედიკამენტებს და ეწვევიან თვითმკურნალობას. შედეგად, კატასტროფულად მაღალია ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მედიკამენტების ხარჯების წილი (დაახლოებით 40%, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებში იგი 10-15%-ს აღწევს).

გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დროს პაციენტი უმთავრესად ოჯახის ექიმს მიმართავს. ოჯახის ექიმი, როგორც სისტემის „მეკარიბჭე“, ადგენს სხვა სამედიცინო პერსონალთან (სპეციალისტებთან) მიმართვას (მიმართვების მენეჯმენტი, ახდენს ამ სერვისების გაწვევის კოორდინაციას. მისი მიზანია აღმოიფხვრას პაციენტთა თვითმიმართვები სპეციალისტებთან და თავიდან აიცილოს ძვირადღირებულ ჰოსპიტალურ მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები. შედეგად, მცირდება არააუცილებელი სერვისების ჩატარების სტიმული და შესაბამისად ჯანდაცვის ხარჯები (11). ერთი კვლევის მიხედვით, პაციენტებს, რომელნიც უპირველესად ოჯახის ექიმს მიმართავდნენ, ვიდრე სპეციალისტებს, აღენიშნებოდათ 33 %-ით ნაკლები ჯანდაცვის ხარჯები და 19 %-ით დაბალი სიკვდილიანობა (12). ამგვარად, პირველადი ჯანდაცვის გამართულ სისტემაზე მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული როგორც ჯანდაცვაზე

გამოყოფილი მწირი სახსრების ეფექტური ხარჯვა, ასევე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება (13).

ჯანდაცვის დაფინანსების კონკურენტული სისტემა. ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავების ერთ-ერთ მექანიზმია ჯანდაცვის დაფინანსების კონკურენტული სისტემა, სადაც სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვას ახორციელებს არა ერთი ორგანიზაცია (მაგ., სოციალური დაზღვევის სახელმწიფო ფონდი, ან სოციალური მომსახურების სააგენტო საქართველოში), არამედ მრავალი გადამხდელი სუბიექტები (სადაზღვევო კომპანიები) მონაწილეობა. მრავალი გადამხდელით დაფინანსების სისტემაში სადაზღვევო ფონდებს შორის კონკურენციას განაპირობებს სადაზღვევო პრემიები, პაკეტები, შემოთავაზებული მკურნალობის ხარისხი, აგრეთვე დაზღვევის დამატებითი პაკეტისათვის გათვალისწინებული პრემიები და სარგებლები. კომპანიებს შორის კონკურენცია ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას და რესურსების ეფექტურად გამოყენებას. სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვის ასეთ კონკურენტულ მოდელს მართული კონკურენციის მოდელსაც უწოდებენ (16).

კონკურენტული მოდელის დროს სადაზღვევო კომპანიები ხარჯების კონტროლის და შეკავების მიზნით ფართოდ იყენებენ ექიმის მიერ განეული 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 ლეზულობს 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.

დასავლეთ ევროპის სოციალური დაზღვევის სისტემის ზოგიერთმა ქვეყანამ (გერმანია, ნიდერლანდები, ბელგია, ჩეხეთი, შვეიცარია, ირლანდია, ისრაელი) კარგა ხანია უარყო ერთი გადამხდელით დაფინანსების არაკონკურენტული სისტემა. დღევანდელი, თანამედროვე მსოფლიოს სოციალური დაზღვევის სისტემის ქვეყნების გამოცდილება გვეუბნება, რომ უფრო ეფექტურია მრავალი გადამხდელი სისტემის არსებობა, ანუ ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსების მართვა უნდა განახორციელონ მრავალმა კონკურენტულმა სადაზღვევო კომპანიებმა და არა ერთმა სახელმწიფო სადაზღვევო ფონდმა.

ამ მხრივ, საქართველოში მოქმედებს ერთი გადამხდელით დაფინანსების სისტემა, კერძოდ სოციალური მომსახურების სააგენტო უზრუნველყოფს სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვას. ერთი გადამხდელით დაფინანსების არაკონკურენტული სისტემა ვერ უზრუნველყოფს ხარჯების შეკავებას. ამ თვალსაზრისით, მიზანშეწონილია საქართველომ გაითვალისწინოს ხარჯების შეკავების თვალსაზრისით მსოფლიოს თანამედროვე გამოცდილება (17).

პაციენტის თანამონაწილეობა. ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების ერთ-ერთი მექანიზმია პაციენტის თანამონაწილეობა (თანაგადახდა) სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ ნაწილის ხარჯების დასაფარად. მისი უმთავრესი მიზანია სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნის ლიმიტირება. დაზღვეულ ან სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით მოცულ პაციენტებს აქვთ სამედიცინო მომსახურების მიღების სტიმული. პაციენტის თანამონაწილეობა წარმოადგენს ამ სტიმულის შემცირების ერთ ერთ მეთოდს. კვლევის მიხედვით, როდესაც დაზღვეულები სამედიცინო მომსახურების მიღებისას იხდიან გარკვეულ თანხებს დაახლოებით ერთი მესამედით მცირდება ექიმთან ვიზიტების რაოდენობა, ასევე ერთი მესამედით მცირდება პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია (20).

საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით გარკვეულ სერვისებზე გათვალისწინებულია პაციენტის თანაგადახდა. თუმცა, მიზანშეწონილია, მისი უფრო ფართოდ გამოყენება. ამასთან გასათვალისწინებელია, რომ „საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო“ მიერ 2015 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით, გამოკითხულთა დაახლოებით 46% მზად არის საკუთარი ჯანმრთელობის დაზღვევის ფინანსური ტვირთი სახელმწიფოსთან ერთად გაინაწილოს (21). რესპოდენტთა ამგვარი განწყობა ხელისუფლებას საშუალებას აძლევს თანაგადახდებისადმი გამოიყენოს მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებისადმი დიფერენცირებული მიდგომა, ხოლო გამოთავისუფლებული რესურსი

გამოყენებულ იქნას სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისათვის ან ქრონიკული პაციენტებისათვის აუცილებელი მედიკამენტებით უზრუნველსაყოფად.

ცხადია, პაციენტის თანამონაწილეობა ამცირებს ჯანდაცვის ხარჯებს. თუმცა, გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ ჯანდაცვის დანახარჯების უმეტესი ნაწილი მოდის მოსახლეობის იმ მცირე ნაწილზე რომლებიც არიან ავად, ანუ ხარჯებში თანამონაწილეობა ძირითადად მაღალრისკიან პაციენტებს უხდებათ. აღნიშნული კიდევ უფრო ამძიმებს მათ ფინანსურ ხელმისაწვდომობას სამედიცინო მომსახურებაზე (22). აქედან გამომდინარე, თანაგადახდების დაწესებისას გათვალისწინებულ უნდა იქნას მოსახლეობის სხვადასხვა სოციალური ჯგუფებისადმი დიფერენცირებული მიდგომა.

სერვისების შერჩევა ხარჯთ-ეფექტიანობის ანალიზის მიხედვით. ხარჯების შესაკავებლად მსოფლიოში ფართოდ გამოიყენებენ ჯანდაცვის სერვისების ეკონომიკური შეფასების მეთოდებს. იგი გულისხმობს, რესურსების შეზღუდულობის გამო, სახელმწიფოს მიერ ისეთი ჯანდაცვითი პროგრამის, ან სერვისის დაფინანსებას, რომლითაც ნაკლები დანახარჯებით მიიღწევა უკეთესი შედეგები. ამგვარად, სახელმწიფო ახდენს ჯანდაცვით პროგრამებს (სერვისებს) შორის არჩევანის გაკეთებას, ანუ პრიორიტეტების განსაზღვრას. სასურველი სერვისების შესარჩევად გადაწყვეტილება მიიღება ხარჯთ-ეფექტიანობის ანალიზის მიხედვით. მაგალითად, ხარჯთეფექტიანია თუ 50 წელზე მეტი ასაკის მოსახლეობას ჩაუტარდება მსხვილი ნაწლავის სკრინინგი, კერძოდ კოლონოსკოპია. ამით შესაძლებელია მსხვილი ნაწლავის კიბოს ადრეულ სტადიაზე გამოვლენა და მკურნალობა. ერთი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა გულის დაავადებების პრევენციის ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი. კვლევამ აჩვენა, რომ ექიმთან ვიზიტის დროს ჩატრებული თამბაქოს საწინააღმდეგო კონსულტაციის შედეგად გადარჩენილი სიცოცხლის თითოეული წლის დანახარჯი შეადგენდა დაახლოებით \$1000-ს, მსუბუქი სახის ჰიპერტენზიის მკურნალობის შედეგად – \$24 000-ს, ხოლო ქოლესტერინის მომატებისას მედიკამენტებით მკურნალობის შედეგად – დაახლოებით \$100 000 (14). მოცემული მაგალითიდან გამომდინარე, გულის დაავადებების პრევენციის პროგრამაში მიზანშეწონილია პრიორიტეტი მიენიჭოს თამბაქოს საწინააღმდეგო ღონისძიებებს.

საქართველოში სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების შემუშავებისას ნაკლებად იყენებენ ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზს. ამ მხრივ, მსოფლიოში საკმაო გამოცდილება დაგროვდა და მიზანშეწონილია მისი გაზიარება.

ფასთა კონტროლი და კლინიკების მესაკუთრეობის მრავალფეროვანი ფორმები. ჯანდაცვის დანახარჯების შესაკავებლად გამოიყენება

სერვისებზე ფასთა კონტროლი. ევროპის ბევრ ქვეყნებში სახელმწიფო არეგულირებს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ანაზღაურებას ან სერვისების ფასებზე შეთანხმება ხდება დამფინანსებელსა და პროფესიულ ორგანიზაციებს შორის მოლაპარაკებების შედეგად. ასევე, აშშ-ში მედიქეასა და მედიქეიდის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში ექიმთა ანაზღაურება ხორციელდება წინასწარ განსაზღვრული ფასების მიხედვით.

საქართველოში საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში განისაზღვრა ტარიფები. აღნიშნული ერთი მხრივ სახელმწიფოს ხარჯების მართვას გაუიოლებს, თუმცა, მეორე მხრივ, კლინიკებმა შესაძლოა ჩათვალონ, რომ სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული ტარიფები მცირეა და უარი განაცხადონ სახელმწიფო პროგრამით მომსახურების გაწევაზე (24). გასათვალისწინებელია, რომ საქართველოში უმთავრესად გავრცელებულია სამედიცინო ორგანიზაციების 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 სამედიცინო ორგანიზაციების 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 სამედიცინო დაწესებულების არჩევის შესაძლებლობა, ხოლო ერთმანეთთან კონკურენციაში მყოფი მესაკუთრეობის სხვადასხვა ფორმის სამედიცინო დაწესებულებები განსხვავებულად უპასუხებენ სახელმწიფოს მიერ ხარჯებზე კონტროლის მიზნით დაწესებულ ტარიფებს.

ამ მხრივ, აღსანიშნავია, რომ საქართველოში იგეგმება კერძო-სახელმწიფო პარტნიორობის მოდელის დანერგვა (25). კერძოდ, ბავშვთა ინფექციური, ონკოლოგიური და რესპუბლიკური საავადმყოფოები სახელმწიფო და კერძო სექტორის თანაარსებობით ჩამოყალიბდებიან (26). კერძო-სახელმწიფო პარტნიორობის პრინციპით მოქმედ სამედიცინო დაწესებულებაში კერძო და სახელმწიფო სტრუქტურები ვალდებული იქნებიან სახელმწიფოსთან ერთად მოახდინოს საავადმყოფოების მართვა, ფლობა და ოპერირება. ისინი წარმოადგენენ სახელმწიფოს და კერძო ბიზნესის

თანამშრომლობას ჯანდაცვის განვითარების პრიორიტეტული ამოცანების განსახორციელებლად, სარგებლების, ხარჯების და რისკების ერთმანეთს შორის განაწილების მეშვეობით, გრძელვადიან, ნებაყოფლობით პრინციპებზე (27).

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 ხარჯების ზრდას (27).

პროსპექტული ანაზღაურების მეთოდები. ჯანდაცვის ხარჯების შეკავებაზე გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების (სამედიცინო დაწესებულებები, სამედიცინო პერსონალი) ანაზღაურების მეთოდები. ხარჯების შესაკავებლად გამოიყენებენ ანაზღაურების პროსპექტულ მეთოდებს, რომლებითაც დამფინანსებელსა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს შორის ურთიერთშეთანხმებით წინასწარ არის დადგენილი სამედიცინო მომსახურების ფასი.

პროსპექტული ანაზღაურების მეთოდებს წარმოადგენენ გლობალური ბიუჯეტი, სულადობრივი ანაზღაურება, დიაგნოზით დაკავშირებული ჯგუფების (DRG) მიხედვით ანაზღაურება. კვლევები ადასტურებენ, რომ სულადობრივი და ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების მეთოდი ეკონომიკური ეფექტურობით ხასიათდება (18). სამედიცინო მომსახურების წინასწარ განასზღვრული ღირებულების გამო მოსალოდნელი ხარჯები ადვილად პროგნოზირებადია. მნიშვნელოვნად მცირდება სამედიცინო დაწესებულებისა და პერსონალის უარყოფითი სტიმული დაუსაბუთებელი ჰოსპიტალიზაციისა და ძვირადღირებული პროცედურების დანიშვნის ხარჯზე გაზარდოს თავისი შემოსავლები. აღნიშნული ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შეკავებას განაპირობებს (19). ამის საწინააღმდეგოდ, თუ ექიმის ანაზღაურება ხდება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, იზრდება გაწეული სერვისების რაოდენობა (ექიმის ვიზიტები, ქირურგიული პროცედურები, დიაგნოსტიკური გამოკვლევები), შედეგად მოიმატებს ჯანდაცვის ხარჯები.

ამრიგად, ჯანდაცვაში, სადაც ისედაც მწირი რესურსებია გამოყოფილი (27), თუ არ იქნა ეფექტიანი და ხარჯების ზრდის შემკავებელი სათანადო მეთოდები გამოყენებული, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ხარჯების ზრდა მომავალ წლებშიც გარდაუვალია. შეიძლება ითქვას, ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავების ყველაზე საუკეთესო მეთოდი არის ის, რომლითაც მიიღწევა ჯანმრთელობის საერთო მანკვინებლების გაუმჯობესება არსებული რესურსების უფრო

ეფექტურად გამოყენების მეშვეობით. ამისათვის გამოიყენება სხვადასხვა გზები. მიზანშეწონილია ხარჯების შეკავების მეთოდების დანერგვის სისტემური, კომპლექსური მიდგომა ქვეყნის სპეციფიკური მიდგომარეობის გათვალისწინებით.

სტატიაში გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის ავტორს და არ გამოხატავს ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტის (IDFI), ბრემენის უნივერსიტეტის ან გერმანიის საგარეო საქმეთა სამინისტროს პოზიციას. შესაბამისად, აღნიშნული ორგანიზაციები არ არიან პასუხისმგებელი სტატიის შინაარსზე.

1. Fuchs, Victor R. 1990. *The Health Economy*, Harvard University Press, Cambridge, 1986. (Japanese trans. Koichi Emi. Tuttle-Mori Agency Inc., Tokyo 1990
2. ვერულავა თ. ჯანდაცვის დანახარჯები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებით და საქართველოს ჯანდაცვისდაფინანსება. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). 2015
3. Cascade PN et al. Ineffective use of radiology: the hidden cost. *Am J Radiol.* 1998;170:56
4. გოცაძე, თ., რუხაძე, ნ., ტურძელაძე, თ. საქართველოში საქართველოში მედიკამენტების ფასები, ფიზიკური და ფინანსური ხელმისაწვდომობა. საერთაშორისო ფონდი “კურაციო”. 2010 წ. <http://68.169.62.2/ge/publications/prices-availability-and-affordability-of-medicines.page>
5. Legorreta AP et al. Increased cholecystectomy rate after the introduction of laparoscopic cholecystectomy. *JAMA.* 1993;270:1429.
6. Eisenberg JM. *Doctors' Decisions and the Cost of Medical Care*. Chicago, IL: Health Administration Press; 1986
7. Fisher ES et al. The implications of regional variation in Medicare spending. *Ann Intern Med.* 2003;138:273
8. ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ. გვ. 28.
9. Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein D. Costs of health care administration in the United States and Canada. *N Engl J Med.* 2003;349:768
10. White CC, Koplan JP, Orenstein WA. Benefits, risks, and costs of immunization for measles, mumps, and rubella. *Am J Public Health.* 1985;75:739.
11. Macinko J et al. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003
12. Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditures and mortality experience. *J Fam Pract.*

1998;47:105

13. ვერულავა თენგიზ. პირველადი ჯანდაცვა სისტემის საძირკველია.

ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, N 2. 2015 წ.

14. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. JAMA. 1989;261:75

15. Rice TH, Labelle RJ. Do physicians induce demand for medical services? J Health Polit Policy Law. 1989;14:587

16. Enthoven A, Kronick R. A consumer choice health plan for the 1990s: Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy (Parts 1 and 2). N Engl J Med. 1989;320:29

17. ვერულავა თენგიზ. „რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის ევროპული გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები“. საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალების კრებული. გვ. 323-326. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტი. თბილისი. 2014

18. Hellinger FJ. The impact of financial incentives on physician behavior in managed care plans: A review of the evidence. Med Care Res Rev. 1996;53:294.

19. Rice TH. Containing health care costs. In: Andersen RM, Rice TH, Kominski GF, eds. Changing the U.S. Health Care System. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1996.

20. Newhouse JP et al. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. N Engl J Med. 1981;305:1501

21. კუკავა მ. მოქალაქეთა დამოკიდებულება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმართ. საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო. 2015. <http://www.transparency.ge/en/node/5480>

22. Bodenheimer, Thomas S., Kevin Grumbach. Understanding Health Policy. Fifth edition. 2009

23. საქართველოში მიმოხილვის დასრულების ეტაპზე საერთაშორისო სავალუტო ფონდის მისიის განცხადება. პრეს-რელიზი 15/552. 8.12. 2015

<https://www.imf.org/external/lang/Georgian/np/sec/pr/2015/pr15552g.pdf>

24. რაიონულმა კლინიკებმა შესაძლოა გადაუდებელი პაციენტების მომსახურებაზე უარი თქვან. 01-04-2015
<http://rustavi2.com/ka/news/13115>

25. სერგეენკო, დ. “პირველადი ჯანდაცვა სერიოზულ რეფორმას საჭიროებს”. ipress.ge

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

1. კვარაცხელია, გ. 2016 წელს საქართველოს თანამედროვე ტექნოლოგიებით აღჭურვილი 4 კლინიკა შეემატება. [ipress](http://www.ipress.ge/new/19428-2016-tsels-saqartvelos-tanamedrove-teqnologiebit-aghchurvili-4-klinika-sheemateba). 10. 12. 2015.
<http://www.ipress.ge/new/19428-2016-tsels-saqartvelos-tanamedrove-teqnologiebit-aghchurvili-4-klinika-sheemateba>

26. თენგიზ ვერულავა. სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ფორმები, მსოფლიო პრაქტიკა და საქართველო. ინფორმაციის

თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). საქართველო
27. თენგიზ ვერულავა. ჯანდაცვის დანახარჯები ჯანდაცვის მსოფლიო
ორგანიზაციის რეკომენდაციებით და საქართველოს ჯანდაცვის
დაფინანსება. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი
(IDFI). საქართველო 2020. თბილისი 2015.
ჯანდაცვის დანახარჯები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის
რეკომენდაციებით და საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსება