



პირველი საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია
კონკურენციის პოლიტიკა: თანამედროვე
ტენდენციები და გამოწვევები

17-18 ნოემბერი 2017 წელი

შრომების კრებული

PROCEEDINGS

The First International Scholarly and Practical Conference

Competition Policy:
Contemporary Trends and Challenges

17-18 November, 2017

ISBN 978-9941-13-658-0

თბილისი 2017

შეზღუდული კონკურენცია ჯანდაცვის ბაზარზე: გადაწყვეტის გზები

ტენგიზ ვერულავა

მედიცინის დოქტორი

ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ინსტიტუტის დირექტორი

ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი

Tengiz.verulava@iliauni.edu.ge

ჯანდაცვის ბაზარი თავისი ძირითადი მახასიათებლებით წარმოადგენს არასრულყოფილ კონკურენციის ბაზარს და ხშირად კლასიფიცირდება როგორც მონოპოლისტური ბაზარი და ოლიგოპოლია. ჯანდაცვის სისტემის შეზღუდულ კონკურენციას თავისი მიზეზები აქვს, კერძოდ, სამედიცინო ბაზარზე შესვლა შეზღუდულია, სამედიცინო ბაზარზე კონკურენტთა მცირე რაოდენობაა, სამედიცინო ბაზარზე სამედიცინო მომსახურების მიწოდების იერარქიული სისტემაა, სამედიცინო მომსახურების მრავალ სახეს არ გააჩნია მისი შემცველი, სამედიცინო მომსახურება არაერთგვაროვან პროდუქტს წარმოადგენს [1].

ჯანდაცვის სისტემის შეზღუდული კონკურენცია ნეგატიურად მოქმედებს არამარტო სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე, არამედ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრების ეფექტურ ხარჯვაზე. აღნიშნული პრობლემა განსაკუთრებით საყურადღებოა ისეთი ქვეყნისათვის, როგორც საქართველოა, სადაც ჯანდაცვაზე ისედაც მწირი სახსრები გამოიყოფა [2, 3].

შეზღუდული კონკურენციის უარყოფითი ეფექტების გადასაწყვეტად ბევრმა ქვეყანამ სხვადასხვა მეთოდები გამოიყენა. ამ თვალსაზრისით საკმაო გამოცდილება დაგროვდა. ჩვენი ნაშრომის მიზანია განვიხილოთ ჯანდაცვის სისტემაში კონკურენტული გარემოს გაუმჯობესების ორი საყოველთაოდ ცნობილი მექანიზმი: კერძო სამედიცინო დაზღვევის შევსებითი და ჩანაცვლებითი ფორმების როლი უნივერსალურ, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემაში და საავადმყოფოების მესაკუთრეობის სხვადასხვა ფორმებს შორის კონკურენციის ხელშეწყობა.

ამ მხრივ, საინტერესოა, რომ 2017 წლის მაისიდან საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში შეტანილ იქნა გარკვეული ცვლილებები, რომლებიც ითვალისწინებს მსოფლიოში გავრცელებულ პრაქტიკას ჯანდაცვის დასაფინანსებლად საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამასთან ერთად კერძო სამედიცინო დაზღვევის გამოყენებას და ამით სადაზღვევო სისტემაში კონკურენტული გარემოს ხელშეწყობას.

ამ ცვლილებების თანახმად, სოციალურად დაუცველებს, პენსიონერებს, 0-6 წლამდე ასაკის ბავშვებს, პედაგოგებს, სტუდენტებს, იძულებით გადაადგილებულ პირებს, შშმ პირებს, ასევე სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის ერთიან ბაზაში რეგისტრირებულ მოსახლეობას, რომელთა სარეიტინგო ქულა 70 000-დან 100 000 ლარამდე მერყეობს და

6-დან 18 წლამდე ასაკის მოზარდებს სრულად შეუნარჩუნდებათ „საბაზისო პაკეტი“. ამასთან, მათ არ ეზღუდებათ კერძო სადაზღვევო პაკეტით სარგებლობის უფლება.

დაბალი შემოსავლის მქონე (თვეში საშუალოდ 1000 ლარამდე), ასევე, თვითდასაქმებულ, არარეგულარული შემოსავლის მქონე და სხვა პირებს, კერძო დაზღვევის მიუხედავად, შეუნარჩუნდებათ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობის უფლება, თუმცა მცირედ შეზღუდული პაკეტით. ასევე, გარდამავალ პერიოდში მათ ეძლევათ პრივილეგია, ჩაერთონ კერძო სადაზღვევო სქემებში. კერძოდ, თუ ასეთი პირი შეიძენს კერძო სადაზღვევო პაკეტს, სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ურგენტული სერვისები მაინც მიეწოდებათ უცვლელად. ამ კატეგორიისთვის, პროგრამის ფარგლებში, ასევე ხელმისაწვდომი რჩება ონკოლოგიური დაავა-

დებების მართვა (ქიმიო, ჰორმონო და სხვიური თერაპია) და მშობიარობა/საკეისრო კვეთის მომსახურება.

საშუალო შემოსავლის მქონე მოქალაქეებმა, რომელთა ყოველთვიური შემოსავალი 1000 ლარზე მეტია, მაგრამ წლიური შემოსავალი არ აღემატება 40000 ლარს, უნდა გააკეთონ არჩევანი კერძო დაზღვევასა და საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამას შორის. ამ კატეგორიის პირებს, მიუხედავად კერძო დაზღვევისა, სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში შეუწარმუნდებათ ხელმისაწვდომობა ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობაზე (ქიმიო და ჰორმონოთერაპია), ასევე, მშობიარობა/საკეისრო კვეთის მომსახურებაზე.

მოქალაქეები, რომელთა შემოსავალი წელიწადში 40000 ლარს აღემატება, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით ვეღარ ისარგებლებენ. პროგრამის ფარგლებში ყველა მოქალაქეს უწარმუნდება მშობიარობა/საკეისრო კვეთის დაფინანსება და შეეძლება ჯანდაცვის სამინისტროს სხვა სახელმწიფო პროგრამებით სრულფასოვნად სარგებლობა.

ამგვარად, ცვლილებების შედეგად, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა ითვალისწინებს დიფერენცირებულ პაკეტებს მოსახლეობის სხვადასხვა კატეგორიების მიმართ და კერძო დაზღვევის გამოყენებას როგორც შევსებითი, ასევე ჩანაცვლებითი ფორმით. ამ მხრივ, საინტერესოა, ზემოაღნიშნული ცვლილებების შედეგად რომელი განეკუთვნება კერძო დაზღვევის ჩანაცვლებით ფორმას და რომელი - შევსებით ფორმას, და რამდენად უწყობს იგი ხელს სადაზღვევო სექტორში კონკურენტული გარემოს შექმნას.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში კერძო სამედიცინო დაზღვევის მნიშვნელობას ხაზს უსვამს ის ფაქტიც, რომ საქართველოში დაახლოებით 530000 პირი დაზღვეულია კერძო სამედიცინო დაზღვევით და მათზე, როგორც წესი, არ ვრცელდება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა.

უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვის თუ სოციალური დაზღვევის სისტემის ქვეყნებში ფართოდ გამოიყენება კერძო სამედიცინო დაზღვევა. მისი როლი დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ მსოფლიოში არ არსებობს ქვეყანა, სადაც სახელმწიფო სრულად აფინანსებდეს ჯანდაცვის ყველა სერვისს. სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრულ ბაზისურ პაკეტში ჯანდაცვის გარკვეული სერვისები შეიძლება საერთოდ არ შედიოდეს, ან შესაძლებელია ფინანსდებოდეს ნაწილობრივ (მაგ., სერვისი, სადაც გათვალისწინებულია ბენეფიციარის მხრიდან თანაგადახდა). ასეთი მოუცველი ან ნაწილობრივ მოცული სერვისების დაფინანსების უზრუნველყოფა ხდება კერძო სამედიცინო დაზღვევით.

კერძო სამედიცინო დაზღვევა უნივერსალურ, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემაში გამოიყენება ჩანაცვლებითი, შევსებითი და დამატებითი სახით. განვიხილოთ თითოეული მათგანი. ზოგიერთ ქვეყნებში მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფები (მაგ., მაღალშემოსავლიანი პირები ან სახელმწიფო მოხელეები) არ არიან მოცულნი უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვით. ასეთი ადამიანებისათვის უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვა მთლიანად ჩანაცვლებულია კერძო სამედიცინო დაზღვევით. ამრიგად, *კერძო სამედიცინო დაზღვევის ჩანაცვლებითი ფორმა* მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფისათვის წარმოადგენს ქვეყანაში არსებული უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის ალტერნატიულ (ჩანაცვლებით) ფორმას. კერძო სამედიცინო დაზღვევის ჩანაცვლებითი ფორმა გამოიყენებენ ნიდერლანდებში, გერმანიაში (მაღალშემოსავლიანი პირებისათვის), ესპანეთში (სახელმწიფო მოხელეებისათვის).

ჩანაცვლებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევის შემთხვევაში მოსახლეობის ამ ჯგუფებისათვის განსაზღვრულია სამედიცინო დახმარების ისეთივე სახეები, რაც უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვითაა გათვალისწინებული. მაგალითად, გერმანიაში პირებს, რომელთა შემოსავალი

აღმატება 40 000 ევროს შეუძლიათ გამოვიდნენ საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის სისტემა-დან ან დარჩნენ იმავე სისტემაში. ამასთან კერძო დაზღვევის სისტემის არჩევის შემდეგ კანონით მათ ევრძალვებათ უნივერსალურ, საყოველთაო დაზღვევის სისტემაში დაბრუნება. ასევე, ნიდერ-ლანდებში პირები, რომელთა შემოსავალი აღმატება 30 700 ევროს გამორიცხული არიან სავალ-დებულო სამედიცინო დაზღვევის სქემიდან და იყენებენ ჩანაცვლებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევის სისტემას. ესპანეთში მაღალშემოსავლიანი პროფესიის ადამიანები (დამოუკიდებელი მოსამართლეები) მოცულნი არ არიან სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევით.

2017 წლის 1 მაისიდან, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში განხორციელებული ცვლილებების შედეგად, საქართველოში ინერგება ჯანმრთელობის ჩანაცვლებითი კერძო სადაზღვევო სქემა. კერძოდ, მოქალაქეები, რომელთა შემოსავალი წელიწადში 40 000 ლარს აღმატება, გამოირიცხებიან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამიდან და მას ჩანაცვლებენ კერძო სამედიცინო დაზღვევით. რაც შეეხება საშუალო შემოსავლის მქონე პირებს, რომელთა ყოველთვიური შემოსავალი 1000 ლარზე მეტია, მაგრამ წლიური შემოსავალი არ აღმატება 40 000 ლარს, მათ უნდა გააკეთონ არჩევანი კერძო დაზღვევასა და საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამას შორის. ეს უკანასკნელიც კერძო სამედიცინო დაზღვევის ჩანაცვლებითი ფორმაა, მიუხედავად იმისა, რომ ამ კატეგორიის პირებს კერძო დაზღვევასთან ერთად შეუწარმუნდებათ ხელმისაწვდომობა სახელმწიფო პროგრამით დადგენილ გარკვეულ სერვისებზე.

ჩანაცვლებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევის გარდა, თანამედროვე მსოფლიოში უფრო მეტად გამოიყენებენ *შევსებით კერძო სამედიცინო დაზღვევას*. ამ შემთხვევაში ქვეყანაში არსებობს სახელმწიფოს მიერ დადგენილი უნივერსალური ბაზისური პაკეტი, რომელიც საყოველთაო მთელი მოსახლეობისათვის. მისი მეშვეობით შესაძლებელია სამედიცინო მომსახურების იმ სახეების ნაწილობრივი, ან მთლიანი დაფინანსება, რომლებსაც საერთოდ არ მოიცავს (მაგ., სტომატოლოგიური სერვისები), ან ნაწილობრივ მოიცავს (მაგ., თანაგადახდა) საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემა. მაგალითად, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემაში თანაგადახდის არსებობისას, მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი ცდილობს დამატებით დაეზღვიოს კერძო სამედიცინო დაზღვევის ფონდში, რითაც ავადმყოფობის შემთხვევის დადგომისას თანაგადახდისაგან თავისუფლდება. საფრანგეთში შევსებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევით მოცულია მოსახლეობის 86%, სლოვენიაში - 70%, კანადაში - 60%, ავსტრალიაში - 40%, ფინეთში - 40%.

2017 წლის 1 მაისიდან, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში განხორციელებული ცვლილებების შედეგად, ჯანმრთელობის ჩანაცვლებითი კერძო სადაზღვევო სქემასთან ერთად ფუნქციონირებს შევსებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევა კერძოდ, ამ ცვლილებების თანახმად, სოციალურად დაუცველებს, პენსიონერებს, 0-6 წლამდე ასაკის ბავშვებს, პედაგოგებს, სტუდენტებს, იძულებით გადაადგილებულ პირებს, შშმ პირებს, ასევე სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის ერთიან ბაზაში რეგისტრირებულ მოსახლეობას, რომელთა სარეიტინგო ქულა 70 000-დან 100 000 ლარამდე მერყეობს და 6-დან 18 წლამდე ასაკის მოზარდებს საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის „საბაზისო პაკეტთან“ ერთად შეეძლება კერძო სადაზღვევო პაკეტით სარგებლობა. ასევე, დაბალი შემოსავლის მქონე (თვეში საშუალოდ 1000 ლარამდე), ასევე, თვითდასაქმებულ, არარეგულარული შემოსავლის მქონე და სხვა პირებს, კერძო დაზღვევის მიუხედავად, შეუწარმუნდებათ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობის უფლება, თუმცა მცირედ შეზღუდული პაკეტით.

გარდა ჩანაცვლებითი და შევსებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევისა, შედარებით უფრო მცირედ გამოიყენება *დამატებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევა*. იგი გულისხმობს სამედიცინო დახმარების იმ სახეების დაფინანსებას, რომლებიც საერთოდ არ შედიან საყოველთაო ჯანდაცვის

პროგრამაში, ან შედის მაგრამ დამატებითი დაზღვევით პაციენტს სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების თავისუფალი არჩევანის უფლება აქვს, რაც ზრდის სერვისების სწრაფ ხელმისაწვდომობას (მაგალითად, გეგმიური სამედიცინო დახმარების ან სპეციალისტთან კონსულტაციის რიგგარეშე ჩატარება). ამ დროს, კერძო სამედიცინო დაზღვევის კომპანიები დაზღვეულებს სთავაზობენ როგორც მაღალი ხარისხით მომსახურებას, აგრეთვე მომსახურების განსაკუთრებულ პირობებს (ცალკე, კეთილმოწყობილ პალატაში მკურნალობა, რომელსაც აქვს ტელევიზორი და სხვა).

ჩვეულებრივ, სპეციალისტებთან კონსულტაციების ჩასატარებლად საჭიროა ზოგადი პრაქტიკის ექიმების მიმართვა და ხანგრძლივი რიგის გავლა, დამატებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევის მქონე პირთათვის ასეთი შეზღუდვები არ ვრცელდება. პაციენტს უფლება აქვს საჭირო სამედიცინო დახმარება მისთვის სასურველ დროს ჩაიტაროს.

მსოფლიო გამოცდილების გათვალისწინებით, მიზანშეწონილია ქვეყანაში კერძო სამედიცინო დაზღვევის სამივე ფორმის გამოყენება. საყოველთაო ჯანდაცვაში ადამიანების გაწევრიანება უნდა განისაზღვროს არა იმის მიხედვით, მათ აქვთ თუ არა კერძო სამედიცინო დაზღვევა, არამედ მათი ქონებრივი და შემოსავლების მიხედვით. პირები, რომელთა შემოსავალი აღემატება გარკვეულ ზღვარს შესაძლებელია გამოირიცხონ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამიდან და დაეზღვიონ კერძო სამედიცინო დაზღვევით (კერძო სამედიცინო დაზღვევის ჩანაცვლებითი ფორმა). ამით გამონთავისუფლებული თანხებით უნდა გაფართოვდეს მოწყვლადი ფენების სადაზღვევო პაკეტი. იმ პირებს, რომლებიც არც ძალიან ღარიბები არიან და არც ძალიან შეძლებული, ჩართულნი არიან საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში, უნდა მიეცეთ სახელმწიფო პროგრამით მოუცველ ან ნაწილობრივ მოცულ სერვისებზე კერძო სამედიცინო დაზღვევით სარგებლობის შესაძლებლობა (კერძო სამედიცინო დაზღვევის შევსებითი ფორმა). ამრიგად, ამოსავალი წერტილი უნდა იყოს სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამების ეფექტური თანაარსებობა, რაც ხელს შეუწყობს კერძო სადაზღვევო ბაზარზე სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენციას.

ბევრ განვითარებულ და განვითარებად ქვეყანაში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის რამდენიმე ფორმა არსებობს: არაკომერციული, მომგებიანი, სახელმწიფო, სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული. ასეთი მრავალფეროვნება ხელს უწყობს კონკურენციას სამედიცინო ბაზარზე. აღნიშნულისგან განსხვავებით, საქართველოში უმთავრესად სამედიცინო დაწესებულებების მესაკუთრეობის უპირატესად კერძო მომგებიანი ფორმა განვითარებული (სახელმწიფო სამედიცინო დაწესებულებების რაოდენობა ძალიან მცირეა), რაც აფერხებს სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის სხვადასხვა ფორმებს შორის კონკურენციას. ამ მხრივ, საინტერესოა, გავარკვიოთ, რამ განაპირობა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მესაკუთრეობის მხოლოდ ორი ფორმის არსებობა და რა არის მისი უარყოფითი მხარეები, რა ღონისძიებები უნდა განხორციელდეს შექმნილი მდგომარეობის გამოსასწორებლად.

მსოფლიოში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ყველაზე გავრცელებული ფორმა არაკომერციული ორგანიზაციაა. ხშირად სიტყვა „არამომგებიანი“ არასწორ ინტერპრეტაციას ახდენენ და წარმოვიდგენენ 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. მათ მართავენ საბ-

ჭოები და მიღებული მოგება ნაწილდება სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებაზე, ახალი სადიაგნოსტიკო მოწყობილობების შექმნაზე, სამედიცინო პერსონალის ხელფასის გაზრდაზე [4].

არაკომერციული საავადმყოფოების უპირატესი განვითარება აღინიშნება როგორც ევროპის ქვეყნებში, სადაც უმთავრესად უნივერსალური ჯანდაცვაა განვითარებული, ასევე აშშ-ში, სადაც ჯანდაცვა უმთავრესად განიხილება როგორც სამედიცინო ბაზარი. ევროპის ქვეყნებში არაკომერციული სამედიცინო ორგანიზაციები შეადგენენ 70-80%-ზე მეტს, ასევე, აშშ-ში - 57%-ს შეადგენს არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციები, 26% - სახელმწიფო საავადმყოფოები, ხოლო კერძო მომგებიანი საავადმყოფოები - 17 % [5].

საქართველოში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის მხოლოდ ორი ფორმა არსებობს - საავადმყოფოთა 88.6% კერძო, მომგებიანი ორგანიზაციებია (მათ შორის 42% სადაზღვევო კომპანიებს ეკუთვნის, ფიზიკურ პირებს - 29 %, სხვა ტიპის კომპანიებს - 18.4%), ხოლო 8% - სახელმწიფოს (ძირითადად, ფსიქიატრიული და სპეციფიკური სამედიცინო მომსახურების გამწევი საავადმყოფოებია) [6].

აქვე აღსანიშნავია, რომ 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. ისინი წარმოადგენდნენ არაკომერციულ საავადმყოფოებს. 1921 წლიდან, გასაბჭოების შემდეგ, არაკომერციული საავადმყოფოები გადაკეთდა სახელმწიფო სამედიცინო ორგანიზაციებად. დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, საქართველოში საავადმყოფოების საკუთრების მხოლოდ ორი - სახელმწიფო და კერძო ფორმებია გავრცელებული [7]. ამგვარად, საბჭოთა პერიოდიდან მოყოლებული საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა განვითარების იმ ხაზს ასცდა, საითკენაც ვითარდებოდნენ ევროპის ქვეყნები.

დასავლეთის ქვეყნებში არაკომერციული საავადმყოფოების განვითარებაში დიდი როლი ითამაშა სახელმწიფოს მხარდაჭერამ. მათი შემოსავალი და ქონება უმთავრესად გათავისუფლებულია სახელმწიფო გადასახადებისგან [8]. გარკვეული წვლილი მიუძღვის საზოგადოების მხრიდან ნდობის ფაქტორს. სამედიცინო ბაზარზე, სადაც პაციენტი მცირედაა ინფორმირებული, განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ნდობაზე დაფუძნებულ ურთიერთობას. პაციენტები უფრო ენდობიან არამომგებიან საავადმყოფოებს, რადგან იგი არ არის დაინტერესებული მოგების მიღებით და არ ცდილობს პაციენტის არაინფორმირებულობის გამო მიიღოს სარგებელი [9].

გარდა ამისა, არამომგებიან საავადმყოფოს საქმიანობას ზედამხედველობს საზოგადოება, სადაც ექიმებს მეტი შესაძლებლობა აქვთ დამოუკიდებლად განსაზღვრონ საავადმყოფოს პოლიტიკა, შეიძინონ მათთვის სასურველი სამედიცინო მოწყობილობები, პაციენტებს დაბალ ფასად მიაწოდონ ძვირადღირებული სერვისები. ამგვარად, არამომგებიანი საავადმყოფოები მეტად შეესაბამება ექიმების ფინანსურ ინტერესებს [10].

არამომგებიანი საავადმყოფოების უპირატესი განვითარება დაკავშირებულია თავად ჯანდაცვის დარგის თავისებურებებით. ჯანდაცვის ბაზარზე მომხმარებლები ნაკლებად არიან კომპეტენტური შეაფასონ მიღებული მომსახურების ხარისხი. შედეგად, ექიმი განსაზღვრავს პაციენტისათვის საჭირო სერვისებს, განსხვავებით ჩვეულებრივი ბაზრისაგან, სადაც მყიდველი განსაზღვრავს მიწოდებას. ამგვარად, სამედიცინო ბაზარზე მოთხოვნას განსაზღვრავს მიმწოდებელი. მიმწოდებელს შეუძლია მის ხელთ არსებული ინფორმაციული უპირატესობით სტიმული მისცეს პაციენტისათვის რაც შეიძლება მეტი რაოდენობით მომსახურების მოთხოვნას. ამ ფენომენს ჯანდაცვის ეკონომიკაში უწოდებენ მიწოდებით წარმოებულ მოთხოვნას [11]. მომგებიანი საავადმყოფოები

ცდილობენ სამედიცინო მომსახურებაზე ისეთი ფასები დააწესონ, რომ მაქსიმალურად გაზარდონ მოგება. არამომგებიანი საავადმყოფოები ცდილობენ სერვისებზე ისეთი ფასი დააწესონ, რომ გაწეული ხარჯების დასაფარად გააჩნდეთ საკმარისი შემოსავლები [12].

დასავლეთის ქვეყნებში არაკომერციული საავადმყოფოების განვითარებას ხელი შეუწყო მათი შემოსავლებისა და ქონების გათავისუფლებამ სახელმწიფო გადასახადებისგან. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოს საგადასახადო კოდექსში არაკომერციულ ორგანიზაციებზე გათვალისწინებულია საგადასახადო შეღავათები, მისი მხოლოდ ჩანაწერის სახით არსებობა არაა საკმარისი არაკომერციული საავადმყოფოების ხელშესაწყობად. საჭიროა საგადასახადო კოდექსში გათვალისწინებული საგადასახადო შეღავათების შემდგომი დახვეწა და ევროპული გამოცდილების გათვალისწინება.

სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის აღნიშნული ფორმების გარდა, მსოფლიოში გავრცელებულია სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული ორგანიზაციები. ისინი წარმოადგენენ სახელმწიფოს და კერძო ბიზნესის თანამშრომლობას, სარგებლების, ხარჯების და რისკების ერთმანეთს შორის განაწილების მეშვეობით [13]. აღსანიშნავია, რომ საქართველოში იგეგმება კერძო-სახელმწიფო პარტნიორობის მოდელის დანერგვა.

ამგვარად, სამედიცინო ბაზარზე არსებული შეზღუდული კონკურენციის უარყოფითი ეფექტების გადასაწყვეტად საჭიროა კერძო სამედიცინო დაზღვევის შევსებითი და ჩანაცვლებითი ფორმების გამოყენება საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემაში, ასევე საავადმყოფოების მესაკუთრეობის სხვადასხვა ფორმების (კერძო არაკომერციული, კერძო მომგებიანი, სახელმწიფო და სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული ორგანიზაციები) განვითარების ხელშეწყობა. ამით, გაიზრდება დაზღვევო კომპანიებსა და სამედიცინო ორგანიზაციებს შორის კონკურენცია, რაც ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის ხარჯების შემცირებას, სამედიცინო ხარისხის და რაც მთავარია, ჯანდაცვის სერვისებზე მოსახლეობის კმაყოფილების ამაღლებას.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. ვერულავა თენგიზ (2016). ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა. თბილისი.
2. ვერულავა თენგიზ (2017). ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკა სამხრეთ კავკასიის რეგიონში: შედარებითი ანალიზი, შეფასება. თსუ-ის II საერთაშორისო კონფერენციის „პოლიტიკა კავკასიის გარშემო“ შრომათა კრებული. თსუ. გვ. 101-116
3. საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი (2012). საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო. თბილისი.
4. ვერულავა თენგიზ (2017). არამომგებიანი საავადმყოფოების როლი ჯანდაცვის სისტემაში, მსოფლიო პრაქტიკა და საქართველო. ეკონომიკა და ბიზნესი. თსუ.
5. ვერულავა თენგიზ (2007). ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა. საქართველოს უნივერსიტეტის გამომცემლობა.
6. ვერულავა თენგიზ (2016) *სახელმწიფო-კერძო პარტნიორობის მოდელი – ჯანდაცვის ინოვაციური მექანიზმი*. თსუ პ. გუგუშვილის სახ. ეკონომიკის ინსტიტუტის საერთაშორისო კონფერენციის მასალების კრებული. 130-134.
7. AHA, 2007. American Hospital Association. Hospital Statistics. Chicago: AHA.
8. Feldstein P.J. (2011). Health Policy Issues: An Economic Perspective, Fourth Edition Chicago AUPHA press.
9. Folland S., Goodman A.C., Stano M. (2007). The economics of health and health care. New Jersey.

10. Gruber, J. (1994). The Effect of Competitive Pressure on Charity. Hospital Responses to Price Shopping in California. *Journal of Health Economics*. 13. (2) 183-212.
11. Norton E., Staiger. (1994). How Hospital Ownership Affects Access to Care for Nonprofits Different? *Health Affairs* 18. (3): 167-73.
12. Verulava, T., Maglakelidze, T. (2017). Health Financing Policy in the South Caucasus: Georgia, Armenia, Azerbaijan. *Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences*, 11 (2): 143-150.
13. Walker. D, M. (2005). Nonprofit, For-Profit and Government Hospital Uncompensated Care and Other Community Benefit. Testimony before the Committee on Ways and Means, House of Representatives.

Limited Competition in the Healthcare Market: Policy Solutions

Tengiz Verulava

Doctor of Medicine

Director of Health Policy and Insurance Institute

Professor of Ilia State University

Tengiz.verulava@iliauni.edu.ge

R e s u m e

The healthcare market is classified as a monopolistic market and oligopoly. The limited competition in the health care system is conditioned by the specifics of the medical market. Restricted competition negatively affects not only the quality of health care but also on effective spending of funds allocated for health care. This problem is especially important for a country like Georgia where small funds are allocated for health care.

Many countries have used different methods to address adverse effects of limited competition. The goal of the work is to review the two mechanisms for improving the competitive environment in the healthcare system: the role of complementary and replacement forms of private health insurance in the universal health care system and promotion of competition between different forms of ownership of hospitals. In this regard, it is interesting that since May 2017, there have been some changes in the universal health care program that encompasses promoting competitive environment in the insurance system.