

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის
ეკონომიკისა და ბიზნესის ფაკულტეტის რეფერირებადი და
რეცენზირებადი საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული ჟურნალი

Refereed and Reviewed International Scientific and Practical Journal
of the Faculty of Economics and Business,
Ivane Javakhishvili Tbilisi State University

ეკონომიკა და ბიზნესი

ECONOMICS AND BUSINESS

4

ISSN 1987-5789



ტომი ✧ Volume

X

№4, 2017

სამედიცინო ბაზარი: არსი, სპეციფიკა, სტიმულები

თენგიზ პერულავა

მედიცინის აკადემიური დოქტორი,
ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი,
ჯანდაცვისა და დაზღვევის ინსტიტუტის დირექტორი

სტატიაში მიმოხილულია სამედიცინო ბაზრის თავისებურებები. დასაბუთებულია განსხვავება სამედიცინო ბაზრასა და ჩვეულებრივ ბაზარს შორის. დახასიათებულია სამედიცინო ბაზრის სოციალურ-ეკონომიკური ბუნება და სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სპეციფიკურობა. გამოყოფილია სამედიცინო ბაზრის ძირითადი ნიშნები: რისკები და გაურკვევლობა, არასრული ინფორმაცია (ინფორმაციის ასიმეტრია), საბაზრო ძალაუფლება, შეზღუდული კონკურენცია, გარეგანი ეფექტები, საზოგადოებრივი სიკეთის წარმოება.

საკვანძო სიტყვები: ჯანდაცვის ეკონომიკა; სამედიცინო ბაზარი; ბაზრის ჩავარდნები; სრულყოფილი კონკურენცია; შეზღუდული კონკურენცია; საბაზრო ძალები; თანასწორობა; ეკონომიკური ეფექტიანობა

ჯანდაცვის სექტორი, როგორც ეკონომიკის დარგი, თავისი სპეციფიკურობით ხასიათდება. ეს სპეციფიკა ეკონომიკური ურთიერთობების განსაკუთრებულ ფორმებს განაპირობებს. თუმცა, საზოგადოებაში გავრცელებულია აზრი, რომ ჯანდაცვის ეკონომიკა არაფრით განსხვავდება ჩვეულებრივი ბაზრისაგან. ამ მხრივ, საინტერესოა დავადგინოთ თუ რა განსხვავებაა სამედიცინო ბაზრასა და ჩვეულებრივ ბაზარს შორის და რით არის განპირობებული ეს განსხვავება.

ცნობილი ამერიკელი ეკონომისტის უილიამ ჰსიასოს მიხედვით, ჯანდაცვა „პათოლოგიური ეკონომიკაა, სადაც საბაზრო ძალების გავლენა სერვისების მოცულობაზე, მათ ფასსა და ხარისხზე არსებითად განსხვავდება ჩვეულებრივი ბაზრებისგან“ [1]. სამედიცინო ბაზრის ასეთი განსხვავება ჩვეულებრივი ბაზრისაგან განპირობებულია სამედიცინო მომსახურების სოციალურ-ეკონომიკური ბუნებით და

სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სპეციფიკურობით, კერძოდ, მოთხოვნა სამედიცინო მომსახურებაზე ხშირად ატარებს არამხოლოდ ინდივიდუალურ, არამედ სოციალურ ხასიათსაც („საზოგადოებრივი სიკეთეები” სამედიცინო ბაზარზე) და მოითხოვს ცალკეულ მომხმარებელთა სახსრების გავრთიანებას. ასეთ სიტუაციებს, სადაც ბაზარს არ შეუძლია რესურსების ეფექტიანი განაწილება, უწოდებენ ბაზრის ჩავარდნებს. ბაზრის ძირითადი ჩავარდნებია: რისკები და გაურკვეველობა, არასრული ინფორმაცია (ინფორმაციის ასიმეტრია), საბაზრო ძალაუფლება, შეზღუდული კონკურენცია, გარეგანი ეფექტები, საზოგადოებრივი სიკეთის წარმოება.

რისკები და გაურკვეველობა

ჩვეულებრივი ბაზრის ერთ-ერთი პირობაა მომხმარებლის გარკვეულობა. ჩვეულებრივ ბაზარზე მომხმარებელი თავისი შესაძლებლობის მიხედვით განსაზღვრავს თუ როდის, სად და რა ფასად იყიდოს საქონელი. სამედიცინო ბაზარზე, ხშირ შემთხვევებში, წინდანი არავინ იცის თუ როდის წარმოიშობა სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნა. იგი სავარაუდო ხასიათს ატარებს და მას გაურკვეველობის ფენომენს უწოდებენ [2]. მომხმარებლებისათვის გაურკვეველია მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა და სამედიცინო მომსახურების საჭიროება დროის ნებისმიერ პერიოდში. მათ არ შეუძლიათ რაციონალურად დაგეგმონ სამედიცინო მომსახურების ხარჯები, რომლის მოცულობა შესაძლებელია მნიშვნელოვანს შეადგენდეს მისი საჭიროების დადგომისას. მათ არ შეუძლიათ განსაზღვრონ არც მათი მკურნალობის მოსალოდნელი შედეგები. ეს ნიშნავს, რომ მომხმარებლის სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნა, თავისი ბუნებიდან გამომდინარე, ჩვეულებრივი ბაზრის წესებისგან განსხვავებულია.

გაურკვეველობა შეინიშნება სამედიცინო მომსახურების მიწოდებლების მხრიდანაც. ჩვეულებრივ ბაზარზე მიწოდებლებმა იციან თუ რა საქონელი ან მომსახურება მიაწოდონ მომხმარებლებს. სამედიცინო ბაზარზე ექიმებს არ შეუძლიათ წინასწარ დაადგინონ მათ მიერ ჩატარებული მკურნალობის შედეგი [2]. სამედიცინო ბაზარზე როგორც მიწოდების, ასევე მოთხოვნის კუთხით არსებული ასეთი სახის გაურკვეველობა სხვადასხვა რისკის არსებობის გამო განაპირობებს მესამე მხარის (მაგ., სადაზღვევო კომპანია) არსებობის აუცილებლობას. შედეგად, რადგან სამედიცინო ბაზარზე სამედიცინო მომსახურების უდიდესი ნაწილი ფინანსდება მესამე მხარის (სადაზღვევო კომპანია ან სახელმწიფო) მიერ, და პირდაპირი კავშირი მყიდველსა და გამყიდველს შორის არ არსებობს, „ფასი” გაურკვეველია და ნაკლებად შეესაბამება ჩვეულებრივ ბაზარზე მყიდველსა და გამყიდველს შორის გარიგებით მიღწეულ ფასს. აქვე აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო მომსახურების ფასი ხშირად არ გამოსახავს მის წარმოებაზე დახარჯულ რესურსებს და შეიძლება აღემატებოდეს

დეს კიდევ. სამედიცინო მომსახურების ფასი უფრო ნდობასა და სამედიცინო პერსონალის პროფესიული ქცევის უწყვეტ ურთიერთობებს ემყარება. გასათვალისწინებელია, რომ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები (ექიმები, სამედიცინო დაწესებულებები) რთულ საქმიანობას ეწევიან. იგი ადამიანის სიცოცხლესთანაა დაკავშირებული და შესაბამისად, ასეთი სახის სერვისების გაყიდვა არ არის მარტივი.

სამედიცინო მომსახურების როგორც მოთხოვნა, ასევე მიწოდება არაპროგნოზირებადია, რადგან არავინ იცის თუ როდის დადგება მისი საჭიროება. ამასთან, მისი მიღება, მასზე ხელმისაწვდომობა (როგორც ფინანსური, ასევე გეოგრაფიული) ძალიან მნიშვნელოვანია სწორედ იმ დროს, როდესაც პაციენტს დაუდგება მისი საჭიროება.

ამგვარად, გაურკვეველობა ჯანდაცვის სფეროს გამოკვეთილი მახასიათებელია, რაც განასხვავებს მას ჩვეულებრივი ბაზრისაგან და შესაბამისად, ზრდის სახელმწიფოს როლს ჯანდაცვის სისტემის რეგულირების თვალსაზრისით.

წინასწარი გადახდის სისტემების (დაზღვევა, სახელმწიფო დაფინანსება) მნიშვნელობა

ჩვეულებრივ ბაზარზე, მომხმარებელსა და მიმწოდებლებს შორის გარიგებისას მყარდება პირდაპირი კავშირი. ამისგან განსხვავებით, სამედიცინო ბაზარზე არსებული გაურკვეველობისა და რისკებისაგან დასაცავად, ავადმყოფობის შემთხვევაში ერთდროული, დიდი დანახარჯების თავიდან ასაცილებლად ადამიანი წინდანინ ქმნის დანახოვებს, ან მიმართავს დაზღვევას. სამედიცინო ბაზარზე სამედიცინო მომსახურების უდიდესი ნაწილი ფინანსდება დაზღვევისა და გადასახადების მეშვეობით, რის გამოც, პირდაპირი კავშირი მყიდველსა და გამყიდველს, გადახდილ და დახარჯულ რესურსებს შორის არ არსებობს. ფაქტიურად, პაციენტი იზოლირებულია სამედიცინო მომსახურების პირდაპირი ხარჯებისაგან. უმრავლეს ქვეყნებში ჯანდაცვის ხარჯების დაახლოებით 80-85%-ს იხდის მესამე მხარე - სახელმწიფო ან სადაზღვევო კომპანია.

ჩვეულებრივ ბაზარზე საქონლის წარმოებას, დაფინანსებას, და განაწილებას თავად კერძო სექტორი ახორციელებს, ცხადია, სახელმწიფოს მცირე მარეგულირებელი როლით. ჯანდაცვის სექტორში სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებასა და მიწოდებაში სახელმწიფო უმთავრესი მოთამაშეა. განვითარებულ ქვეყნებში ჯანდაცვის ხარჯებში სახელმწიფო ხარჯების წილი 75%-მდე გაიზარდა. მომხმარებელსა და მიმწოდებლებს შორის პირდაპირი კავშირის არარსებობა ამცირებს ფასის ეფექტს. დაზღვევა ცვლის სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნას, რაც თავის მხრივ, ცვლის პროვაიდერთა ქცევას, მათ სტიმულებს.

არასრული ინფორმაცია (ინფორმაციის ასიმეტრია)

საბაზრო ეკონომიკის ეფექტიანი ფუნქციონირების ერთ-ერთი ძირითადი მოთხოვნაა მომხმარებლის სრული და სიმეტრიული (ყველასათვის თანაბარი) ინფორმირებულობა საქონლის (ან მომსახურების) ფასზე, მოცულობასა და ხარისხზე. თუმცა, სინამდვილეში, ადამიანები ფლობენ არასრულ და ასიმეტრიულ ინფორმაციას. შედეგად, ისინი, რომლებიც ფლობენ მეტ ინფორმაციას, შეუძლიათ მიიღონ ეკონომიკური მოგება ეკონომიკური საქმიანობის სხვა მონაწილეების ხარჯზე. მდგომარეობას, როდესაც ინფორმაცია პროდუქტზე ხელმისაწვდომია ბაზრის მხოლოდ ზოგიერთი მონაწილისათვის და არა ყველასათვის, ინფორმაციის ასიმეტრია ეწოდება.

სამედიცინო ბაზარზე თავისი სპეციფიკურობიდან გამომდინარე უფრო რთული მდგომარეობა შეინიშნება, რაც განპირობებულია მოთხოვნასა და მიწოდებაზე სრულყოფილი ინფორმაციის და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის განსაზღვრის ზუსტი კრიტერიუმების არარსებობით. სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელი არ ფლობს ისეთი სახის ცოდნას, რომლითაც განახორციელებდა სამედიცინო ორგანიზაციისა და ექიმის რაციონალურ არჩევანს და შესაბამისად, მიიღებდა მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებას. ცხადია, ექიმები უფრო მეტად არიან განსწავლულები ვიდრე პაციენტები, ანუ პროვაიდერებმა უფრო მეტი იციან, ვიდრე მომხმარებლებმა. პაციენტის ინფორმაციულობა უმთავრესად წინა მკურნალობით მიღებული გამოცდილებით ან სხვა მომხმარებლების აზრით, ან ექიმთა თვალსაზრისით განისაზღვრება.

საჭირო ინფორმაციის მოპოვება მოითხოვს დროსა და რესურსებთან დაკავშირებულ გარკვეულ ხარჯებს. მკლევარები მას ძიების დანახარჯებს უწოდებენ და მას უკავშირებენ ექიმთა საბაზრო პოზიციების გაძლიერებას [3]. ცხადია, რაც უფრო ინფორმირებულია მომხმარებელი და რაც უფრო ნაკლებია ძიების დანახარჯები, მით უფრო კონკურენტულია ბაზარი [4].

სამედიცინო მომსახურების მოცულობისა და მკურნალობის ღირებულების არჩევანთან მიმართებით პაციენტის განათლება შეზღუდულია. სამედიცინო დახმარება ძლიერ სპეციალიზებულია, შესაბამისად, მასთან დაკავშირებული ხარჯების დადგენა რთულია. პაციენტებმა არ იციან სამედიცინო დახმარების რომელი სახეა მათთვის ყველაზე ეფექტიანი, რა სამედიცინო მომსახურებას საჭიროებენ, ან რა სარგებლობას მოუტანს შემოთავაზებული სამედიცინო დახმარება. პაციენტებისათვის სირთულეს წარმოადგენს, აგრეთვე მათზე ჩატარებული მკურნალობის შედეგის და ხარისხის შეფასებაც. ზოგჯერ ასეთი არჩევანი საერთოდ გამოორიცხულია ზოგი სერვისების გადაუდებელი ხასიათის გამო. უფრო მეტიც, მკურნალობის მო-

სალოდნელი შედეგი სამედიცინო ჩარევის შემდეგ უცებ არ ვლინდება, რაც კიდევ უფრო ართულებს მომსახურების აუცილებელი მოცულობის არჩევანს.

ზოგადად, შეიძლება ითქვას, რომ ინფორმაცია თავისი ბუნებით საზოგადოებრივ სიკეთეს წარმოადგენს. ინფორმაციაზე კიდევ ერთი მომხმარებლის ხელმისაწვდომობა არ ამცირებს სხვათა კეთილდღეობას, ამიტომ, ეფექტიანობის გაზრდის მიზნით, აუცილებელია ინფორმაციის გავრცელება უფასოდ (ან გავრცელების ხარჯების შესაბამისი ფასით). საბაზრო მექანიზმი თავის მხრივ არ ახდენს საჭირო მოცულობის ინფორმაციით, ისევე როგორც საზოგადოებრივი სიკეთეებით საზოგადოების უზრუნველყოფას, შესაბამისად, სახეზეა არასრული, ასიმეტრიული ინფორმაციის არსებობით გამოწვეული ბაზრის ჩავარდნები.

აგენტური ურთიერთობები

ჩვეულებრივი ბაზრებისგან განსხვავებით, ჯანდაცვაში მომსახურების მოცულობის დადგენაში გადამწყვეტი როლი ენიჭება მიმწოდებელს და არა მომხმარებელს. ჩვეულებრივ ბაზარზე მოთხოვნაზე გავლენას ახდენს მომხმარებელი, მენარმე, მომსახურების სისტემის გეოგრაფიული განაწილება. მომხმარებელი დამოუკიდებლად, ბიუროკრატიული სისტემის ყოველგვარი ზემოქმედების გარეშე წყვეტს, თუ რა შეიძინოს ბაზარზე. იგი თავადაა პასუხისმგებელი გადაწყვეტილების მიღებაში. ჩვეულებრივი ბაზრისაგან განსხვავებით ჯანდაცვის სფეროში მომხმარებელი კვალიფიციური გადამწყვეტილების მისაღებად საკმარის ცოდნას და ინფორმაციას არ ფლობს. ჯანდაცვის სფეროს მომხმარებელი (პაციენტი) იშვიათად ირჩევს მისთვის საჭირო სამედიცინო დახმარებას, რადგან მის მიერ გაკეთებული არჩევანი შეიძლება სახიფათო აღმოჩნდეს საკუთარი ჯანმრთელობისათვის. არაინფორმირებული პაციენტი იძულებულია მთლიანად მკურნალი ექიმის რჩევას დაეყრდნოს. რადგან ექიმი და არა პაციენტი განსაზღვრავს გასაწევი სამედიცინო დახმარების მოცულობას, იგი გვევლინება როგორც პაციენტის მრჩეველი, მისი ინტერესების გამომხატველი ე. წ. ინფორმირებული აგენტი, რომელმაც საკმარისად კარგად იცის დაავადებისა და მკურნალობის მეთოდების შესახებ. აქედან გამომდინარე, ექიმი განსაკუთრებულ მდგომარეობაში იმყოფება, იგი არის არამარტო სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელი, არამედ მოთხოვნის განმსაზღვრელიც. ასეთ მოვლენას საშუამავლო, ანუ აგენტური ურთიერთობები ეწოდება [5].

ექიმებს, როგორც მომსახურების მთავარ მიმწოდებლებს, გარდა პაციენტთა მდგომარეობის შეფასებისა და შესაბამისი მკურნალობის ჩატარებისა, გააჩნიათ ეკონომიკური ინტერესები, რაც ქმნის მომსახურების ქარბი მოცულობით განევის პოტენციურ პირობებს. ეკონომიკური თეორიის მიხედვით ასეთ სიტუაციას მიწოდებით პროვოცირებული მოთხოვნა, ანუ მიმწოდებლის მიერ სტიმულირებული მოთხოვნა (supply induced demand) ეწოდება. ამგვარად, ექიმი არ არის პაციენტისათვის სრულყოფილი აგენტი. უმრავლეს შემთხვევაში იგი უარყოფითად იყენებს მის განსაკუთრებულ როლს, განსაზღვროს მოთხოვნა საკუთარი ინტერესების შე-

საბამისად.

ჯანდაცვის ეკონომისტის ა. ევანსის მიხედვით, „სრულყოფილი აგენტის ცნობიერება გახლეჩილია. მიმწოდებელს გააჩნია საკუთარი ინტერესები, რომლებიც ნაწილობრივ შესაბამისობაშია და ნაწილობრივ წინააღმდეგობაშია პაციენტის ინტერესებთან. იგი გაორებულ მდგომარეობაშია. ერთი მხრივ, იგი ცდილობს პაციენტს ურჩიოს პაციენტის ინტერესების შესაბამისად, მეორე მხრივ, კი პაციენტთან მოქმედებს საკუთარი ინტერესებისა და კეთილდღეობის გასაუმჯობესებლად. ეკონომიკური ანალიზი, რომელიც ტარდება მიმწოდებლების ინტერესების, მოგებისა და შემოსავლების შესაფასებლად ბუნდოვნად წარმოგვიჩენს ასეთ გაორებულ მდგომარეობას, ინფორმაციის ასიმეტრიულობის პრობლემას და აგენტურ ურთიერთობას“ [6].

ასეთი სახის მოთხოვნა განაპირობებს ჯანდაცვის სექტორში ძლიერ ხარჯვით ტენდენციებს. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს საბაზრო გარემოშიც არ გააჩნიათ რესურსების რაციონალურ გამოყენებაზე საკმარისი შეზღუდვები. თუ ეს პროცესები არ იმართება, იზრდება სამედიცინო მომსახურების ძვირადღირებული სახეები და მკურნალობის შემთხვევაზე საერთო დანახარჯები. შესაბამისად, მცირდება დაავადებათა პროფილაქტიკაზე დაინტერესება და შედარებით მარტივი, მაგრამ ეფექტური სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენება.

მიწოდებით პროვოცირებული მოთხოვნა განაპირობებს ექიმთა საბაზრო პოზიციების გაძლიერებას სამედიცინო მომსახურების ფასებსა და მოცულობასთან მიმართებაში, რაც კიდევ უფრო ართულებს მომხმარებელთა რაციონალურ არჩევანს. ექიმი გავლენას ახდენს პაციენტზე ჩასატარებელი სამედიცინო დახმარების რაოდენობაზე, რომელიც შეიძლება აღემატებოდეს პაციენტის რეალურ საჭიროებას. მკვლევართა აზრით, ექიმის უარყოფით სტიმულზე გავლენას ახდენენ ანაზღაურების მეთოდი, სამედიცინო დახმარების ღირებულება და შემოსავლების დონე. ყოველივე ზემოაღნიშნული მოითხოვს სახელმწიფოს როლის ზრდას სამედიცინო მომსახურების როგორც მოთხოვნის, ასევე მიწოდების რეგულირებაში [7].

მორალური საფრთხე (Moral Hazard)

სამედიცინო ბაზარზე პაციენტსა და ექიმს შორის ურთიერთობა არსებითად განსხვავდება ჩვეულებრივ ბაზარზე მომხმარებელსა და მიმწოდებელს შორის არსებული ურთიერთობისგან. სამედიცინო ბაზარზე, ხშირ შემთხვევაში, მოსალოდნელია პაციენტისა და ექიმის ქცევის ცვლილება, რომელსაც ეკონომიკური თეორიის მიხედვით მორალური საფრთხე ეწოდება. მორალური საფრთხე გაცნობიერებულ იქნა 1960-იან წლებში, სამედიცინო ბაზრის ნეგატიური მხარეების კვლევის დროს. მორალური საფრთხის ორი სახე არსებობს: პაციენტის (მომხმარებლის) მორალური საფრთხე და ექიმის (მიმწოდებლის) მორალური საფრთხე.

პაციენტის მორალური საფრთხე ძირითადად ორ ფაქტორთანაა დაკავშირებული. დაზღვევა მომხმარებლის სხვადასხვა სახის არარაციონალურ ქცევას, გარკვეულ უარყოფით სტიმულებს განაპირობებს. დაზღვეული შედარებით ნაკლებად ფიქრობს ავადმყოფობაზე, ნაკლებად ზრუნავს დაავადების პრევენციაზე, ცხოვრების ჯანსაღ წესზე. აღნიშნული ზრდის ავად გახდომის რისკს და შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების მოხმარებას.

დაზღვევის შემთხვევაში, როდესაც პაციენტის მკურნალობის ხარჯებს ნაწილობრივ, ან მთლიანად იხდის მზღვეველი, პაციენტს არ აქვს ფასის „სიგნალი“, რომელიც არეგულირებს მომსახურების მოხმარების მოცულობას. შედეგად, წარმოიქმნება „უფასო“ სამედიცინო მომსახურების ზედმეტად მოხმარების პრობლემა. პაციენტს უჩნდება ცთუნება ზედმეტად მოხმაროს სამედიცინო მომსახურება, კერძოდ, ჩაიტაროს სამედიცინო მომსახურება მაშინაც კი, როდესაც იგი არ არის აუცილებელი, მოითხოვოს ძვირადღირებული სამედიცინო ტექნოლოგია, მედიკამენტები და ა. შ.

ექიმი, მეტი ინფორმირებულობისა და ჯანდაცვის სფეროში განსაკუთრებული როლის გამო, ზღუდავს არამართო პაციენტის სტიმულს, არამედ მის მიერ არჩევანის გაკეთებას. ამასთან, პაციენტის არარაციონალური ქცევა შეიძლება დაემთხვეს ექიმის დაინტერესებას – გაზარდოს მომსახურების მოცულობა, რაც კიდევ უფრო ზრდის შედარებით ძვირადღირებული, მაგრამ შეიძლება კლინიკურად არააუცილებელი მომსახურების მოცულობას. ამგვარად, სახეზეა ჯანდაცვაში ხარჯვითი მექანიზმის ფორმირება: იზრდება სამედიცინო დახმარების ძვირადღირებული სახეების ხვედრითი წილი, იზრდება მკურნალობის შემთხვევაზე დანახარჯები, მცირდება დაინტერესება დაავადებათა პროფილაქტიკაზე და შედარებით იაფი, მარტივი, მაგრამ ეფექტური სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენება.

ექიმის მორალური საფრთხე ჯანდაცვის ეკონომიკის ერთ-ერთ ცენტრალურ პრობლემას წარმოადგენს. სანარმოები ცდილობენ საქონლის ისეთი რაოდენობა აწარმოონ და მასზე ისეთი ფასი დაანესონ, რომლითაც შესაძლებელი იქნება მაქსიმალური მოგების მიღება. მოგებაზე, თავის მხრივ, გარკვეულ გავლენას ახდენს ბაზრის შეზღუდული მოთხოვნა. სულ სხვა მდგომარეობაა სამედიცინო ბაზარზე არსებული „ექიმი-მენარმის“ შემთხვევაში. მოგების მაქსიმალურად მისაღებად ექიმს განსხვავებული სტიმული გააჩნია, ვიდრე ჩვეულებრივ ბაზარზე არსებულ მენარმებს. ისინი დაინტერესებული არიან პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობით და საქმიანობას ეწევიან როგორც თავის (შემოსავლების გაზრდა), ასევე პაციენტის სასარგებლოდ.

სამედიცინო ბაზარზე ექიმები ახდენენ ფასის დისკრიმინაციას (პაციენტებთან არაერთნაირი დამოკიდებულება), მაშინ როდესაც ჩვეულებრივ ბაზარზე მენარმეები მაქსიმალური მოგების მიღების მიზნით ასეთ პრაქტიკას გამორიცხავენ. იგი განპირობებულია ექიმის განსაკუთრებული როლით, რომელიც გვევლინება როგო-

რც მიმწოდებელი, ასევე მოთხოვნის განმსაზღვრელი. ექიმის ასეთი მდგომარეობა მისი ეკონომიკური და სამედიცინო ინტერესების კონფლიქტს იწვევს. ითვალისწინებს რა პაციენტის არასაკმარის ინფორმირებას, ექიმი უარყოფითად იყენებს თავისი ცოდნის უპირატესობას. შემოსავლების გაზრდის მიზნით იგი ცდილობს პაციენტს თავს მოახვიოს ის პროცედურები, რომლებიც მას ნაკლებად, ან სავსებით არ სჭირდება, დანიშნოს ძვირადღირებული მედიკამენტები და მომსახურების ის სახეები, რომლებიც სამედიცინო დაწესებულების სრულ დატვირთვას უზრუნველყოფენ. ასეთი უარყოფითი მოტივაციის შედეგად ხელოვნურად იზრდება გასაწევი სამედიცინო დახმარების მოცულობა.

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებთან მოტივაციები დამოკიდებულია სამედიცინო დახმარების ღირებულებაზე, მისი შემოსავლების ზომაზე, ანაზღაურების მეთოდზე, სერვისების მიწოდების სისტემაზე (ფრაგმენტიზირებული თუ ინტეგრირებული სერვისები). ძვირადღირებული პროცედურის შემთხვევაში იზრდება სამედიცინო დახმარების რაც შეიძლება მეტი რაოდენობით ჩატარების სტიმული. პირიქით, დაბალი ფასის დროს მცირდება აღნიშნული დანატერესება [8].

ექიმის მხრიდან უარყოფითი მოტივაცია განსაკუთრებით აღინიშნება მცირე ხელფასის შემთხვევაში. დაბალი შემოსავლებისას იგი დანატერესებულია საჭიროზე მეტი სამედიცინო დახმარება ჩაატაროს და ამით ხელოვნურად გაზარდოს საკუთარი ხელფასი.

ექიმის ქცევაზე მნიშვნელოვან ზემოქმედებას ახდენს ანაზღაურების მეთოდი. როდესაც ექიმის ანაზღაურება ხდება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, იზრდება მისი მხრიდან „მორალური საფრთხე“, რადგანაც ამ დროს მისი შემოსავალი დამოკიდებულია თითოეული ჩატარებული სამედიცინო დახმარების სახეზე და რაოდენობაზე. ქვეყნებში, სადაც ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების ანაზღაურება სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდით ხორციელდება, სამედიცინო დახმარების მოცულობა მნიშვნელოვნად აღემატება იმ ქვეყნებისას, სადაც ანაზღაურება ხდება თითოეულ პაციენტზე ფიქსირებული თანხის (ან სულადობრივი) მიხედვით. გერმანიაში და საფრანგეთში, სადაც ანაზღაურება სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდით ხორციელდება, ამბულატორიული მიმართვიანობა შეადგენს შესაბამისად 11,5 და 7,2-ს ერთ სულზე. დიდ ბრიტანეთში, სადაც ანაზღაურების სულადობრივი მეთოდი გავრცელებულია, ერთ სულზე საშუალოდ 5,5 მიმართვაა წელიწადში. აშშ-ში, სადაც გავრცელებულია შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი, ექიმები შედარებით ხშირად, ვიდრე სხვა ქვეყნებში, ნიშნავენ ძვირადღირებულ გამოკვლევებს.

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა ქცევაზე აგრეთვე გავლენას ახდენს სერვისების მიწოდების სისტემა. ქვეყნებში, სადაც ჯანდაცვის სისტემა ფრაგმენტიზირებულია და პირველადი, მეორეული და მესამეული დონის სერვისები ხორციელდება ცალ-ცალკე, თითოეული დონე ცდილობს საჭიროების მიუხედავად

თავისთან დააკავოს პაციენტი. პროვაიდერებს შორის არ ხორციელდება კოორდინირებული მუშაობა და როცა პაციენტი გადაინაცვლებს ერთი დონიდან მეორეზე, ისევე მეორდება იგივე გამოკვლევების ჩატარება, რაც ზრდის პაციენტის ხარჯებს.

მორალურ საფრთხეზე ზემოქმედების მეთოდები. სამედიცინო ბაზარზე პაციენტისა და ექიმის გარდა არსებობს მესამე მხარე დამფინანსებლის სახით (მაგ, სადაზღვევო ორგანიზაცია). დამფინანსებელი განსაზღვრავს სამედიცინო დახმარების ფასს, გარკვეულწილად მონაწილეობს ექიმებისათვის ანაზღაურების დადგენის პროცესშიც. ამგვარად, იგი სამედიცინო ბაზარზე მარეგულირებელ ფუნქციასაც ასრულებს. იგი მნიშვნელოვნად ზღუდავს ექიმის გადანყვებილებას მკურნალობის პროცესში და შესაბამისად ამცირებს უარყოფით სტიმულს. მორალური საფრთხის რეგულირებაში მნიშვნელოვანია სახელმწიფოს როლი. პაციენტთა ინტერესების დასაცავად სახელმწიფო ადგენს სამედიცინო პერსონალის ლიცენზირებას, მათი საქმიანობის საკანონმდებლო რეგულირებას, პაციენტებისათვის სრული ინფორმაციით უზრუნველყოფას. ა.შ.შ.-ში, მთავრობის ინიციატივით 1995 წლიდან მოქმედებს სპეციალური ორგანიზაციები, რომლებიც ახდენენ ექიმთა საქმიანობის შეფასებას. ასეთ ორგანიზაციებს შეუძლიათ არაადექვატური საექიმო საქმიანობისათვის ექიმთა დისკვალიფიკაცია.

პაციენტის მხრიდან მორალურ საფრთხეზე ზემოქმედების შემდეგი მეთოდები არსებობს: სამედიცინო მომსახურების მოხმარებისას თანაგადახდის და თანადაზღვევის გამოყენება, პაციენტის არჩევანის შეზღუდვა (სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების რაოდენობის შეზღუდვისათვის სტიმულების შექმნა), პროცედურების არაფასისმიერი შეზღუდვა; ცალკეულ სერვისებზე მოცდის დროის შემოღება, ხარჯების არასრული კომპენსაცია.

სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების მორალური საფრთხეების კომპენსაციის მეთოდებია: სულადობრივი ანაზღაურების გამოყენება, ექიმების ანაზღაურება ფიქსირებული სახელფასო განაკვეთით, სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება გლობალური ბიუჯეტის მეთოდით, დასრულებული შემთხვევების ასანაზღაურებლად DRG (დიაგნოზით შეჭიდული ჯგუფების) მეთოდის გამოყენება, ანუ დასრულებული შემთხვევების ანაზღაურება წინასწარ დადგენილი ტარიფებით, ფონდის მესაკუთრე (fundholding) სქემების გამოყენება (პირველადი ჯანდაცვის ექიმები შეისყიდვიან საკუთარი პაციენტისათვის საჭირო სამედიცინო მომსახურებას), პროვაიდერების საქმიანობის კონტროლი, სუბსიდირებული მედიკამენტების ჩამონათვალის შეზღუდვა, რესურსების მართვის ინტეგრირებული სქემების გამოყენება.

საბაზრო ძალაუფლება, შეზღუდული კონკურენცია ჯანდაცვის ბაზარზე.

საბაზრო ძალაუფლება გულისხმობს ერთი ეკონომიკური აგენტის (ან აგენტების მცირე ჯგუფის) უნარს გავლენა მოახდინოს საბაზრო ფასებზე (მონოპოლია, ოლიგოპოლია). სამედიცინო დაწესებულებებს გააჩნიათ საბაზრო ძალაუფლება.

როგორც წესი, ორგანიზაციის საბაზრო ძალა დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად განსხვავებულ, დიფერენცირებულ პროდუქციას აწარმოებს იგი. პროდუქციის დიფერენციაცია მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტია ორგანიზაციის საბაზრო ძალაუფლებად ჩამოყალიბებაში. მეორე მხრივ, საბაზრო ძალაუფლება ორგანიზაციებს ნაკლებ სტიმულს აძლევთ თავიანთი პროდუქციის დიფერენცირების შემდგომი სტიმულირებისათვის.

შეზღუდული კონკურენცია ვლინდება ერთი ან რამდენიმე საწარმოს არსებობით, რომლებსაც შეუძლიათ გავლენა მოახდინონ ფასწარმოქმნის პროცესზე. უმთავრესად ასეთი სიტუაცია განპირობებულია წარმოების მასშტაბის ეკონომიით. იგი წარმოიქმნება, როდესაც საწარმოს აქვს მაღალი მუდმივი დანახარჯები. ამ შემთხვევაში წარმოების მოცულობის ზრდისას საშუალო ხარჯები მცირდება, და საწარმოს შეუძლია შეამციროს პროდუქციის ფასი. მომხმარებლის თვალსაზრისით, ეს ხელსაყრელი სიტუაციაა. თუმცა, მოცემულ მოვლენას აქვს უარყოფითი მხარეც. როდესაც ახალი კონკურენტი საწარმო დააპირებს ბაზარზე შემოსვლას, მას დასჭირდება მსხვილი კაპიტალდაბანდებათა განხორციელება, შედეგად მაღალი საშუალო ხარჯების შემთხვევაში იგი არაკონკურენტუნარიანი იქნება. სიტუაციას, როდესაც ბაზარზე უფრო ეფექტურია მოცემული საქონლის მწარმოებელი მხოლოდ ერთი და არა მრავალი ორგანიზაციის არსებობა, უწოდებენ ბუნებრივ მონოპოლიას. ჩვეულებრივ, ბუნებრივი მონოპოლიები სახელმწიფოს მიერ რეგულირებული ბაზრებია, სადაც წარმოების მასშტაბზე ეკონომია იმდენად დიდია, რომ წარმოების კონცენტრაცია ერთი მსხვილი კომპანიის ხელში ხარჯებს მინიმუმამდე ამცირებს. კონკურენტული ბაზარი ზრდის საშუალო ხარჯებს, ამცირებს რესურსების ეფექტურად გამოყენებას. ამაში მდგომარეობს ბაზრის ჩავარდნა – ჯანდაცვის სფეროში კონკურენცია ხშირად იწვევს რესურსების ეფექტურ განაწილებას.

სამედიცინო ბაზარზე კონკურენციის შეფასებისათვის გამოიყენება შემდეგი კრიტერიუმები: კონკრეტულ გეოგრაფიულ არეალში სამედიცინო დაწესებულებების რაოდენობა, გარკვეულ გეოგრაფიულ არეალზე სამედიცინო დაწესებულებების კონცენტრაცია, სამედიცინო დაწესებულებების დატვირთვის მაჩვენებელი, სამედიცინო დაწესებულებების საწოლთა რაოდენობა, სამედიცინო დახმარების ხარისხი, სამედიცინო დახმარების ფასი.

პაციენტს აქვს უფლება, თვითონ აირჩიოს ექიმი ან სამედიცინო დაწესებულება. შესაბამისად, ექიმებს ან სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენციის მთავარი ფაქტორია პაციენტის დამოკიდებულება მათადმი. თავის მხრივ, ექიმი ან სამედიცინო დაწესებულება დაინტერესებულია რაც შეიძლება მეტი პაციენტი მიიზიდოს, რადგან მისი შემოსავალი დამოკიდებულია მასთან მეთვალყურეობაზე მყოფი, ან ნამკურნალე პაციენტთა რაოდენობაზე.

სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენცია აგრეთვე ექიმების გამოცდილებაზე და სამედიცინო განათლების დონეზეა დამოკიდებული. სამედიცინო და-

წესებულება ცდილობს თავისთან სამუშაოდ მიიზიდოს კონკურენტუნარიანი ექიმი, რისთვისაც მაღალ ანაზღაურებას სთავაზობს. ცხადია, რაც უფრო მეტი მაღალკვალიფიციური ექიმია დასაქმებული სამედიცინო დაწესებულებაში, მით იზრდება პაციენტების მასთან მიმართვიანობა. სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენცია აგრეთვე დამოკიდებულია მათი უახლესი, ძვირადღირებული მონყობილობა-დანადგარებით აღჭურვაზე. თუმცა, უახლესი მონყობილობა-დანადგარების მიხედვით კონკურენცია ხშირად არაეფექტურია და ხარჯების ზრდას იწვევს. ასე მაგალითად, თუ ქალაქში მდებარე ორ სამედიცინო დაწესებულებას ერთნაირი სახის სადიაგნოსტიკო დანადგარი გააჩნიათ, დროის ნახევარზე მეტი ისინი შეიძლება არც იქნეს გამოყენებული.

სამედიცინო დაწესებულებებში პაციენტთა მიმართვიანობაზე ზეგავლენას ახდენს მათი სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილეობა. პაციენტთა უმეტესობა მიმართავს მხოლოდ იმ სამედიცინო დაწესებულებას, რომელიც სახელმწიფო ჯანდაცვით ან სადაზღვევო პროგრამებშია ჩართული. ამგვარად, ჯანდაცვის ბაზარი წარმოადგენს არასრულყოფილი კონკურენციის ბაზარს. ამასთან, თავისი ძირითადი მახასიათებლებით იგი ახლოს დგას მონოპოლიასთან, რაც გავლენას ახდენს მიმწოდებელთა ქცევაზე, მათ მიზნებზე, ფასთნარმოქმნის სისტემაზე. აღნიშნული მოითხოვს სახელმწიფოს მხრიდან ჯანდაცვის ბაზარზე მიმდინარე პროცესების სპეციფიკურ რეგულირებას.

ჯანდაცვის სისტემაში შეზღუდული კონკურენციის ძირითადი მიზეზებია: სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების მიწოდების იერარქიული შისტემა. სამედიცინო ბაზარზე შესვლა შეზღუდულია, შრომითი და მატერიალური რესურსების შეზღუდული ნაკადის, სამედიცინო მომსახურების გასანევად საჭირო ხარჯებისა და რეგულირების მექანიზმების გამო, სამედიცინო მომსახურების მრავალ სახეს არ გააჩნია მისი შემცვლელი, ან შედარებით მცირეა ასეთი სახის შემცვლელები, ჯანდაცვის სისტემაში წარმოების ფაქტორები ნაკლებად მობილურია; სამედიცინო დახმარება არაერთგვაროვან პროდუქტს წარმოადგენს.

სტაციონარული სერვისების მიწოდების იერარქიული სისტემა. სტაციონარული ტიპის სამედიცინო წესებულებები დიფერენცირებულია დონეების მიხედვით. საქართველოში ჰოსპიტალური მომსახურების შემდეგი დონეები არსებობს: დღის სტაციონარი, რაიონული საავადმყოფო, სამხარეო საავადმყოფო, სპეციალიზირებული საავადმყოფო, პროფილური სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტი. ჰოსპიტალურ შემთხვევათა შედარებით იოლი ფორმების კონცენტრირება ხდება რაიონულ საავადმყოფოებში, რომლებიც პაციენტის საცხოვრებელი ადგილის ახლოს არიან განთავსებულნი. უფრო რთული შემთხვევების მკურნალობა ხორციელდება სამხარეო და რესპუბლიკურ საავადმყოფოებში. აღნიშნული დონეები ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან სამკურნალო-დიაგნოსტიკური აღჭურვილობით, პერსონალის კვალიფიკაციით და მომსახურების პაკეტით. ცხადია სტაციონარული სამედიცინო

დახმარების იერარქიული სისტემა და დონეების მიხედვით ერთმანეთისაგან განსხვავებული საავადმყოფოების არსებობა მნიშვნელოვნად ამცირებს მათ შორის რეალური კონკურენციის შესაძლებლობას.

კონკურენტთა მცირე რაოდენობა. სამედიცინო მომსახურების ბევრ მიმწოდებელს, მათ შორის საავადმყოფოებს, ოჯახის ექიმებს, სპეციალიზებულ სამედიცინო ორგანიზაციებს კონკურენტების შეზღუდული რაოდენობა ჰყავთ. კონკურენტთა განსაკუთრებით დაბალია რაიონებში, სადაც ხშირ შემთხვევაში მხოლოდ ერთი საავადმყოფო ფუნქციონირებს. შედეგად, ირღვევა თავისუფალი ბაზრისათვის აუცილებელი კონკურენციის პირობები და რაიონული საავადმყოფო გვევლინება როგორც მონოპოლისტი. მონოპოლისტური ბაზარი, სადაც მხოლოდ ერთი მიმწოდებელია, ზღუდავს პაციენტების არჩევანს, ამცირებს სადაზღვევო ორგანიზაციის ან ჯანდაცვის მართვის ორგანოების შესაძლებლობას მოახდინონ სამედიცინო მომსახურების შესყიდვა პაციენტების ინტერესების გათვალისწინებით. ბაზრის მნიშვნელოვანი ნაწილის კონტროლი ხდება მცირე რაოდენობით კონკურენტების მიერ, რაც ხელს უწყობს სამედიცინო დაწესებულებების საბაზრო ძალად ჩამოყალიბებას [10].

სამედიცინო ბაზარზე შესვლა შეზღუდულია. კონკურენტუნარიანი ბაზრის აუცილებელი პირობაა სანარმოების დიდი რაოდენობით არსებობა, რომელთაც შეუძლიათ სწრაფად და თავისუფლად შევიდნენ და გავიდნენ ბაზრიდან. ამ მხრივ, ჯანდაცვის ბაზარზე შესვლის გარკვეული შეზღუდვები არსებობს, რაც ამცირებს კონკურენტების რაოდენობას. ბაზარზე შესვლის შეზღუდვა ზრდის კონკრეტული სამედიცინო ორგანიზაციის საბაზრო ძალას.

სამედიცინო ბაზარზე შესვლის ბარიერს წარმოადგენს სახელმწიფო ლიცენზირება, კერძოდ სამედიცინო პერსონალის რეგისტრაციისა და ლიცენზირების განსაკუთრებული წესები. ასეთი სახის რეგულაციები ხელს უწყობს სამედიცინო ბაზარზე არსებული ორგანიზაციების საბაზრო ძალად ჩამოყალიბებას. სახელმწიფო ლიცენზია ლეგალური მონოპოლიის ერთ-ერთი ფორმაა, რომელიც ბაზარზე ცალკეულ სანარმოს, პირდაპირი კონკურენციის გარეშე საქმიანობის უფლებას ანიჭებს. ასეთ კომპანიებს თავიანთი საქონლის ან მომსახურების გაყიდვის ექსკლუზიური უფლება აქვთ.

ლიცენზირება გამოიყენება დაბალი კვალიფიკაციის მიმწოდებლების ბაზარზე შესვლის პრევენციის მიზნით. სამედიცინო პრაქტიკის უფლება აქვს მხოლოდ ექიმებს, რომელთა განათლების დონე პასუხობს დადგენილ მოთხოვნებს. რეგულირების აღნიშნული წესები ამცირებენ საექიმო შეცდომებს. დაფუძვით საპირისპირო შემთხვევა, წარმოვიდგინოთ, რომ სამედიცინო ბაზარი თავისუფალია და ყველას შეუძლია მომსახურების მიწოდება, ანუ არაკვალიფიცირებული პრაქტიკოსები ყოველგვარი შეზღუდვის გარეშე აწარმოებენ სამედიცინო საქმიანობას, ხოლო პაციენტები სამედიცინო დახმარების ხარისხისა და ღირებულების საკუთარი შე-

ფასების უნარის მიხედვით ახდენენ შერჩევას. ცხადია, ასეთი სამედიცინო ბაზრის არსებობა შეუძლებელია, რადგან არაკვალიფიცირებული ექიმის მიერ დაშვებულმა შეცდომებმა შეიძლება პაციენტისათვის ფატალური შედეგი გამოიწვიოს. თუ ყველას მიეცემა საექიმო პრაქტიკის უფლება მაშინ როგორ დაიცვას თავი პაციენტმა არაკომპეტენტური ექიმებისაგან, რომელთაც შესაბამისი არც განათლება და არც გამოცდილება არ გააჩნიათ. პაციენტთა არასაკმარისი სამედიცინო განათლების და ექიმთა განსაკუთრებული როლის (როგორც მიმწოდებელი და მოთხოვნილების განმსაზღვრელი) გამო, იზრდება ჯანდაცვის სფეროს რეგულირების მნიშვნელობა [11].

წმინდა ეკონომიკური თვალსაზრისით სამედიცინო სპეციალისტისათვის შედარებით იოლია ჯანდაცვის ბაზარზე როგორც შემოსვლა, ასევე გასვლა, რადგანაც სამედიცინო მომსახურების ბევრი სახეების განევა არ არის დაკავშირებული დიდ პირველად ხარჯებთან, მნიშვნელოვანი ხანგრძლივ კაპიტალის აუცილებლობასთან. მეორე მხრივ, ჯანდაცვის ბაზარზე ახალი მოთხოვნების, მომსახურების ახალი სახეების გაჩენა ხელს უწყობს დარგში ახალი სპეციალისტების შემოსვლას.

ხშირად სამედიცინო ბაზარზე ახალი მიმწოდებლების შემოსვლას ეწინააღმდეგებიან ექიმთა პროფესიული კავშირები (მაგ. ექიმთა ასოციაციები). მათი აზრით, ბევრი პერსონალის საქმიანობა მათი შემოსავლების შემცირებას გამოიწვევს. აშშ-ში ექიმთა ასოციაციები, რომლებიც აერთიანებენ კერძო პრაქტიკის ექიმების დაახლოებით ნახევარ ნაწილს, ლობირებას უწევენ სამედიცინო ფაკულტეტებზე სტუდენტთა შეზღუდული რაოდენობით მიღებას, სწავლის საფასურის ზრდას. ისინი აკონტროლებენ ექიმ-ემიგრანტების ნაკადს, მათ მიერ სამედიცინო საქმიანობის დაწყებას. ასოციაციის თანხმობის გარეშე არ ხდება სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული მნიშვნელოვანი ინიციატივების წამოწყება. გარდა ამისა, ექიმთა ასოციაციები სპეციალურად ადგენენ საექიმო პრაქტიკის ლიცენზირების ხელოვნურად გაზრდილ მოთხოვნებს. ასე მაგალითად, ერთი შტატიდან მეორეზე გადასვლისას ექიმებს მოეთხოვებათ ახალი ლიცენზიის მოპოვება.

სამედიცინო ბაზარზე შეზღუდვები ვრცელდება არამარტო შრომით არამედ მატერიალურ რესურსებზეც. ყველა დაწესებულებას არ შეუძლია განახორციელოს სამედიცინო საქმიანობა. მათ ამისათვის შესაბამისი პირობები უნდა გააჩნდეთ და ქვეყანაში დადგენილ გარკვეულ სტანდარტებს უნდა შეესაბამებოდნენ. ხშირად სტანდარტში შედის ისეთ რთულ საქმიანობებზე მინიმალური მოცულობის მოთხოვნა, რომლებიც განსაკუთრებულ კვალიფიკაციას და მუდმივ პრაქტიკას საჭიროებს. აშშ-ში საავადმყოფოს არ აქვს უფლება ჩატაროს გულის ქირურგიული ოპერაცია, თუ წინა წელს ჩატარებული გულის ოპერაციათა რაოდენობა 150-ზე ნაკლებია. შესაბამისად, ასეთ საავადმყოფოს არ შეუძლია პრეტენზია განაცხადოს ამ ოპერაციის ჩატარებისათვის კონტრაქტის მიღებაზე [12].

სამედიცინო მომსახურების ცალკეული სახეები შეუცვლელია. მონოპოლისტური კონკურენციის დროს მენარმეები მსგავსი, მაგრამ არაიდენტური საქონ-

ლის ან მომსახურების შეთავაზებისას ხაზს უსვამენ მათ განსაკუთრებულ თვისებებს (მაღალი ხარისხი, ინოვაცია, დიზაინი, საფირმო ნიშანი). ზოგიერთ სამედიცინო დაწესებულებას ბაზარზე აქვს მკვეთრად გამოხატული ძალაუფლება, რადგან მის კონკურენტ სამედიცინო დაწესებულებებს არ შეუძლით იგივე სახის სამედიცინო მომსახურების გაწევა, ან თუ შეუძლიათ, იგი მაინც არასრულყოფილ შემცველს წარმოადგენს.

სამედიცინო პროდუქტების შედარება საკმაოდ რთულია. მომხმარებელს უძნელდება შეადაროს ერთმანეთს ჯენერიკები და ბრენდები. შედარების სირთულის გამო, მომხმარებელი, რომელიც პროდუქტით კმაყოფილია, არ ყიდულობს სხვა, უფრო იაფ პროდუქტს. ეს ფაქტორები ართულებს კონკურენტული პროდუქტის შეფასებას, თუ რამდენად ეფექტური შემცველია იგი, რაც თავისთავად ზრდის პროდუქციის საბაზრო ძალაუფლებას [13].

სამედიცინო მომსახურება არაერთგვაროვანი პროდუქტია. მედიცინა შემოქმედებითი პროცესია, რომელიც არ არსებობს ერთგვაროვანი სახით. სამედიცინო მომსახურების ხარისხი ბევრადაა დამოკიდებული იმაზე, თუ ვინ და რა პირობებში აწვდის მას. ერთიდაიგივე დაავადებას სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში განსხვავებული მეთოდებით მკურნალობენ. სხვადასხვა დაწესებულებების შესაძლებლობები (სადიაგნოზო მონაცემები, სპეციალისტების კვალიფიკაციის დონე, მედიკამენტებით უზრუნველყოფა და ა. შ). ავადმყოფს, რომელიც გეგმიურ ოპერაციას სამხარეო საავადმყოფოში იტარებს, შედარებით ნაკლები რისკი აქვს ვიდრე ავადმყოფს, რომელსაც გადაუდებელი ოპერაცია უტარდება რაიონულ საავადმყოფოში. აღნიშნულის გამო, სამედიცინო დაწესებულებები სამედიცინო დახმარების გარკვეულ სახეებზე გვევლინებიან როგორც მონოპოლისტები [14].

სამედიცინო საქმიანობის მკაცრი რეგლამენტაციის მიუხედავად, ჯანდაცვაში არ არის და არც იარსებებს ყველა პაციენტის მკურნალობაზე ერთიანი მიდგომა, ერთი და იგივე დაავადებების არსებობის დროსაც კი. დიაგნოსტიკურ, ტექნიკურ და ტექნიკურ ასპექტებში სამედიცინო მომსახურების ხარისხობრივი მახასიათებლები შეიძლება ფართო საზღვრებში შეიცვალოს. სამედიცინო მომსახურების სტანდარტიზაცია ხელს უწყობს ხარისხის ერთგვაროვნობას. სტანდარტიზაცია გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების და ხარისხის ტექნოლოგიურ უზრუნველყოფას, ინფორმაციულ ტექნოლოგიებს, პერსონალის კვალიფიკაციას, მედიკამენტების და სამედიცინო ტექნოლოგიების ხარისხს.

ჯანდაცვაში წარმოების ფაქტორები ნაკლებად მობილურია. ჯანდაცვაში წარმოების ფაქტორები ნაკლებად მობილურია. მაგ., ექიმის განათლება მოითხოვს ძალიან დიდ დროს, ხოლო მოსამზადებელ პირთა რიცხვს და სწავლის ფასს აკონტროლებენ ცენტრალური ორგანოები – მთავრობა ან პროფესიული კავშირები, ამიტომ მწარმოებლებს ბაზარზე სიტუაციის ცვლილებისას არ შეუძლიათ დამოუკიდებლად შეცვალონ ფაქტორები.

გარეგანი ეფექტები

ერთი ადამიანის მიერ წარმოებული საქმიანობის ზემოქმედებას მეორე ადამიანის კეთილდღეობაზე „გარეგანი ეფექტი“ ეწოდება. თუ ასეთი ზემოქმედება არასახარბიელოა, მას უარყოფითი გარეგანი ეფექტი ეწოდება (მაგ., გარემოს დაბინძურება, მანქანის გამონაბოლქვი). სანინალმდეგო შემთხვევაში იგი დადებით გარეგან ეფექტს წარმოადგენს (იმუნიზაცია).

უარყოფითი გარეგანი ეფექტის მქონე პროდუქციის წარმოებისას მიმწოდებელი ხშირად არ ითვალისწინებს მის მავნე ზემოქმედებას საზოგადოებაზე და თავის თავზე არ იღებს მიყენებული ზიანის ხარჯებს, რადგან მისი გათვალისწინება მნიშვნელოვნად ზრდის საქონლის ღირებულებას და შესაბამისად ამცირებს მოთხოვნას. მაგალითად, გარემოს დაბინძურება, რომელიც ადამიანების ჯანმრთელობაზე უარყოფითად მოქმედებს, ხელს უწყობს თანდაყოლილი დეფექტების და სიმსივნეების განვითარებას. საზოგადოების ჯანმრთელობაზე მიყენებულ ზიანზე მწარმოებელი კომპენსაციას არ იხდის. გარემოს დაბინძურებით გამოწვეული დაავადების შემთხვევაში ხარჯებს დაზარალებული მხარე იხდის. უარყოფითი გარეგანი ეფექტის არსებობისას გარკვეული საქონლის წარმოებისას საზოგადოების ხარჯები აღემატება მწარმოებლის მიერ გაწეულ ხარჯებს.

მეწარმეებს ნაკლებად აინტერესებთ უარყოფითი გარეგანი ეფექტებისგან გამოსავლის მოძებნა. ამიტომ აქ აუცილებელია ჩაერთოს სახელმწიფო. საქონლის ან მომსახურების გარეგანი ეფექტით მიღებული ხარჯების საკომპენსაციოდ სახელმწიფო ახდენს მასზე გარკვეული გადასახადის დანესებას. ასეთი გადასახადი მწარმოებლებს უბიძგებთ გაითვალისწინონ მათი საქმიანობის გარეგანი ეფექტები.

დადებითი გარეგანი ეფექტის შემთხვევაში საქონლის წარმოებას სარგებლობა მოაქვს საზოგადოების სხვა წევრებზე. ასეთ შემთხვევაში სახელმწიფო ხელს უწყობს საქონლის დიდი რაოდენობით წარმოებას. იგი თავად მონაწილეობს ასეთი საქონლის წარმოების ნაწილობრივ ან მთლიანად დაფინანსებაში. ჯერ კიდევ ადამ სმიტი თავის შრომებში, „ეთიკური გრძნობის თეორია“ და „ერის კეთილდღეობა“ დიდ ყურადღებას უთმობდა სახელმწიფოს მხრიდან ადამიანთათვის დახმარების განევის აუცილებლობას ისეთ საკითხებში, როგორცაა განათლების მიღება, მართლმსაჯულების სისტემის უზრუნველყოფა, გზათა მშენებლობა, ღარიბთათვის დახმარების განევა, მუშებისათვის „კულტურული“ ღონისძიებების ჩატარება. ამ დროს იგი ითვალისწინებდა იმ დადებით ეფექტს, რომელიც ასეთი სახის ღონისძიებებმა შეიძლება განაპირობოს [15].

ჯანდაცვის სისტემაში უფრო მეტად დადებითი გარეგანი ეფექტები გვხვდება. მაგალითად, დიფთერიის სანინალმდეგო ვაქცინაცია სასარგებლოა არამარტო ერთი ადამიანისათვის, არამედ მთელი საზოგადოებისათვის, რადგანაც მნიშვნელოვნად მცირდება ამ დაავადების გავრცელება.

გარეგანი ეფექტები ბაზრის ჩავარდნებია, რადგან არ ხდება სანარმოს ხარჯებში მისი გათვალისწინება. ამის მიზეზია საკუთრების უფლების გაურკვეველობა. როდესაც სუფთა წყალზე საკუთრების უფლება გაურკვეველია, მაშინ სანარმომ შესაძლოა ვინმესთან ანგარიშვალდებულების გარეშე დააბინძუროს მდინარე. მოცემულ შემთხვევაში დაბინძურების ხარჯები არ შედის წარმოების ხარჯებში. დადებითი გარეგანი ეფექტის დროს რთულია შევაფასოთ მისი სარგებლიანობა. შეუძლებელია შევაფასოთ ერთი ადამიანის იმუნიზაციით სხვა ადამიანისათვის დაავადების ალბათობის შემცირება. ამასთან წარმოიქმნება „უბილეთო მგზავრის“ პრობლემა. დადებითი გარეგანი ეფექტის დროს ადამიანის სარგებლიანობა იზრდება, და იგი მოგებული რჩება, მაგრამ თუ მას დაავალდებულებენ გადასახადის გადახდას სარგებლიანობის გაზრდისათვის, მან შესაძლოა თავი აარიდოს გადახდას.

„საზოგადოებრივ სიკეთე“ ისეთი საქონელია, რომელიც არც გამორიცხვადია და არც მეტოქეობისუნარიანი. არამეტოქეობისუნარიანობა გულისხმობს, რომ ერთი პიროვნების მიერ საზოგადოებრივი საქონლის მოხმარება ვერ შეამცირებს მეორე პიროვნებისთვის ამავე საქონლის მოხმარების შესაძლებლობას. ამგვარად, საზოგადოებრივი სიკეთე კოლექტიური მოხმარების ობიექტია. მეტოქეობისუნარიანობა კი საქონლის ან მომსახურების თვისებაა, რომელიც გულისხმობს, რომ ერთი პიროვნების მიერ საქონლის ან მომსახურების გამოყენება ამცირებს მეორე პიროვნების მიერ მისი გამოყენების შესაძლებლობას.

არაგამორიცხვადობა გულისხმობს, რომ საზოგადოებრივ სიკეთეზე არ ვრცელდება მის მოხმარებაზე საზოგადოების თუნდაც ერთი წევრის გამორიცხვის პრინციპი, ანუ შეუძლებელია მისი მოხმარებისაგან საზოგადოების წევრების გამორიცხვა. მაგალითად, ქუჩის განათებით შეუძლია ისარგებლოს ყველა გამვლელმა და შეუძლებელია მათი გამორიცხვა. შესაბამისად, გამორიცხვადობა გულისხმობს, რომ იქმნება ბარიერები, რომლებიც სხვა პირებს არ აძლევს მისი მოხმარების შესაძლებლობას. ასეთი ბარიერებია: ფასების დადგენა, პატენტი, კერძო საკუთრებაზე უფლება. მეტოქეობისუნარიანობის და არამეტოქეობისუნარიანობის, გამორიცხვადობის და არაგამორიცხვადობის მიხედვით საქონელი და მომსახურება შეიძლება იყოს საზოგადოებრივი (არამეტოქეობისუნარიანი და არაგამორიცხვადი), კერძო (მეტოქეობისუნარიანი და გამორიცხვადი) და შერეული (ერთ-ერთი ნიშანი არ არის).

საზოგადოებრივი სიკეთეა ჯანდაცვა. იგი მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს სიცოცხლის ხარისხზე და შესაბამისად შრომის წარმოებაზე, ამიტომ სახელმწიფო დაინტერესებულია, რომ მთელი მოსახლეობისათვის ხელმისაწვდომი იყოს სამედიცინო მომსახურების მინიმალური საბაზისო პაკეტი. ჯანდაცვის სექტორში საზოგადოებრივი საქონლის მაგალითებია სანიტარულ-ჰიგიენური ღონისძიებები, სუფთა ჰაერი, ყვავილის აცრის აღმოჩენა, პენიცილინის გამოგონება და ა. შ.

საზოგადოებრივი სიკეთე, რომლისთვისაც დამახასიათებელია არაგამორიცხვადობის თვისება, ქმნის „უბილეთო მგზავრის“ პრობლემას. საზოგადოებრივ სი-

კეთე ყველასათვის ხელმისაწვდომია, მიუხედავად იმისა, დააფინანსა თუ არა პირმა მისი მოხმარება. ამიტომ კერძო ორგანიზაციას უძნელდება შეაგროვოს საზოგადოებრივ სიკეთეზე განუხლები ხარჯები. აღნიშნულის გამო, საზოგადოებრივი სიკეთეს მიიჩნევენ ბაზრის ჩავარდნად. ამ შემთხვევაში სახელმწიფო, რომელსაც აქვს იძულების კანონიერი უფლება, ახდენს გადასახადების შეგროვებას, რომლითაც ფინანსდება საზოგადოებრივი სიკეთე [16].

ამრიგად, დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ ჯანდაცვის სექტორი ეკონომიკის სპეციფიკური დარგია. ეს სპეციფიკა განაპირობებს სამედიცინო ბაზარზე ეკონომიკური ურთიერთობების განსაკუთრებულ ფორმებს, რაც მოითხოვს სათანადო რეგულირების მექანიზმების შემუშავებას.

ლიტერატურა:

1. Hsiao, W.C. 1995. The Chinese Health Care System: Lessons for Other Nations. Social Science and Medicine, vol. 41, pp. 1047-1055.
2. Folland, Sherman. The Economics of Health and Health Care. 6th ed. 2010.
3. Dranove, D., & Satterthwaite, M. A. (2000). Chapter 20 The industrial organization of health care markets. Handbook of Health Economics, 1(PART B), 1093-1139. DOI: 10.1016/S1574-0064(00)80033-5.
4. Mcpake, B., Kumaranayake, L., Normand, C. Health Economics: An International Perspective, by. Routledge, London and New York, 2003, vol. 12 (5), 429-429.
5. ვერულავა, თ. ჯანდაცვის ეკონომიკა. საქართველოს უნივერსიტეტის გამომცემლობა. თბილისი. 2009.
6. Evans, R.G., 1984, Strained mercy: The economics of Canadian medical care. Toronto, Butterworths.
7. გერზმავა, ო. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი, თბილისი 2016 წ.
8. ვერულავა, თ. ჯანდაცვის პოლიტიკა. თბილისი. 2016.
9. ვერულავა, თენგიზ (2017) არამომგებიანი საავადმყოფოების როლი ჯანდაცვის სისტემაში: მსოფლიო გამოცდილება და საქართველო. „ეკონომიკა და ბიზნესი“, 2017, ტ. X (3), გვ. 100-110.
10. Winnie Yip, William C. Hsiao, The Chinese Health System At A Crossroads, Health Affairs- Volume 27, Number 2, March/April 2008.
11. Liu X., Mills A., „Evaluating Payment Mechanisms: How Can We Measure Unnecessary Care?“ Health Policy and Planning 14, no. 4 (1999): 409–413.
12. Getzen, Thomas E. Health Economics, Fundamentals and Flow of Funds. Temple University, 2007.
13. Wagstaff, A., E. van Doorslaer, and P. Paci. 1989. „Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Some Tentative Cross-Country Comparisons.“ Oxford Review of Economic Policy 5(1): 89–112.

14. Hsiao, William C. Abnormal economics in the health sector. *Health Policy*. 04.1995; 32(s 1–3):125–139. DOI: 10.1016/0168-8510(95)00731-7.
15. Witter S. and Ensor T. *Health economics for Developing Countries*. The University of York, Centre for Health Economics International Programme. Macmillan, 2000.
16. ვერულავა, თ. ადამიანის ჯანმრთელობა – ეკონომიკური ზრდის საფუძველი. „გლობალიზაციის გამოწვევები ეკონომიკასა და ბიზნესში“, საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციის შრომათა კრებული. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა, 2016.

Medical Market: Information and Incentives

Tengiz Verulava,

Doctor of Medicine, Professor

Director of Health and Insurance Institute, Ilia State University

The article reviews the characteristics of the medical market. The difference between the medical market and the usual market is substantiated. The main signs of the medical market are: risks and uncertainty, incomplete information (asymmetry of information), market power, limited competition, external effects, public good. If health and health care equity are desirable features, there might be need for government intervention because these qualities are not easily attained through the market. Government involvement in health care is often necessary because there are many market failures in health care and the market is not always able to correct such failures.

Keywords: Health economics; Ideal market; Market failure; Perfect competition; Limited competition; Market forces; Equity; Economic efficiency