

UDC33

ე-49

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი
პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტი

Ivane Javakhishvili Tbilisi State University
Paata Gugushvili Institute of Economics

ეკონომისტი

ekonomisti



3

ტომი-volume

XIV

2018

ჯანდაცვის ეკონომიკა
ECONOMIC OF HEALTHCARE

თენგიზ ვერულავა

მედიცინის აკადემიური დოქტორი,

ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი

ნინო ბესიაშვილი

ბიზნესის ადმინისტრირების მაგისტრი ჯანდაცვის მენეჯმენტში

მირიან თოდრია

ბიზნესის ადმინისტრირების მაგისტრი ჯანდაცვის მენეჯმენტში

ზვიად ლობჯანიძე

ბიზნესის ადმინისტრირების მაგისტრი ჯანდაცვის მენეჯმენტში

არამომგებიანი საავადმყოფოების განვითარების პრობლემები
საქართველოში

რეზიუმე. მსოფლიოში სამედიცინო დაწესებულებების ყველაზე გავრცელებული ორგანიზაციული ფორმა არაკომერციული (არამომგებიანი) იურიდიული პირი, რაც სამედიცინო ბაზრის თავისებურებებითაა განპირობებული. საქართველოში არამომგებიანი სამედიცინო დაწესებულებების რადენობა ერთ ათეულსაც ვერ აღწევს, კერძო მომგებიან სამედიცინო ორგანიზაციებს კი სამედიცინო ბაზრის თითქმის 90% უკავიათ. ჩატარებული კვლევის შედეგად, რომლის მიზანს შეადგენდა საქართველოში არამომგებიანი საავადმყოფოების განვითარების ხელის შეშლელი ფაქტორების შესწავლა, გამოვლინდა, რომ არ არსებობს სამედიცინო ორგანიზაციების არამომგებიანი სახით ფუნქციონირების საკმარისი მოტივაცია. მიუხედავად იმისა, რომ სავადასახადო კოდექსში გათვალისწინებულია სავადასახადო შეღავათები. მისი მხოლოდ ჩანაწერის სახით არსებობა ვერ უზრუნველყოფს მაქსიმალურ შედეგს. კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, საჭიროა სავადასახადო კოდექსში არამომგებიანი საავადმყოფოების მიმართ გათვალისწინებული სავადასახადო შეღავათების დახვეწა და მსოფლიო გამოცდილების გათვალისწინება. მიზანშეწონილია, არამომგებიანი საავადმყოფოების როლის გაზრდა საქართველოს სამედიცინო ბაზარზე.

საკვანძო სიტყვები: არამომგებიანი საავადმყოფო; სამედიცინო ბაზარი; სახელმწიფო საავადმყოფო, მომგებიანი საავადმყოფო.

შესავალი

სამედიცინო ბაზარი მოითხოვს სამედიცინო დაწესებულებების სხვადასხვა ორგანიზაციული ფორმის არსებობას [ვერულავა, 2017]. აქ ყველაზე გავრცელებული ორგანიზაციული ფორმა არაკომერციული (არამომგებიანი) იურიდიული პირი. ხშირად, სიტყვა „არამომგებიანის“ არასწორ ინტერპრეტაციას ახდენენ და წარმოგვიდგენენ ისეთ ორგანიზაციად, რომელიც არ ეწევა მომგებიან საქმიანობას. კერძო მომგებიანი და არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციები ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან მიღებული მოგების განაწილების მექანიზმით. კერძოდ, არამომგებიან საავადმყოფოებში, მომგებიან საავადმყოფოებისგან განსხვავებით, მოგების განაწილება არ ხდება მესაკუთრეებზე ან აქციონერებზე. არაკომერციულ საავადმყოფოებს მართავენ საბჭოები, რომლებიც შედგება ექიმებისა

და საზოგადოების წარმომადგენლებისაგან. მათი საქმიანობით მიღებული მოგება კი ნაწილდება სამედიცინო სერვისების ხარისხის გაუმჯობესებაზე, ახალი სადიაგნოსტიკო მოწყობილობა-დანადგარების შექმნაზე, სამედიცინო პერსონალის ხელფასის გაზრდაზე [Feldstein, 2011].

არაკომერციული საავადმყოფოების უპირატესი განვითარება აღინიშნება როგორც ევროპის ქვეყნებში, ასევე აშშ-ში. ევროპის ქვეყნებში არაკომერციული სამედიცინო ორგანიზაციები შეადგენს 70-80%-ზე მეტს, ხოლო აშშ-ში - 57%-ს [AHA, 2007].

საქართველოში სამედიცინო დაწესებულებების მხოლოდ ორი ფორმა არსებობს - საავადმყოფოთა 88.6% კერძო, მომგებიანი (მათ შორის 42% სადაზღვევო კომპანიებს ეკუთვნის, ფიზიკურ პირებს - 29 %, სხვა ტიპის კომპანიებს - 18.4%), ხოლო 8% - სახელმწიფო ორგანიზაციებია [სგ-ს, 2012; ვერულავა, 2017ა; ვერულავა, 2017ბ].

არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორები

არაკომერციული საავადმყოფოების უპირატესობა დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ შუა საუკუნეებიდან მათ ჩამოყალიბებაში უდიდესი წვლილი მიუძღვით რელიგიურ ორგანიზაციებს და ადგილობრივ სათემო გაერთიანებებს [ვერულავა, 2017ა]. ისინი ეხმარებოდნენ მოსახლეობის ღარიბ ფენებს, ობლებს, ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებს. მოსახლეობის ამ ნაწილს ბინაზე არ გააჩნდა მკურნალობისათვის სათანადო სანიტარიულ-ჰიგიენური პირობები, რაც მოითხოვდა საავადმყოფოების აშენებას და შენახვას. ღარიბთაგან განსხვავებით, მდიდარ ფენას თავის სასახლეში ჰყავდა კარის ექიმები და საავადმყოფოებს არ საჭიროებდა. ამრიგად, როგორც ევროპის ქვეყნებში, ასევე აშშ-ში, არამომგებიანი საავადმყოფოები თავიდანვე შეიქმნა ღარიბთათვის სამედიცინო მომსახურების გასაწევად, რომელთა დაფინანსების უმთავრესი წყარო იყო საქველმოქმედო შემოწირულობები [Sloan, 2000; Grobman, 2008].

XX საუკუნის დასაწყისში სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარებამ ხელი შეუწყო საავადმყოფოს ისეთი სახით ჩამოყალიბებას, როგორც იგი დღეისთვის არსებობს. შეიქმნა როგორც გადაუდებელი, ასევე გეგმური სამედიცინო მომსახურების საავადმყოფოები, სამკურნალო-სარეაბილიტაციო ცენტრები. აღნიშნულის შედეგად შეიცვალა საავადმყოფოების როლი. საავადმყოფო გახდა სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის, პაციენტთა სათანადო დონეზე მკურნალობის ადგილი [Verulava, 2018].

საავადმყოფოს ფუნქციის შეცვლასთან ერთად, შეიცვალა საავადმყოფოთა დაფინანსების მექანიზმები. თუ წინათ საქველმოქმედო ფონდები, შემოწირულობები იყო საავადმყოფოს შემოსავლების მნიშვნელოვანი წყარო, შემდგომ პერიოდში გაიზარდა პაციენტების მიერ გადახდილი ხარჯების, ასევე სახელმწიფოს და კერძო დაზღვევის წილი. ასე გადაიქცა საქველმოქმედო საავადმყოფოები არამომგებიან, ანუ არაკომერციულ საავადმყოფოებად.

გარდა იმისა, რომ დასავლეთის ქვეყნებში არაკომერციული საავადმყოფოები ხელშემწყობ ისტორიულ გარემოში განვითარდა, არანაკლები როლი ითამაშა სახელმწიფოს მხარდაჭერამ. რადგანაც არამომგებიანი საავადმყოფოები ემსახურება ღარიბ და დაბალშემოსავლიან პაციენტებს, მათი საქმიანობა განიხილება როგორც საქველმოქმედო. შესაბამისად, მათი შემოსავალი და ქონება უმთავრესად გათავისუფლებულია სახელმწიფო გადასახადებისგან [Verulava, 2018].

ევროპასა და აშშ-ში არამომგებიანი საავადმყოფოების ფართოდ გავრცელებას ხელი შეუწყო საზოგადოების მხრიდან არსებულმა ნდობის ფაქტორმა. სამედიცინო ბაზარზე პაციენტის ნაკლებად ინფორმირებულობის გამო განსაკუთ-

რებული მნიშვნელობა ენიჭება ნდობაზე დაფუძნებულ ურთიერთობას. პაციენტები უპირატესობას ანიჭებენ არამომგებიან საავადმყოფოებს, რადგან სიტყვა “მოგება” მათთვის არის სიგნალი, რომელიც უარყოფს ნდობით ურთიერთობებს [Arrow, 1963]. შესაბამისად, მომგებიანთან შედარებით, პაციენტები უფრო ენდობიან არამომგებიან საავადმყოფოებს, რადგან ეს უკანასკნელი არ არის დაინტერესებული მოგების მიღებით და არ ცდილობს პაციენტის არაინფორმირებულობის ხარჯზე მიიღოს ფინანსური სარგებელი [Norton, 1994; Hansmann, 1980].

გარდა ამისა, არამომგებიანი საავადმყოფოს საქმიანობას ზედამხედველობს საზოგადოება, სადაც ექიმებს უფრო მეტი შესაძლებლობა აქვთ, დამოუკიდებლად განსაზღვრონ საავადმყოფოს პოლიტიკა, შეიძინონ მათთვის სასურველი სამედიცინო მოწყობილობა-დანადგარები, მომგებიანი საავადმყოფოებისგან განსხვავებით, პაციენტებს დაბალ ფასად მიაწოდონ ძვირადღირებული სერვისები. შესაბამისად, არამომგებიანი საავადმყოფოები გაცილებით მეტად შეესაბამება ექიმების ფინანსურ ინტერესებს [Gruber, 1994].

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

საზოგადოებაში გარცელებული შეხედულებით, კერძო, მომგებიანი ორგანიზაცია ყოველთვის ასოცირდება სამედიცინო მომსახურების უფრო უკეთეს ხარისხთან. თუმცა, კვლევები ადასტურებს, რომ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხის თვალსაზრისით, მომგებიან და არამომგებიან საავადმყოფოებს შორის მნიშვნელოვანი განსხვავება არ შეინიშნება [Walker, 2005].

არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარება საქართველოში

მეცხრამეტე საუკუნეში და მეოცე საუკუნის დასაწყისში ბევრმა ქართველმა მეცენატმა დააარსა არამომგებიანი საავადმყოფოები. თბილისში, წმ. ანდრია პირველწოდებულის სახელობის ტაძართან არსებული ლაზარეთი და წმინდა ნინოს სახელობის ლაზარეთი არამომგებიან სამედიცინო ორგანიზაციებს წარმოადგენდა. მათი დაფინანსების ძირითად წყაროს შეადგენდა სამოქალაქო და საეკლესიო შემოწირულობები. 1903 წელს ცნობილმა მეცენატმა და ქველმოქმედმა არამიანცმა 100 000 მანეთი შესწირა არამიანცის საავადმყოფოს მშენებლობას, რომელიც საბოლოოდ 1909 წელს გაიხსნა და 1921 წლამდე არამომგებიანი კლინიკის სტატუსით ფუნქციონირებდა. საავადმყოფოს მოწყობილობა-დანადგარებით აღჭურვას, სამედიცინო პერსონალის ჯამაგირს თუ სხვა ხარჯებს მეცენატი თავად ფარავდა. ძმებმა ზუბალაშვილებმა მე-19 საუკუნის 80-იან წლებში თბილისში პირველი პედაიატრიული კლინიკა ააშენეს და უსასყიდლოდ გადასცეს ქალაქს.

1921 წლიდან, საბჭოთა რუსეთის მიერ საქართველოს ოკუპაციის შედეგად, არამომგებიანი საავადმყოფოები გადაკეთდა სახელმწიფო საკუთრებაში მყოფ სამედიცინო ორგანიზაციებად. შედეგად, საბჭოთა პერიოდში საქართველოში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის მხოლოდ ერთი ფორმა იყო განვითარებული. დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, 1990-იან წლებში სახელმწიფო საავადმყოფოების უმეტესი ნაწილი გაიყიდა და გადაკეთდა კერძო მომგებიან საავადმყოფოებად [Verulava, 2018; ვერულავა, 2017]. ამრიგად, საბჭოთა პერიოდში მოყოლებული, საქართველოში არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციები ვერ განვითარდა.

არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების საგადასახადო შეღავათები

დასავლეთის ქვეყნებში არაკომერციული საავადმყოფოების განვითარებას ხელი შეუწყო მათი შემოსავლებისა და ქონების გათავისუფლებამ სახელმწიფო გადასახადებისგან.

საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი გვაძლევს არაკომერციული ორგანიზაციის განმარტებას: „ორგანიზაცია, რომლის მიზანი არ არის სამეწარმეო საქმიანობა და მისი ფუნქციონირების ძირითადი მამოტივირებელი ფაქტორი არ არის მატერიალური მოვების მიღება, არის არასამეწარმეო (არაკომერციული) იურიდიული პირი“.

საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის მიხედვით: „*არასამეწარმეო იურიდიული პირის შექმნისა და ფუნქციონირების დანიშნულება, პირველ ყოვლისა, არის არაკომერციული ხასიათის საქმიანობა და რაიმე განსაზღვრული მიზნის მისაღწევად მოქმედება. ასეთი ორგანიზაციები, ძირითადად, საზოგადოებისათვის სასარგებლო შედეგების მიღებისთვის იქმნება. ზოგადად კი, არასამეწარმეო იურიდიული პირის საქმიანობის მიზანი შეიძლება იყოს ნებისმიერი რამ, რაც კანონით არ არის აკრძალული და არ ეწინააღმდეგება მოქმედ სამართალს“.* (საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის 33-ე მუხლის მე-2 ნაწილი) კანონი თავისი არსით ითვალისწინებს არამომგებიანი ორგანიზაციის მთავარ პრინციპს, რაც მოვების რეინვესტირებას გულისხმობს. კერძოდ კი, დამფუძნებელს ან დამფუძნებელთა ჯგუფს არ აქვთ უფლება, ორგანიზაციის მოგება დივიდენდის სახით გაიტანონ.

საქართველოს საგადასახადო კოდექსის მიხედვით, დღგ-საგან გათავისუფლებულია სამედიცინო მომსახურება, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული ნებისმიერი ღონისძიებები (საქართველოს საგადასახადო კოდექსი, მუხლი 226). გადასახადით არ იბეგრება სამედიცინო საქმიანობისათვის გამოყენებული სამედიცინო დაწესებულებათა ქონება და ასევე სამედიცინო დაწესებულებების (მიუხედავად ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმისა) სამედიცინო საქმიანობიდან მიღებული მოვების ის ნაწილი, რომელიც მოხმარდება რეინვესტირებას (დაწესებულების რეაბილიტაცია, ტექნიკური ბაზის უზრუნველყოფა) და თანამშრომელთა მატერიალურ წახალისებას (საქართველოს საგადასახადო კოდექსი, თავი XIII, მოვების გადასახადი, მუხლი 97).

მიუხედავად იმისა, რომ არასამეწარმეო იურიდიული პირი, თავისი არსით, არ შეიძლება იყოს კომერციულ საქმიანობაზე ორიენტირებული, მას უფლება აქვს, ეწეოდეს დამხმარე ხასიათის სამეწარმეო საქმიანობას. ასეთი საქმიანობიდან მიღებული მოგება უნდა მოხმარდეს არასამეწარმეო (არაკომერციული) იურიდიული პირის მიზნების რეალიზებას და მისი განაწილება არასამეწარმეო იურიდიული პირის დამფუძნებლებს, წევრებს, შემომწირველებს, აგრეთვე ხელმძღვანელობისა და წარმომადგენლობითი უფლებამოსილების მქონე პირებს შორის დაუშვებელია [Verulava, 2018].

საქართველოს საგადასახადო კოდექსის თანახმად, საწარმოო სტატუსის მქონე ორგანიზაციებისათვის 2017 წლამდე დაწესებული იყო მოვების გადასახადი, რომელიც შეადგენდა მოვების 15%-ს. 2015 წელს მთავრობის წარმომადგენლების მიერ დაანონსდა მნიშვნელოვანი ცვლილება საგადასახადო კოდექსში, რაც გულისხმობდა მოვების გადასახადის ესტონური მოდელის დაწერვას, რომლის ამოქმედებაც 2017 წლის 13 იანვრის ბრძანება №9-ის საფუძველზე მოხდა. ესტონეთში 2000 წელს განხორციელებული რეფორმის მიხედვით, მოვების გადასახადით (არსებული 21 %-ით), აღარ იბეგრება რეინვესტირებული მოგება. საქართველოს კანონმდებლობაში გატარებული ცვლილების შედეგად რეინვესტირებული მოგება თავისუფლდება ყოველგვარი მოვების გადასახადისაგან. აღნიშნული საგადასახადო შედავათებით 2017 წლამდე სარგებლობდნენ მხოლოდ არამომგებიანი ორგანიზაციები. საკანონმდებლო ცვლილების შემდეგ კი სამეწარმეო ორგანიზაციებსაც მიეცათ აღნიშნული შედავათით სარგებლობის

უფლება.

ამგვარად, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად, საგადასახადო საშეღავათო სისტემის მხრივ, არამომგებიანი ორგანიზაციები, არაფრით განსხვავდება მომგებიანი ორგანიზაციებისაგან.

კვლევის მიზანია, გავარკვიოთ, თუ რატომ განვითარდა მსოფლიოში უპირატესად არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციები; რამ განაპირობა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში უმთავრესად მომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების არსებობა, რამდენად სასურველი გარემოა შექმნილი საქართველოში არამომგებიანი საავადმყოფოების განვითარებისთვის.

მეთოდოლოგია

კვლევის ფარგლებში განხორციელდა საქართველოში ამჟამად მოქმედი არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების შესწავლა. ქვეყანაში მოქმედი არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების მცირე რაოდენობის გამო კვლევის არეალი შეზღუდული აღმოჩნდა და მოიცავდა მხოლოდ სამ კლინიკას: ნარკოლოგიური ცენტრი „ურანტი“, ჯო ენის სახელობის სამედიცინო ცენტრი და ქართულ-ფრანგული სამედიცინო ცენტრი „კახეთი-იონიკა“.

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების შენეჯერება და ექსპერტებთან განხორციელდა ჩადრმავებული ინტერვიუ. ინტერვიუ წარმოებდა წინასწარ შედგენილი ნახევრად სტრუქტურირებული კითხვარის მეშვეობით. ინტერვიუ ვერბალური ტიპის იყო და, რესპონდენტების თანხმობით, სიზუსტისა და დეტალებზე ორიენტაციის მიზნით მოხდა მათი ჩაწერა.

სამივე ინტერვიუ განსხვავებულ, ხშირ შემთხვევაში ურთიერთგამომრიცხავ პასუხებს შეიცავდა, რაც კვლევის პროცესს უფრო საინტერესოს ხდიდა და რამაც სერიოზული დასკვნების გაკეთების შესაძლებლობა მოგვცა არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების საქართველოში ფუნქციონირების სპეციფიკის დასადგენად, ხელის შემშლელი ფაქტორების გამოსაკვეთად და პრობლემების მოგვარების გზების დასასახად.

შედეგები, დისკუსია

ნარკოლოგიური ცენტრი „ურანტი“ დაარსდა 2013 წელს როგორც არასამთავრობო ორგანიზაცია. მას მართავს გამგეობა, რომელსაც ჰყავს თავმჯდომარე. გამგეობაში შედიან კლინიკური, ფინანსური და გენერალური დირექტორები, ასევე ხარისხის მართვის მენეჯერი და სხვა ადმინისტრაციული პერსონალი. გამგეობის გადაწყვეტილებებს კონტროლს უწევს ზედამხედველობის საბჭო, რომელიც ასევე განაგებს ფინანსური რესურსების განაწილებასაც. კლინიკას არ გააჩნია ერთპიროვნული მმართველი, თუმცა მთავარი ადმინისტრატორია გამგეობის თავმჯდომარე. გამგეობის თავმჯდომარე პერიოდულად იცვლება.

როგორც ინტერვიუში გამოიკვეთა, მესაკუთრეობის სხვა ფორმებთან შედარებით არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაცია არ იხდის დღგ-ს და შედარებით მაღალია სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურება. ხარჯების 70% მოდის სამედიცინო პერსონალის ხელფასებზე, 15% - ადმინისტრაციულ პერსონალზე, დაახლოებით 10% კომუნალურ ხარჯებზე, ხოლო დანარჩენი 5% რჩება მოგების სახით, რომელიც იხარჯება ინფრასტრუქტურის განვითარებაში, სარემონტო სამუშაოებში, მოწყობილობა-დანადგარების განახლებაში, სამედიცინო პერსონალის ტრენინგებში. იმ შემთხვევაში, როდესაც ვერ ხერხდება მოგების რეინვესტირება, საქართველოში მოქმედი ყველა დაწესებულების მსგავსად, ნარკოლოგიური ცენტრი წლის ბოლოს იხდის მოგების გადასახადს.

ნარკოლოგიური ცენტრის დაფინანსების უმთავრესი წყაროა სახელმწიფო პროგრამები. ცენტრს გააჩნია რამდენიმე განყოფილება – სტაციონარი, ამბულატო-

რია და ჩანაცვლებითი თერაპიის განყოფილება. ამბულატორიას თვეში დაახლოებით 18000 პაციენტი მიმართავს, ხოლო სტაციონარს - წელიწადში დაახლოებით 200 პაციენტი. მაღალი ამბულატორიული მიმართვიანობა გამოწვეულია იმით, რომ ცენტრს თავისი მუდმივი კონტინგენტი ჰყავს, რომელიც პერიოდულად მიმართავს მას. სტაციონარის ნაკლები დატვირთვა დაკავშირებულია მის მცირე ზომასთან.

ცენტრის ფუნქციონირებაში მთავარ ხელის შემშლელ ფაქტორად დასახელდა არამომგებიანი ორგანიზაციების მიმართ სახელმწიფოს უარყოფითი დამოკიდებულება და მათი განვითარების ხელშეწყობის ნაცვლად ხელოვნური ბარიერების შექმნა. როგორც ინტერვიუდან ირკვევა, სახელმწიფო ნეგატიურად არის განწყობილი ცენტრის თანამშრომლების მაღალი ხელფასის გამო. სახელმწიფო სამედიცინო ორგანიზაციებისაგან განსხვავებით, ცენტრის ადმინისტრაციული ხარჯები დაბალია. შესაბამისად, ცენტრი ცდილობს გაზარდოს სამედიცინო პერსონალის ხელფასები. ეს, თავის მხრივ, არაკონკურენტუნარიანს ხდის სახელმწიფო სექტორს, რის გამოც სახელმწიფო, იმის მაგივრად, რომ სახელმწიფო სამედიცინო ორგანიზაციების სერვისების ხარისხის ამაღლებაზე იზრუნოს, ყველანაირად ცდილობს, არახელსაყრელი პირობები შეუქმნას არამომგებიან სამედიცინო ორგანიზაციას. ინტერვიუერის განცხადებით, ამით სახელმწიფო ხელს უშლის სამედიცინო ორგანიზაციებს შორის ჯანსაღ კონკურენციას.

სახელმწიფოს მხრიდან ცენტრის ფუნქციონირებაში უხეში ჩარევის მაგალითია ცენტრში მეთადონით ჩანაცვლებითი მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამის შეწყვეტა. თუმცა, მიუხედავად იმისა, რომ პაციენტების უმრავლესობას უფასო სახელმწიფო პროგრამით ურჩევენია მკურნალობა, ცენტრს მაინც თავისი მრავალრიცხოვანი კონტინგენტი ჰყავს.

რესპონდენტის აზრით, საქართველოში არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარებას ხელს უშლის მოუქნელი საკანონმდებლო სისტემა. ჯანდაცვის სამინისტრო არ ინტერესდება აღნიშნული პრობლემით, შესაბამისად, უნდა ვივარაუდოთ, რომ სახელმწიფო არ არის დაინტერესებული არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარებით.

ამგვარად, რესპონდენტის აზრით, პოლიტიკური, საკანონმდებლო, სოციალური და კულტურული ფაქტორებიდან გამომდინარე, საქართველოში არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარებისათვის არ არსებობს ხელშეწყობი პირობები, უფრო მეტიც, მისი ფუნქციონირება დიდ რისკთანაა დაკავშირებული. აღნიშნული ხელის შემშლელი ფაქტორების გამო, ცენტრი ფიქრობს რომ შპს-დ გადაკეთდეს. რესპონდენტის აზრით, საქართველოში არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარებისთვის საჭიროა ძირეული სისტემური და საკანონმდებლო ცვლილებები.

ჯო ენის სახელობის სამედიცინო ცენტრი საქართველოში მოქმედ არამომგებიან სამედიცინო ორგანიზაციებს შორის ყველაზე დიდი ისტორიის მქონე და, ამავდროულად, ერთ-ერთი წარმატებულია. ცენტრი 1996 წლის 16 სექტემბერს დაარსდა ცნობილი ამერიკელი მსახიობის ჯო ენ მაქგოვენის ხელშეწყობით. საქართველოში იმ დროისათვის არ არსებობდა სრულფასოვანი ბავშვთა კარდიოქირურგიული ცენტრი. ქართველი კარდიოქირურგის ირაკლი მეტრეველის და ჯო ენის შეხვედრის შემდეგ გაჩნდა იდეა, საქართველოში ჩამოყალიბებულიყო არამომგებიანი სამედიცინო ცენტრი, რომლის პროფილიც იქნებოდა კარდიოლოგია და კარდიოქირურგია. ცენტრის შექმნასა და სათანადო სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებაში განსაკუთრებული წვლილი შეიტანა აშშ-ის საქველმოქმედო ორგანიზაციებმა, მათ შორის ორგანიზაცია „ლობალ ჰეალთინგ“-მა. 1996 წლის 23 სექტემბერს ჯო ენ მაქგოვენი, საქართველოში მისივე სახელობის ცენტრის გახსნიდან ზუტად ერთ კვირაში ინსულტის დიაგნოზით გარდაიცვალა. მის მიერ დაარსებული ცენტრი საქართველოში დღესაც წარმატებით ფუნქციონირებს.

ცენტრს ჰყავს 5 დამფუძნებელი როგორც საქართველოს, ასევე აშშ-ის მოქალაქეები. ისინი დღემდე მონაწილეობენ ცენტრის მართვაში. ერთ-ერთი დამფუძნებლის, ქალბატონ ჯო ენ მაქგოვენის გარდაცვალების შემდეგ, უფლებამოვალეობები მემკვიდრეობით გადაეცა მის შვილს. მეორე დამფუძნებელი ქართველი კარდიოქირურგია, რომელიც დღესაც თავის პროფესიულ მოვალეობას ასრულებს ცენტრში. მესამე დამფუძნებელი ქართველი ფინანსისტი, რომელიც განაგებს ადმინისტრაციულ საკითხებს. აღნიშნული ჯგუფი იღებს ცენტრის ძირითად სტრატეგიულ გადაწყვეტილებებს. დამფუძნებელთა საბჭო ნიშნავს ცენტრის გენერალურ დირექტორს, რომელიც პასუხისმგებელია ცენტრის მმართველობაზე. მის ყოველდღიურ საქმიანობაში საბჭო არ ერევა, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც მისაღებია ისეთი მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებები, როგორცაა ახალი სამედიცინო აპარატურის შესყიდვა, დამატებითი განყოფილების გახსნა და ა.შ.

ცენტრის დაფინანსების წყაროებია დონორი ორგანიზაციების შემოწირულობები და ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები: საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა და რეფერალური მომსახურების სახელმწიფო პროგრამა. რეფერალური მომსახურების სახელმწიფო პროგრამით ხდება ბაჟშვთა თანდაყოლილი მანკებისა და სხვა პათოლოგიების სახელმწიფოს მიერ 100%-ით დაფინანსება. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით ხდება მოზრდილთა სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება. ორგანიზაციის მთლიან შემოსავლებში საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის წილი შეადგენს 80%-ს. დანარჩენი 20% შეადგენს პაციენტების პირდაპირ გადახდებს და სადაზღვევო კონპანიების მიერ გადახდილ თანხებს.

ამჟამად კლინიკაში ტარდება ბაჟშვთა და მოზრდილთა კარდიოლოგიური პროფილის ყველა მანიპულაცია და ოპერაცია, გარდა გულის გადანერგვისა. 2017 წლის მონაცემებით, ცენტრს ამბულატორიულად მიმართა 18 528 ბენეფიციარმა. მათგან ცენტრს პირველად მიმართა 5028 პაციენტი. პირველადი მიმართვიანობის ასეთი მაღალი მაჩვენებელი მიუთითებს ცენტრის მიმართ ნდობაზე.

მიღებული მოგება მთლიანად რეინვესტირდება სამედიცინო ორგანიზაციის განვითარებაში. დამფუძნებელთაგან სამი ამავე კლინიკაშია დასაქმებული სხვადასხვა პოზიციაზე. შესაბამისად, მათი დაფინანსება ხორციელდება მხოლოდ კუთვნილი ხელფასის სახით. მოგება ნაწილდება ახალი სამედიცინო აპარატურის შესყიდვაზე, პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებაზე, ხელფასის გაზრდაზე, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლების ღონისძიებებზე. სამედიცინო და ადმინისტრაციული პერსონალის სახელფასო ფონდზე იხარჯება მთლიანი შემოსავლის დაახლოებით 55%. თუმცა, ცენტრი მართვის აგრომატიზებული სისტემების დანერგვის ხარჯზე ცდილობს ადმინისტრაციული რესურსების შემცირებას.

ცენტრში დასაქმებული პერსონალის ხელფასი სახელმწიფოს მიერ ჩვეულებრივ იბეგრება 20%-ით. ცენტრის სამედიცინო პერსონალის ხელფასი აღემატება სხვა, იმავე პროფილის სამედიცინო ორგანიზაციის პერსონალის ხელფასს. სამედიცინო ცენტრი არ ცდილობს გაზარდოს მოგება ადამიანური რესურსების ხელოვნური შემცირების ხარჯზე. ცენტრის რეანიმაციულ განყოფილებაში ერთ პაციენტს 24 საათის განმავლობაში ერთი ექთანი უწევს მეთვალყურეობას. მაშინ, როდესაც სხვა სამედიცინო ორგანიზაციებში ერთი ექთანი მთავალყოფილებაში შედის 3-4 და ზოგჯერ მეტი პაციენტის მეთვალყურეობა. ამჟამინდელი საგადასახადო კოდექსი არ უზრუნველყოფს არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციისათვის საგადასახადო შეღავათებს.

ცენტრი ცდილობს თავისი წვლილი შეიტანოს პერსონალის კვალიფიკაციის ამაღლებაში და მათი საქმიანობისათვის არსებული გარემოს გაუმჯობესებაზე. ცენტრი აფინანსებს სამედიცინო პერსონალის კონფერენციებში, ტრენინგებში მო-

ნაწილეობას, მათ უწყვეტ სამედიცინო განათლების ხარჯებს. კვლევის ჩატარების მაგალითისათვის, კვლევის მიმდინარეობისას, სამედიცინო ცენტრმა დააფინანსა ექიმების მონაწილეობა გერმანიაში დაგეგმილ საერთაშორისო კონფერენციაზე, რომელიც ეძღვნება თანდაყოლილი მანკების დიაგნოსტიკებსა და მკურნალობას.

ჯო ენის სამედიცინო ცენტრი საკუთარი სამედიცინო პერსონალის პროფესიული დონის ამაღლებასთან ერთად ცდილობს ახალი თაობების გაზრდასა და მათთვის შესაბამისი განათლების მიღებაში ხელშეწყობას. ცენტრი გეგმავს რეზიდენტურის ჩამოყალიბებას ბავშვთა კარდიოქირურგიასა და ბავშვთა რევმატოლოგიაში, რითაც თავისი წვლილი შეაქვს ახალი კვალიფიციური კადრების აღზრდაში.

ცენტრი მნიშვნელოვან თანხებს გამოყოფს უახლესი სამედიცინო მოწყობილობა-დანადგარების ულტრათანამედროვე ტექნოლოგიით აღჭურვისათვის. ცენტრი გეგმავს ახალი პროფილის სამედიცინო დეპარტამენტების ჩამოყალიბებას.

ცენტრის მთავარ პრობლემად დასახელდა სახელმწიფოს მხრიდან ნაკლები ხელშეწყობა. საგადასახადო კოდექსის თანახმად ცენტრი არ იხდის მოგების და ქონების გადასახადს. თუმცა, სახელმწიფო პროგრამებით განსაზღვრული ნოზოლოგიების დაფინანსება ხორციელდება რამდენიმე წლის წინ დადგენილი ტარიფებით და არ ხდება დოლარის კურსის საგრძნობი ცვლილების გათვალისწინება. ამასთან, ცენტრი საჭირო მასალების (ხელოვნური და ბიოლოგიური სარქველები და ა.შ.) შესყიდვას ახორციელებს დოლარის ვალუტით, ხოლო არსებული ტარიფები ისევ იგივე დარჩა, არ მოხდა მათი გადახედვა. შედეგად, გაიზარდა ცენტრის ხარჯები, რაც უარყოფითად აისახა მის ფინანსურ მდგომარეობასა და საერთოდ განვითარებაზე.

მიუხედავად პრობლემებისა, ჯო ენის სამედიცინო ცენტრი მთელს ამიერკავკასიაში ერთ-ერთ წარმატებულ კლინიკად ითვლება, რომელიც დიდი ავტორიტეტითა და ნდობით სარგებლობს მოსახლეობაში.

ფრანგულ-ქართული სამედიცინო ცენტრი „კახეთი-იონი“ დაარსდა 2006 წელს საფრანგეთის ხელშეწყობით. იგი მრავალპროფილური კლინიკაა. 2016 წელს ცენტრი „ჩი პეპატივის“ ელიმინაციის პროგრამაში ჩაერთო, რისთვისაც გაიხსნა შესაბამისი სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო განყოფილებები. კახეთის რეგიონში მცხოვრებ პირებს შეუძლიათ ჩაიტარონ სკრინინგი „ჩი პეპატიტზე“, ხოლო დიაგნოზის დადასტურების შემთხვევაში კი ადგილზევე ჩაიტარონ მკურნალობა. ცენტრში ფუნქციონირებს შემდეგი განყოფილებები: ზოგადი ქირურგია, ლაბორატორია, სადიაგნოსტიკო განყოფილება, ოფთალმოლოგია, ოტორინოლარინგოლოგია, გინეკოლოგია, ონკოლოგია, პედატოლოგია და ა.შ.

ცენტრის დამფუძნებელია ფრანგი სენატორი ანრი დერენკური. მას მართავს საბჭო, რომელიც დაკომპლექტებულია ქართველი და ფრანგი წარმომადგენლებით. კლინიკისთვის მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებების მიღებას საბჭო ახორციელებს. ცენტრი გეგმავს ტელემედიცინის განვითარებას და ახალი სადიაგნოსტიკო აპარატურის შექმნას.

დასკვნა, რეკომენდაციები

სამედიცინო ბაზარი მოითხოვს სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის მრავალი ფორმის არსებობას, სადაც წარმოდგენილია როგორც კერძო არაკომერციული, ასევე კერძო მომგებიანი, სახელმწიფო და სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული ორგანიზაციები.

საქართველოს ბაზარზე არამომგებიანი (არაკომერციული) ორგანიზაციები საკმაოდ მცირედაა წარმოდგენილი. როგორც ჩანს, არ არსებობს საავადმყოფოების და საერთოდ ორგანიზაციების არამომგებიანი სახით ფუნქციონირების საკმარისი მოტივაცია.

მიუხედავად იმისა, რომ საგადასახადო კოდექსში გათვალისწინებულია საგადასახადო შეღავათები, მისი მსოფლოდ ჩანაწერის სახით არსებობა ვერ უზრუნველყოფს მაქსიმალურ შედეგს.

აქვე აღსანიშნავია, რომ 2017 წელს განხორციელებული საკანონმდებლო ცვლილების შედეგად, არამომგებიანი ორგანიზაციები, საგადასახადო საშეღავათო სისტემის მხრივ, არაფრით განსხვავდება მომგებიანი ორგანიზაციებისაგან.

საჭიროა საგადასახადო კოდექსში არამომგებიანი ორგანიზაციების მიმართ გათვალისწინებული საგადასახადო შეღავათების შემდგომი დახვეწა და მსოფლიო გამოცდილების გათვალისწინება. მიზანშეწონილია არამომგებიანი საავადმყოფოების როლის გაზრდა საქართველოს სამედიცინო ბაზარზე.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ვერულავა თ. (2017ა). არამომგებიანი საავადმყოფოების როლი ჯანდაცვის სისტემაში: მსოფლიო გამოცდილება და საქართველო. ეკონომიკა და ბიზნესი. 10 (3), გვ. 100-110.
2. ვერულავა თ. (2017ბ). შეზღუდული კონკურენცია ჯანდაცვის ბაზარზე: გადაწყვეტის გზები. I საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენცია "კონკურენციის პოლიტიკა: თანამედროვე ტენდენციები, გამოწვევები" შრომების კრებული. თბილისი: თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 72-78.
3. ვერულავა თ. (2017გ). სამედიცინო ბაზარი: არსი, სპეციფიკა, სტიმულები. ეკონომიკა და ბიზნესი. 10 (4):73-90.
4. ვერულავა თ. (2017დ). ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკა სამხრეთ კავკასიის რეგიონში: შედარებითი ანალიზი, შეფასება. II საერთაშორისო კონფერენციის „პოლიტიკა კავკასიის გარშემო“ შრომათა კრებული. თბილისი. თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, 101-116.
5. საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო (სგ-ს). (2012). საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი. თბილისი.
6. AHA, 2007. American Hospital Association. Hospital Statistics. Chicago: AHA.
7. Arrow K. (1963), “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, American Economic Review 43(5): 959-967.
8. Asatiani M., Verulava T. (2017). Georgian Welfare State: Preliminary Study Based on Esping-Andersen’s Typology. Economics and Sociology, 10 (4): 21-28. DOI: 10.14254/2071-789X.2017/10-4/2
9. Feldstein P.J. (2011). Health Policy Issues: An Economic Perspective, Fourth Edition Chicago AUPHA press.
10. Grobman G.M. (2008) The Nonprofit Handbook: Everything You Need to Know to Start and Run Your Nonprofit Organization (Paperback), White Hat Communications
11. 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.

12. Hansmann H. B. (1980), “The role of the nonprofit enterprise”, *Yale Law Review Journal* 39:835-901.
13. Norton E., Staiger. (1994). How Hospital Ownership Affects Access to Care for Nonprofits Different? *Health Affairs* 18. (3): 167-73.
14. Sloan F. (2000). “Not-for-Profit Ownership and Hospital Behavior. New York North-Holland Press.
15. Verulava T., Jorbenadze R. Dangadze B. (2018) The Role of Non-Profit Organizations in Healthcare System: World Practice and Georgia. *Georgian Medical News*. 278(1):178-182.
16. 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.
17. 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.

Tengiz Verulava

*Doctor of Medicine, Professor of Ilia State University,
Head of Public Health and Insurance Institute*

Nino Besiashvili,

Master of Business Administration in Healthcare Management

Mirian Todria,

Master of Business Administration in Healthcare Management

Zviad Lobzhanidze

Master of Business Administration in Healthcare Management

NONPROFIT MEDICAL ORGANIZATIONS IN GEORGIAN HEALTHCARE SYSTEM

Expanded Summary

There are several forms of ownership of medical organizations: Nonprofit, For-profit, State-owned, Public-private partnership. Such diversity is mostly due to the particularities of the medical market. However, there are predominantly two forms of ownership in Georgia – for-profit and state-owned.

The most widespread form of ownership of health care organizations is the nonprofit one. In Europe, nonprofit hospitals make more than 70-80% of the hospitals. Similarly, in US, 57% of the hospitals are nonprofit, while 26% are state-owned (public) and private for-profit hospitals represent only 17%. Most of the physicians have private practice in profit and nonprofit hospitals.

Contrary to the above-mentioned, only two forms of ownership has developed in Georgia. But, we should not disregard one important fact: before sovietization of Georgia, charity hospitals existed in Georgia as well. For example, in Tbilisi, on the place where the former 9th hospital was situated, stood an infirmary next to the church of Andrew the Apostle, where the famous Georgian poet Vazha Pshavela passed away. The mentioned infirmary, like other infirmaries of the time, was a nonprofit hospital. After 1921, with the eventual soviet occupation of Georgia, nonprofit hospitals became state-owned healthcare organizations [4]. As a result, during the soviet period, there was only one form of ownership in Georgia – state ownership. After regaining independence, private hospitals were added as well. Thus, at

present, there are only two extremely radical forms of ownership of health care organizations in Georgia – state-owned and private [5, 6].

Hence, we can say that since soviet times, Georgia has been off the path, which the European countries took in terms of developing the health care system (forms of ownership of healthcare organizations is one of the characteristics of the health care system).

According to data from 2013, 88,6% of the hospitals are private for-profit, among which 42% is owned by insurance companies, 29% by individuals, 18,4 by other types of companies and 8% is state-owned. More than 80% of hospitals are owned by three private insurance companies (Aldagi, GPI- holding, and Aversi/alfa). Private Insurance Company Aldagi owns 49% of the hospitals. Insurance Company GPI-holding owns 255 of hospitals. Insurance Company Alfa owns 17% of hospitals.

It is important to take note of the following problems of the health care sector of Georgia: Most hospitals have fewer than 50 beds (34% of the hospitals have between 11-20 beds; 17% - between 21-30; 41% - between 41-50). According by international experience, a hospital with fewer than 50 beds cannot become for-profit. It is equally important to highlight that certain types of health care services are not profitable; thus, the owners of the hospitals have less interest to fund expensive services. Therefore, insurance companies that own hospitals may not bear expenses for such types of medical service.

Very often, the word ‘nonprofit’ is misinterpreted and it is considered that such organizations do not represent profitable enterprises. As a matter of fact, nonprofit, as well as for-profit, or even the state medical institutions attempt to make a profit. They only differ in the way they distribute the profit. Nonprofit hospitals are managed and run by boards composed of physicians, society representatives, and managers. The profit hospitals are managed by shareholders. To be more precise, nonprofit medical institutions do not distribute the profit to the owners or the shareholders, unlike the for-profit medical institutions. The profit gained by their work is distributed and spent on improvement of medical services that the hospital provides, acquisition of tools and equipment for diagnostics, increasing the salaries of the medical personnel of the hospital.

Besides the historically advantageous environment, nonprofit hospitals in western countries had significant support from the governments. As the non-profit hospitals provide service to poor and low-income patients, their activities are considered to be charity. Therefore, their income and property is exempt from taxes. The tax benefits do not apply to profit hospitals. Furthermore, profit hospitals have no right to receive public donations. Donations are given to the non-profit hospitals to provide medical service to vulnerable population.

In Western Europe and US, trust in nonprofit medical services developed over the years also played a role in the existence of non-profit hospitals. On the medical markets, where consumers are less informed and do not have relevant education on the needs of healthcare services, the great importance is attached to the trust-based relations. The patients tend to trust towards nonprofit hospitals more than for-profit ones, as the latter are not focused on the profit and doesn’t strive to take advantage of the patients’ lack of information.

In addition, the society overlooks the performance and governance of nonprofit hospitals. Their policy is more flexible for implementation of the activities such as provision of expensive medical service. In the non-profit hospitals doctors have more possibilities to independently define the hospital policy, service provision, purchase the need medical equipment and services. Due to this, non-profit hospitals better correspond to the financial interest of doctors. In contrast to this in profit hospitals the gain is basically divided between shareholders and state taxes; thus, the motivation of doctors is rather low. Therefore, the factor of trust, public benefit, and financial interest of doctors is main basis for high number of non-profit hospitals.

The popularity of nonprofit hospitals is evident in certain cases, as 70% of US patients prefer nonprofit hospitals, while only 13% go to for-profit ones. Even the medical personnel prefer the nonprofit hospitals, as the majority of them work in nonprofit health care institutions.

It was mentioned above that one of the reasons contributing to the development of nonprofit hospitals in the Western countries was the exemption from taxes. Thus, according to the internal revenue code/tax code of Georgia, nonprofit organizations, which undertake charity activities benefit from tax privileges. Charity organizations are exempt from corporate income tax.

Despite the fact that an entry about nonprofit entities and their exemption from taxes exists in the internal revenue code of Georgia, sheer existence on paper is not enough for the development of nonprofit hospitals in Georgia. As the nonprofit health care institutions in Georgia are underdeveloped, we can claim that there is a lack of motivation for the existence of such institutions. Further elaboration of tax benefits and privileges in the revenue code is necessary based on European experience. It is expedient to increase the role of nonprofit hospitals on Georgia's health care market.

Different forms of ownership of the medical organizations will increase the competition between different forms of ownerships, which will improve access to health care services. Most importantly, this will bring Georgia closer to the experience of the European countries.