

ჯანდაცვის ეკონომიკის თანამედროვე მოდელები

ელენე მენაბდე-ჯობაძე

ეკონომიკის დოქტორი, სტუ-ს ასოცირებული პროფესორი,

ქეთევან ლაფანაშვილი

სტუ-ს ეკონომიკის სადოქტორო პროგრამის დოქტორანტი

რეზიუმე

ელენე მენაბდე-ჯობაძის და ქეთევან ლაფანაშვილის სტატიაში: „ჯანდაცვის ეკონომიკის თანამედროვე მოდელები“ აღნიშნულია, რომ ჯანდაცვა არასანარმოო ეკონომიკურ სფეროდ ითვლებოდა, რომელიც პროდუქტს არ აწარმოებდა და სახელმწიფო დოტაციაზე იმყოფებოდა. დღეისათვის ეს სფერო განხილულია, როგორც ადამიანთა შრომის წარმოების ზრდის ინსტრუმენტი, რაც ჯანდაცვაზე დახარჯულ თანხებს ეკონომიკური თავსებადობის მართლებს. ჯანდაცვის ეკონომიკის, როგორც დამოუკიდებელი მეცნიერების განვითარებაში, სერიოზული ნაბიჯებია გადადგმული. ამას ხელს უწყობს საბაზრო ურთიერთობები, კომერციული დაწესებულებები და კერძო მომსახურებები. გამოსაკვლევი ობიექტია ეკონომიკური დამოკიდებულებები ჯანმრთელობის მომსახურების სფეროში.

სტატიაში განხილულია საერთაშორისო ჯანდაცვის ეკონომიკის უნივერსალური, კონტინენტალური, სამხრეთული, სკანდინავიური და იაპონური მოდელები.

ჯანდაცვის ორგანიზაციული სისტემის საზღვარგარეთის ქვეყნების გამოცდილებიდან საქართველოსთან მიმართებაში საყურადღებოდ მიჩნეულია იაპონიაში არსებული ჯანდაცვის ორგანიზაციის სისტემა, ჯანდაცვის დაფინანსებასთან დაკავშირებული რისკის გადანაწილების ეფექტიანი მექანიზმით. საქართველოს ჯანდაცვა, ევროპის ქვეყნების მსგავსად, უნდა იყოს შერეული, მრავალკომპონენტიანი სისტემა.

საკვანძო სიტყვები: მაკროეკონომიკა, სახელმწიფო რეგულირება, სახელმწიფო ბიუჯეტი, ეკონომიკური პოლიტიკა, სოციალური პოლიტიკა, მშპ, ჯანდაცვის ეკონომიკა, ეკონომიკური მოდელი, სახელმწიფო დაზღვევა.

SUMMARY

In the article of **Elene Menabde-Jobadze and Ketevan Lapanashvili** “Health Economics Modern Models “ is mentioned that healthcare was considered a non-production economic sphere. Which was not producing the product and was beyond the power of a state to subsidize a business. Nowadays this area is considered as an instrument for increasing human labor production, Which is justified by the economic stimulation of the amount spent on health care. In the development of healthcare as an independent science, serious steps have been taken. This promotes

market relations, commercial establishments and private services. The research object is economic dependence on health care.

The article discusses universal, continental, southern, scandinavian and Japanese models of the international healthcare economy.

From the experience of the healthcare system of foreign countries, the health care system system in Japan is considered to be sensitive to Georgia with an effective mechanism of risk-sharing. The Georgian healthcare, like European countries, should be mixed like a multi-component system.

* * * *

ჯანდაცვა არასანარმოო ეკონომიკურ სფეროდ ითვლებოდა, რომელიც პროდუქტს არ აწარმოებდა და სახელმწიფო დოტაციაზე იმყოფებოდა. დღეისათვის ეს სფერო განხილულია, როგორც ადამიანთა შრომის წარმოების ზრდის ინსტრუმენტი, რაც ჯანდაცვაზე დახარჯულ თანხებს ეკონომიკური თავსებადობის მართლებს. პირველადი ჯანდაცვის სფეროში განხილული ხარჯების დროულად გამოვლენა და პაციენტების ეფექტური დახმარება, ავადმყოფობის გამო შრომის პროდუქტიულობის დროის დანახარჯს ამცირებს. პირველადი ჯანდაცვა ქვეყნის მთლიანი მოსახლეობის ჯანმრთელობის ზრუნვაზე და დაავადების პრევენციაზეა ორიენტირებული. მისი ეფექტურობა კონსტრუქციული მმართველობის ძალისხმევითა და სხვადასხვა სამთავრობო უწყების ერთიანი დახმარებით მიიღწევა. იგი მხოლოდ პაციენტის სამედიცინო მომსახურებით არ შემოიფარგლება, მინიმუმამდე დაყავს შრომისუუნარობის მაჩვენებელი და ზოგავს საავადმყოფო შევებულების თანხებს.

საქართველოში მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება ძირითადად სახელმწიფო პროგრამებით, ასევე სადაზღვევო და შიდა სტანდარტით ხორციელდება. პაციენტთა სრულფასოვანი და ეფექტური მომსახურებისთვის აუცილებელია, მათ მომართვიანობაზე, საინფორმაციო ბაზა არსებობდეს. ამ პროცესებზე ზემოქმედებისათვის აუცილებელია შესაბამისობაში მოვიდეს მოსახლეობის მომსახურების მოთხოვნა და ქვეყნის ჯანდაცვის განსაზღვრული ეკონომიკური შესაძლებლობა. ეკონომიკური ანალიზი და დაგეგმვა მნიშვნელოვანი ფაქტორია ჯანდაცვის ეფექტური ეკონომიკური მართვისთვის.

მნიშვნელოვანია მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნა, რომელიც განსაზღვრავს ჯანდაცვის მიზანს, მის დარგებს და სუბიექტებს. თა-

ვისთავად მართვა ხორციელდება სხვადასხვა სახით, მათ შორის დაგეგმვა და ანალიზი.

დაგეგმვა და ანალიზი ეს არის მართვის საშუალება რომელიც ორიენტირებულია პრობლემის ეფექტურად მოსაგვარებლად ეკონომიკური რესურსისა და მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნას შორის. რა თქმა უნდა ეკონომიკური ანალიზი და დაგეგმვა მჭიდრო კავშირშია ერთმანეთთან. ანალიზით ხდება რეალური მონაცემების შეგროვება და დაგეგმვით მათი უზრუნველყოფა და სადაც შესაძლებელია მათი პრევენცია.

ძირითადი მიზეზი გეგმიურ-ანალიტიკური საქმიანობისა ჯანდაცვაში მდგომარეობს შემდეგში:

1. გეგმიურ-ანალიტიკური საქმიანობის ცვალებადობა დამოკიდებულია სამედიცინო დანესებულებების მოცულობის ზრდა-კლებით და არა მარტო მათი სიმძლავრებით. 2. დამოუკიდებელი ერთეულების ზრდაზე დამოკიდებულება. 3. სამედიცინო დანესებულებების სტრუქტურული დაგეგმარება. 4. სამედიცინო ბაზის გაფართოება, ახალი ტექნოლოგიების შემუშავება.

საბოლოო შედეგი ამ გეგმიურ-ანალიტიკური საქმიანობისა კი არის ეკონომიკური ეფექტურობა მოსახლეობის ჯანმრთელობისა და საზოგადოების შრომითი რესურსების დაცვისთვის. სამედიცინო მომსახურების ხარჯის ეფექტურობა რიგ შემთხვევებში არ არის ეკონომიკური შეფასებისთვის ძირითადი. მაგ.: ტუბდისპანსერის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის, დიაბეტის მართვის ცენტრებისთვის და მრავალი სხვა, რომელთა დაფინანსება სახელმწიფო პროგრამებით არის გაწეული, ძირითადი აქცენტი აღებულია მათ ჯანმრთელობის უზრუნველყოფაზე და პრევენციაზე, რომელიც შემდგომში რა თქმა უნდა, დროულად არ ჩარევის შემთხვევაში, გამოიწვევს როგორც შრომითი რესურსის კლებას, ასევე ჰოსპიტალიზაციას, რაც გაცილებით დიდ ხარჯს მოითხოვს, გარდა მედიკამენტური და სამკურნალო სამედიცინო მომსახურების განვითარების, ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევაში ემატება კვებითი და ჰიგიენური მომსახურების ხარჯები.

თანამედროვე პირობებში ჯანმრთელობის დაცვა უნდა განიხილებოდეს, როგორც სამედიცინო წარმოების კომპლექსი ეკონომიკური რესურსის გამოყენებით. ჯანდაცვა აწარმოებს სამედიცინო მომსახურებას, რომელიც თავისთავად უზრუნველყოფს შრომითი რესურსების წარმოებას. ხოლო თავის მხრივ, საზოგადოებრივი წარმოება წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაცვის წყაროს. სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე კი პირველადი ჯანდაცვის ამბულატორიული მომსახურება არის ძირითადი მექანიზმი დარგის მართვაში. გეგმიურ-ანალიტიკური საქმიანობას ეფუძნება სამედიცინო-პროფილაქტიკური ცენტრების დაგეგმვა-გაფართოებას, რომელთა არსებობა უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების სფეროში მეორე და მესამე საფეხურის ანუ სტაციონირებისა და ოპერირების

ხარჯების გამოთავისუფლებას.

ჯანდაცვის ეკონომიკა, როგორც ეკონომიკის ერთ-ერთი დარგი მე-20 საუკუნის ორმოცდაათიანი წლებიდან იწყებს ხარჯთაღრიცხვას. გამოსაკვლევია ობიექტი არის ეკონომიკური დამოკიდებულებები ჯანმრთელობის მომსახურების სფეროში. სწორედ ამ დროიდან განიხილება ეკონომიკური ეფექტურობა და სხვადასხვა სფეროს საქმიანობა ჯანდაცვაში მინიმალური ფინანსური და შრომითი რესურსების დანახარჯებით.

ჯანდაცვის ეკონომიკის, როგორც დამოუკიდებელი მეცნიერების განვითარებაში, სერიოზული ნაბიჯებია გადადგმული. ამას ხელს უწყობს საბაზრო ურთიერთობები, კომერციული დანესებულებები და კერძო მომსახურებები.

ასევე საბაზრო ურთიერთობების და პირობები განსაღვრავს სხვადასხვა მიმართულებებს ჯანდაცვის სფეროში, როცა უკვე რეალური გახდა სხვადასხვა სახისა და პროფილის კერძო კლინიკების არსებობა, რომლებიც კომერციულ საქმიანობიდან გამომდინარე ორიენტირებული არიან კონკურენტუნარიანობაზე და მოგებაზე, რაც სამედიცინო აღჭურვილობა-მონყობილებებისა და კვალიფიციური შტატების არსებობის აუცილებლობის შედეგია.

რაში მდგომარეობს ჯანდაცვის ეკონომიკის შინაარსი? სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნა, რომელთა მიღება შესაძლებელია განსაზღვრულად შესაბამისი ღირებულებით. საბაზრო ფასის შემცირებით პაციენტს ეძლევა საშუალება მიიღოს მეტი მომსახურება და გამოკვლევები, რაც შესაბამისად ზრდის საერთო მოგების წილს. ჯანდაცვის სერვისებზე მოთხოვნას განსაზღვრავს მრავალი ფაქტორი, გარდა უმთავრესისა, ჯანმრთელობის მდგომარეობა:

1. მოსახლეობის შემოსავლიანობის მაჩვენებელი (რაც მეტია შემოსავალი, მით მეტია მომსახურების რაოდენობა); 2. დემოგრაფიული მდგომარეობა (რაც მეტია მოსახლეობა, მით მეტია მოკითხვიანობა); 3. მოსახლეობის გერიატრიული მაჩვენებელი (რაც მეტია ასაკობრივი ზრდა, მით მეტია პოტენციური პაციენტების რიცხვი); 4. მოდაზე დამოკიდებულება (პლასტიკური მედიცინის სერვისების სიმრავლე).

სამედიცინო მომსახურებების შეთავაზებებზე გავლენას ახდენს შემდეგი ფაქტორები:

1. სამედიცინო აღჭურვილობისა და ტექნიკის განვითარება (ეს არის ის რაც იძლევა ზუსტი დიაგნოსტიკების საშუალებას და მოითხოვს დამატებით სერვისებს, რაც თავისთავად იძლევა მეტი ეკონომიკური სარგებლის მოტანის შესაძლებლობას); 2. ახალი სამედიცინო მომსახურებების გამოჩენა ბაზარზე; 3. სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა (პერსონალის ზრდასთან ერთად მატულობს სერვისების რაოდენობაც); 4. საგადასახადო შეღავათები (იძლევა სფეროს განვითარების პერსპექტივას და საბაზრო ფასის მინიმუმდე შემცირების შესაძლებლობას, რაც თავისთავად სერვისების რაოდენობის ზრდის ალბათობის საფუძველია).

განვიხილოთ ჯანდაცვის ეკონომიკის მართვის სამი სისტემა:

1. სახელმწიფო პროგრამები, რომლებიც ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. 2. სოციალური პროგრამები, რომლებიც ფინანსდება სახელმწიფო და ადგილობრივი მმართველობის სუფსიდიებით. 3. სადაზღვევო, რომელიც ფინანსდება სანარმოებისა და დასაქმებულების შემოსავლიდან. 4. საბაზრო ანუ კერძო.

ეკონომიკური თვალსაზრისით ჯანდაცვის ეკონომიკაში გამოიყოფა:

1. კერძო ჯანდაცვა, სამედიცინო მომსახურების პირდაპირი გადახდის მეთოდი, მომხმარებელი ანაზღაურებს ხარჯებს ან სადაზღვევო კომპანიების შუამდგომლობით.

2. საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, პირდაპირი გადახდის მეთოდი, სამედიცინო მომსახურებას ანაზღაურებს სახელმწიფო.

მთლიანი სამედიცინო მომსახურების მოცულობაში პირველადი ჯანდაცვის წილი შეადგენს დაახლოებით 50% -ს.

საერთაშორისო ჯანდაცვის ეკონომიკაში განიხილავენ უნივერსალურ, კონტინენტალურ, სამხრეთულ, სკანდინავიურ, იაპონურ მოდელებს.

უნივერსალურ (მაგ. ინგლისი, ირლანდია) მოდელს, სადაც სახელმწიფო სუბსიდია 78%-ია, სანარმოების დაფინანსებით 10%, სადაზღვევო 3.8% და 8.2% მოსახლეობის პირდაპირი გადახდა.

კონტინენტალური (მაგ. გერმანია, ავსტრია, ლუქსემბურგი, ბელგია, ნიდერლანდები) მოდელის დროს სახელმწიფო დაფინანსების წილი 73%, 11% კერძო გადახდები მომხმარებლების მხრიდან, 16% კერძო სადაზღვევო კომპანიებიდან.

სამხრეთის მოდელი (ესპანეთი, საბერძნეთი, იტალია) რომელსაც ძირითადად სახელმწიფო აფინანსებს და მძიმე ტვირთად აწევა მის ბიუჯეტს.

სკანდინავიური მოდელი (შვეცია, ფინეთი, დანია) ძირითადად ფინანსდება საშემოსავლო გადასახადიდან.

ამჟამად იაპონური მოდელი წარმოადგენს სოციალური დაზღვევის ზოგადეროვნულ სისტემას განვითარებული ინფრასტრუქტურით და დაზღვევის ყველა სუბიექტს შორის სამართლებრივი და ფინანსური ურთიერთობების გამართული მექანიზმით. სამედიცინო დაზღვევა მოიცავს იაპონიის მთელ მოსახლეობას. ფინანსური რესურსები კონცენტრირებულია იაპონიის მთავრობის მიერ განსაზღვრულ პრიორიტეტულ მიმართულებებზე – პროფილაქტიკურ ღონისძიებებსა და 44 მოსახლეობის სოციალურ

რად დაუცველი ფენების, პირველ რიგში, მოხუცთა სამედიცინო დახმარების დაფინანსებაზე.

ჯანდაცვის ორგანიზაციული სისტემის საზღვარგარეთის ქვეყნების გამოცდილებიდან საქართველოსთან მიმართებაში საყურადღებოდ მიგვაჩნია იაპონიაში არსებული ჯანდაცვის ორგანიზაციის სისტემა, ჯანდაცვის დაფინანსებასთან დაკავშირებული რისკის გადანაწილების ეფექტიანი მექანიზმით.

მსოფლიოში არსად არ არსებობს მხოლოდ ბიუჯეტიდან დაფინანსების სისტემა, სადაზღვევო ან მხოლოდ კერძო. ყველაზე გავრცელებულია სხვადასხვა წყაროებიდან დაფინანსების შერეული სისტემა.

საქართველოს ჯანდაცვა, ევროპის ქვეყნების მსგავსად, უნდა იყოს შერეული, მრავალკომპონენტური სისტემა.

ეკონომიკურად განვითარებულ თითქმის ყველა ქვეყანაში ჯანდაცვის ხარჯები წინ უსწრებენ დანარჩენი სოციალური დარგის ხარჯებს, განათლებისა და კულტურის ჩათვლით, და მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) 7-14% შეადგენენ.

საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების მნიშვნელოვანი მატების მიუხედავად, მისი წილი სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში საკმაოდ დაბალია და შეადგენს 6.9%-ს. აღნიშნული თითქმის ორჯერ მცირეა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულ მაჩვენებელთან შედარებით.

საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები შეადგენს 29.8%-ს. საქართველოში ჯანდაცვის ხარჯების მნიშვნელოვან წილს, დაახლოებით 65-70%-ს, მოსახლეობის მიერ გაღებული კერძო დანახარჯები შეადგენს,

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. კვიტაიშვილი ირინა, საქართველოს ჯანდაცვის სახელმწიფო ფინანსების მართვის სრულყოფის გზები, დისერტაცია, თბ. 2008წ.
2. Герасименко Н.И., Реформа здравоохранения: некоторые итоги и перспективы//Экономика здравоохранения.-2007.-№1.с.250.
3. Гросман М., «Концептуальные основы капитала здоровья и спроса на здоровье», The journal of Political Economy No 2, pp 223-255.
4. Калашников К., Здравоохранение и экономика (проблемы развития территорий), Вып1(53), 2011.
5. www.geostat.ge