



სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების, დაფინანსებისა და მართვის თავისებურებები

რეზიუმე

ეკატერინე მოწონელიძე

სტუ-ს დოქტორანტი

E-mail: info@geosis.edu.ge

საკვანძო სიტყვები: სამედიცინო მომსახურება, ბიუჯეტური დაფინანსება, დაზღვევა, დაფინანსების შერეული ფორმა, სისტემა, ადმინისტრირება, მართვა, ჯანმრთელობის დაცვის პრობლემები.

ნაშრომში „სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების, დაფინანსებისა და მართვის თავისებურებები“ ჩამოყალიბებულია ავტორის მიდგომა სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებაზე, დაფინანსებასა და მართვაზე, რის გამოც მის მიერ ჩატარებულია განვითარებულ ქვეყნებში კარგად აპრობირებული ბიუჯეტური, დაზღვევისა და შერეული მოდელის ეფექტიანობის ანალიზი. მოცემულია საქართველოში მოქმედი მოდელის დახასიათება და შეთავაზებულია ავტორისეული მართვის სქემა და სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების, დაფინანსებისა და მართვის განვითარების პრობლემები.

შესავალი

მსოფლიოს მრავალი ქვეყნის მთავრობები და პოლიტიკოსები თავიანთ პროგრამებში პრიორიტეტულად განიხილავენ ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამასა და სოციალურ პოლიტიკას.

განვითარებულ ქვეყნებში დიდი ყურადღება ექცევა ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზების დაფინანსებისა და მართვის საკითხებს, გამორჩეულადაა გამოკვეთილი სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების პრობლემა, რომლის გადაჭრისათვის შემუშავებულია და მრავალ ქვეყანაში წარმატებით მოქმედებს რამდენიმე მოდელი. მათ შორის ბიუჯეტური დაზღვევის მოდელი და შერეული. ყველა მოდელს გააჩნია დადებითი მხარეები და აქვს ნაკლოვანებები, ამიტომ მთავრობები, მეცნიერები, ბიზნესმენები, ჯანდაცვის სისტემის წარმომადგენლები და პოლიტიკოსები მუდმივად იღვწიან ჯანდაცვის მისაწვდომობაზე, მის საყოველთაოობაზე, რომ მაქსიმალურად იყოს ათვისებული გამოყოფილი სახსრები და მიღწეული იყოს მოსახლეობის ხარისხიანი

სამედიცინო მომსახურება.

ნაშრომში ასევე წარმოდგენილია საქართველოში მოქმედი ბიუჯეტური მოდელი და ჩვენი მიდგომები სამედიცინო მომსახურების შემდგომ განვითარებაზე.

საქართველოში 2013 წლის მარტიდან მთავრობის გადაწყვეტილებით შემოღებულ იქნა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა და დაზღვეულების საერთო რაოდენობა 3 მილიონს გადაცილდა.

საქართველოში საკმაოდ წარმატებით მოქმედებს სადაზღვევო ბაზარი და ამ ბაზარზე საქმიანობს რამდენიმე ათეული სადაზღვევო კომპანია, და დაზღვევაზე კერძო კომპანიებს ხელშეკრულება გაფორმებული აქვს 500.000-მდე ადამიანთან.

2013 წლიდან მეურნეობის ანაზღაურება ხდება ძირითადად სახელმწიფო ბიუჯეტიდან, ასევე მოქალაქეთა თანაგადახდის მეშვეობით. სოციალური ჯგუფების სტატუსის მიხედვით თანაგადახდის დონეები ასე გამოიყურება: პენსიონერები თანაგადახდაში მონაწილეობენ 10%-ის ოდენობით, სახელმწიფო ბიუჯეტი კი - 90%-ით.

სიღარიბის ზღვარს ქვევით მყოფი პაციენტების მეურნეობის ხარჯებს სახელმწიფო ფარავს 100%-ით.

მოქალაქეები თანაგადახდაში მონაწილეობენ 30%-ით, სახელმწიფო კი - 70%-ით; სტუდენტები მონაწილეობენ 20 %-ით, სახელმწიფო კი - 80%-ით.

განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა სახელმწიფო ჯანდაცვის საყოველთაო პროგრამას. ჯანდაცვის პროგრამების რაოდენობა 2013 წლამდე იცვლებოდა ბიუჯეტური დაფინანსების შესაძლებლობების შესაბამისად. 2013 წლიდან სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამის (სჯპ) ფორმირება ხდება შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინიციატივით, სადაც მუშავდება სჯპ პროგრამის პროექტი,



რომელიც განსაკუთრებით ეხება:

ცეპატივის, ინფექციურ, პალიატიურ, ტუბერკულოზის, ნაწილობრივ ონკოლოგიურ, დიაბეტურ დაავადებებს, დედათა და ბავშვთა პრობლემებს, სოფლის ექიმის საქმიანობის დაფინანსებას, ინსულინის პროგრამასა და სხვა დაავადებებს ან პრობლემებს, რომელთა საბიუჯეტო დაფინანსება უნდა მოხდეს გვერდითი წელს. სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი სახსრები ცენტრალიზებულად გადაეცემა პირდაპირ კლინიკებს. დაფინანსების გამოყენებას აკონტროლებს და ხელმძღვანელობს უწევს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს სოციალური მომსახურებების სააგენტო. კერძოდ, სადაზღვევო კომპანიები თავის მომსახურებას ყიდნიან მოქალაქეებზე, რომლებიც მას იძენენ როგორც საკუთარი შემოსავლებიდან ასევე დამსაქმებლის მეშვეობით. კერძო კომპანიების მომსახურებით სარგებლობენ თავდაცვის, შს-სა და სხვა ძალადგანი სტრუქტურების წარმომადგენლები.

სჯ. მეტად მნიშვნელოვანი ღონისძიებაა, სახელმწიფო ახდენს პრიორიტეტების გამოვლენას და მათ დაფინანსებას. სჯ. შემადგენლობა ყოველწლიურად იცვლება, მაგრამ პრიორიტეტულად შერჩეული გრძელდება დაფინანსების მეტნაკლები ზრდის გათვალისწინებით.

მსოფლიოში ყველა ქვეყანა ცდილობს ხელი შეუწყოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვას და ამიტომაც ყველა ქვეყნის მთავრობისა და პოლიტიკოსების საქმიანობა და პოლიტიკა მიმართულია ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პრობლემებისა და პოლიტიკის მოგვარებას, რომელიც სახელმწიფო ბიუჯეტის მეშვეობით ასევე საკანონმდებლო ნორმატიული დოკუმენტების მიღებით მათი რეგულაციის მიზნით.

ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზებისა და მართვის ასევე დაფინანსების ტვირთი მნიშვნელოვანია და ყველა ქვეყანას მისი გაწევის საშუალება არა აქვს. ეს დიდი ტვირთია. ამასთან აქვე გვსურს მივუთითოთ, რომ არც ერთ ქვეყანას არ შეუძლია დააკმაყოფილოს მთელი მოსახლეობის მოთხოვნილებები სამედიცინო დახმარებაზე. ამიტომაც ქვეყნის მთავრობები ცდილობენ ჩამოაყალიბონ სახელმწიფო პროგრამები, რომელთა დაფინანსება ხდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და ამასთანავე გამოიყენონ დაფინანსების მოდელები ან ბიუჯეტური ან სავალდებულო დაზღვევის მოდელი.

პირველი მოდელი მოქმედებდა ყოფილ საბჭოთა საქართველოში და სოციალისტური ბანაკის ქვეყნებში, რომელთა უმრავლესობამ წარმატებით გაიარა გარდამავალი ეკონომიკის

პირობები და დღეს აქტიურად საქმიანობს მსოფლიო ბაზარზე, ასევე დიდ ბრიტანეთში, დანიაში, ესპანეთში, იტალიაში, ახალ ზელანდიაში, ნორვეგიაში, პორტუგალიაში, ფინეთში, შვედეთში და საქართველოში.

მეორე მოდელით ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზება, მართვა და დაფინანსება ხდება სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის მეშვეობით და დაფინანსების წყაროს წარმოადგენს მომუშავეთა და დასაქმებულთა სადაზღვევო შენატანები. მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების შეგროვების, აკუმულირებისა და გადახდის (შესყიდვის) ფუნქციებს ახორციელებს დაზღვევის ფონდები (გერმანიაში მათ უწოდებენ სავადმყოფო საღაროებს). სქემებზე გამოსახულია ორივე მოდელის სამედიცინო დახმარების ორგანიზებისა და დაფინანსების სქემები ბიუჯეტური ინგლისის მაგალითზე, სავალდებულო დაზღვევისა გერმანიის მაგალითზე, და შევადაროთ რომელ მოდელს გააჩნია ერთმანეთის მიმართ უპირატესობა და რას წარმოადგენენ ისინი მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ეფექტიანად მიწოდების საქმეში.

ინგლისის სამედიცინო დახმარების ორგანიზების დაფინანსებაზე ბიუჯეტური მოდელი ითვალისწინებს საბიუჯეტო დაფინანსებას 84%-ით, მოსახლეობისგან თანადაფინანსებას 11%-ით და დამატებითი სამედიცინო დაზღვევის 5 %-ს.

ნახ. 1 მოცემულია სამედიცინო დახმარების ბიუჯეტური მოდელი (ინგლისის მაგალითი) ჩვენს მიერ გამარტივებული ინგლისური მოდელი, ანუ ბიუჯეტური მოდელით სამედიცინო დახმარების ორგანიზების და დაფინანსების მართვა მოქნილია, იერარქიულად გამართულია, დაცულია სწორხაზოვნობა და შემსრულებელთა დამოკიდებულება. გამარტივებულია ფულადი სესხების გადანაწილება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებზე, თანაც არაა გამოკვეთილი უპირატესობა თუ ვის საკუთრებას წარმოადგენენ ისინი. აქ საჭიროა ერთი საკითხი გამოგვეთოთ, რომელიც ამცირებს ამ სისტემის მუშაობის ეფექტიანობას [1]-ის მიხედვით არ არსებობს საკუთრებასა და მართვაში დაყოფა სამედიცინო მომსახურების შემყიდველებსა და ამ მომსახურების მომწოდებლებს შორის, რაც ამცირებს ბიუჯეტური მოდელის ეფექტიანობასა მიჰყავს ზედმეტი სამედიცინო მომსახურების მოცულობის გაზრდას (რაც იყო ყოფილ საბჭოთა კავშირში). ამასთან ერთად ინგლისში მოქმედებს ფონდდაჭერის სისტემა ჯანდაცვის პირველადი რგოლის დონეზე. გამოცდილებად უჩვენა, რომ ამ სისტემით პირველადმა რგოლმა მნიშვნელოვნად გაზარდა



დაფინანსების წყაროები			
1. სახელმწიფო ბიუჯეტი		2. კერძო სახსრები	
გადასახადები და სოციალური დაზღვევა		თანაგადახდები სამკურნალო წამლებზე	დამატებითი სამედიცინო დაზღვევა
სახსრების განმკარგულებლები პირველადი სამედიცინო დახმარების რეგიონალური ფონდები ან ჯანდაცვის მართვის რეგიონული ორგანოები		პაციენტები ფიქსირებული განაკვეთის მიხედვით	სადაზღვევო სამედიცინო ორგანიზაციები (კომერციული და არაკომერციული)
ხარჯის მიმართულებები			
სამედიცინო მომსახურების მთელი სპექტრი, მათ შორის საავადმყოფო მომსახურება „მთელი“ ტარიფის მიხედვით		დამატება სამკურნალო წამლებზე	დამატებითი მომსახურება და უკეთესი პირობები
სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები			
საერთო (ზოგადი) პრაქტიკის ექიმები	აფთიაქები	სახელმწიფო საავადმყოფოები და მაღალი დონის ავტონომიის საავადმყოფო გაერთიანება	კერძო საავადმყოფოები
პაციენტის უფლებები			
მიმაგრების ტერიტორიული პრინციპი. საერთო (ზოგადი) პრაქტიკის ექიმის სამედიცინო მომსახურების კოორდინაცია. პირველადი სამედიცინო მომსახურების ექიმის ამორჩევის უფლება სამკურნალო წამლების შეძენაზე.			

ნახაზი დამუშავებულია [4] -ის მონაცემების საფუძველზე.

სამედიცინო დახმარების ხარისხი და გააფართოვა შესაძლებლობები პაციენტებისათვის მათ მიერ მკურნალობის დაწესებულების შერჩევაში.

საქართველოს პირველადი ჯანდაცვის დონის საქმიანობის დაფინანსება ხორციელდება ცენტრალიზებულად სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და რამდენად ეფექტიანია ასეთი დაფინანსება მოსახლეობისათვის. მეტად საინტერესო საკითხია შემდგომი კვლევის ჩასატარებლად. თანაც ცნობილია, რომ თუ სამედიცინო მომსახურების რეფერალს არ გააჩნია პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების ექიმის მიმართვა შემდგომი მკურნალობის გაგრძელების მიზნით, მას მრავალპროფილურ საავადმყოფოში არ მიიღებენ. ეს მნიშვნელოვანი ბერკეტია, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულების საქმიანობის ეფექტიანობის გაზრდის საქმეში.

დაფინანსების და სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების ბიუჯეტური მოდელის განვითარებაზე [2,3] გვთავაზობს შემდეგი ღონისძიებების გატარებას. პირველ რიგში მართვის

საბაზრო საშუალებების შემოტანა კერძოდ: სამედიცინო მომსახურების მყიდველებსა და სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე მიმწოდებლებს შორის საკონტრაქტო ურთიერთობების შემოტანა, პაციენტების უფლებების გაზრდა სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლების ამორჩევაზე, კონკურენციის გაფართოება მიმწოდებლებს შორის და მართვაში დამოუკიდებლობის გაფართოება მომსახურების მომწოდებლებზე [2].

კონტრაქტები ითვალისწინებენ გადახდას მოლაპარაკებულ მოცულობებზე, სამუშაოს ხარისხსა და შედეგებზე. ჯარიმების დაშვებასა და სხვა პირობებზე. ესპანეთისა და ინგლისის გამოცდილებამ მოიტანა დადებითი შედეგები: გაიზარდა სამედიცინო დაწესებულების საქმიანობის ეფექტიანობა, შემცირდა რიგითობა გემიურ კოსპიტალიზაციაზე.

ნახ. 2-ზე მოცემულია სამედიცინო დახმარების ორგანიზებისა და დაფინანსების სავალდებულო დაზღვევის მოდელი (გერმანიის მაგალითზე).



დაფინანსების წყაროები

სახელმწიფო ბიუჯეტი		კერძო სახსრები	
მომუშავეთა და დამსაქმებელთა შემონატანები	გადასახადები	მომსახურების თანაგადახდები	დამატებითი სამედიცინო დაზღვევა
სახსრების განმკარგულებლები			
სამედიცინო საღაროების გაერთიანება; არაკომერციული სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაციები	ფედერალური მთავრობა, მხარეები, კომუნები	პაციენტები ფიქსირებული განაკვეთით	კომერციული სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაციები
ხარჯების მიმართულებები			
სამედიცინო დახმარების გადახდა	ინვესტიციები და ჯანმრთელობის დაცვა	დამატება სამედიცინო დახმარებასა და სამკურნალო წამლებზე	სამედიცინო დახმარება
სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლები			
კერძო პრაქტიკის ექიმები	აფთიაქები	სახელმწიფო და მუნიციპალური საავადმყოფოები	კერძო კომერციული და არაკომერციული საავადმყოფოები
პაციენტის უფლებები			
ექიმებისა და სამედიცინო ორგანიზაციის თავისუფალი არჩევა ზოგადი (კერძო) პრაქტიკის ექიმების კოორდინაცია არაა. თანაგადახდები სამედიცინო მომსახურების გაწევასა და სამკურნალო წამლების შეძენის მომენტში.			

ნახაზი დამუშავებულია [1]-ის მონაცემების საფუძველზე



გერმანიაში სამედიცინო დახმარებასა და ორგანიზებაზე დაფინანსების წყაროებად მიჩნეულია მომუშავეთა და დამსაქმებელთა სავალდებულო დაზღვევის ფონდში შენატანები, რომელიც შეადგენს 69%, გადასახადები - 9%, მოსახლეობის თანაგადახდები, რომელიც შეადგენს 12% და დამატებითი სამედიცინო დაზღვევა 10% მოცულობით.

სავალდებულო დაზღვევის მოდელის უპირატესობას ბიუჯეტურ მოდელთან შედარებისას წარმოადგენს ჯანდაცვის დაფინანსების დამოუკიდებელი წყაროს არსებობა - სადაზღვევო შენატანები. ბიუჯეტურ მოდელში კი ყოველ მთავრობას უწევს ყოველწლიურად დაიცვას ჯანდაცვის სახსრები სხვა კონკურენტული დარგებისაგან. ამ მოდელით საქმიანობა რთულია და ადმინისტრაციული ხარჯებიც იზრდება, ვიდრე ბიუჯეტურ მოდელში [1] - ის მიხედვით 4-5%, 2-3%-თან შედარებით. ანუ განსხვავება ორჯერ მეტია. უარყოფითია როცა კერძო პრაქტიკის ექიმების მიერ გაწეული სამედიცინო დახმარების კოორდინაცია არ ხდება, რაც იწვევს მის გაწევაზე ხარჯების ზრდას. ამ ქვეყნებში დაზღვევის ფონდების საქმიანობის ეფექტიანობის ასამაღლებლად და შესაბამისად სამედიცინო დაზღვევაზე ხარჯების შესამცირებლად მთავრობები ახდენენ ფონდების გამსხვილებას რამდენიმე ძირითად და რეგიონულ ფილიალებად, ზრდის დამზღვევთა ფუნქციებსა და პასუხისმგებლობას. ზოგიერთ ქვეყანაში შემოაქვთ მართვადი კონკურენცია დაზღვევის ფონდებს შორის, რაც კონტროლდება სახელმწიფოს მიერ: დგინდება სადაზღვევო შენატანის მაქსიმალური განაკვეთი, დგინდება ასევე ერთიანი სადაზღვევო ბაზური პაკეტი. სავალდებულო და დამატებითი სამედიცინო დაზღვევის ფონდების გაერთიანება არ ხდება. ჯანმრთელობის დაცვის ორივე მოდელი პროგრესულია, მიუხედავად ზოგიერთი ნაკლოვანი მხარისა, მაგრამ არის ქვეყნები, რომლებმაც გამოიყენეს ე.წ. შერეული მოდელი, მათ შორის რუსეთის ფედერაცია, სადაც ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება ხდება როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო წყაროებიდან. სახელმწიფო წყაროებს მიეკუთვნება ბიუჯეტის ყველა დონის სამსახურები: ფედერალური, რეგიონული და მუნიციპალური, რომელთა ფორმირება ხდება შესაბამისი დონის გადასახადების მეშვეობითა და ასევე სავალდებულო დაზღვევის სახსრები. ესაა მოდელი, რომელშიც შეხამებულია ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების ორი

მოდელის ბიუჯეტური და სავალდებულო დაზღვევის მეთოდები, როგორც [1] ასახულებს დაფინანსების შერეულმა მოდელმა ვერაფრით უკეთესი პირობები ვერ გამოავლინა და არავითარი უპირატესობა არ უჩვენებია. აქვე საჭიროა აღვნიშნოთ, რომ დაფინანსების დაზღვევის მოდელის სისტემიდან ბიუჯეტურ სისტემაზე გადავიდნენ: ფინეთი, დანია, საბერძნეთი, ნიდერლანდები, იტალია, ნორვეგია, პორტუგალია, ესპანეთი, შვეცია, ხოლო ბიუჯეტური სისტემიდან დაზღვევის სისტემაში გადავიდა მხოლოდ ისრაელი.

საქართველოში ჯანმრთელობის სისტემის დაფინანსება ხდება ბიუჯეტური სისტემით, რაც პროგრესულია და განსხვავებით სხვა ქვეყნებისაგან აქ დაფინანსება ძირითადად ხდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და მისი განაწილებისა და ხარჯვის ადმინისტრირება ხდება ერთი ორგანოდან შჯსდ სამინისტროში შექმნილი სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ. ანუ ჯანმრთელობის დაფინანსების მთელი ტვირთი აღებული აქვს საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამას. იმისათვის, რომ ბიუჯეტურ დაფინანსებაში სახელმწიფოს მიეცეს მცირე შეღავათი, კარგი იქნებოდა გამოგვეყენებინა ზოგიერთი ქვეყნის გამოცდილება და დამსაქმებლისაგან ამოღებულიყო ხელფასის ფონდის უმნიშვნელო ნაწილი იმ ადამიანების სამედიცინო დახმარებისათვის, რომელთა ხელფასი ძალიან დაბალია. ეს ეხება მცირეშემოსავლიან მოქალაქეებს, რომლებსაც რაიმე სტატუსი სამედიცინო დახმარებაზე არ გააჩნიათ.

ჩვენის აზრით მოსაწონია დიდი ბრიტანეთის გამოცდილება, სადაც პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაზე ხდება ფონდების დამაგრება, რომელთა გამოყენებით პჯდ-ს საქმიანობა უფრო ეფექტიანი გახდება. ბიუჯეტური დაზღვევისა და შერეული მოდელით ჯანმრთელობის დაცვის ორგანიზება და დაფინანსება სხვა და სხვა ქვეყნებში გამოიყენება ქვეყნის ეკონომიკური და პოლიტიკური მდგომარეობისა და პირობების გათვალისწინებით და მიუხედავად მოდელებში არსებული ზოგიერთი მოუხერხებელი თვისებებისა, რაც ძირითადად ორგანიზებისა და დაფინანსების ადმინისტრირებასა და მართვას ეხება, სამივე მოდელი აგრძელებს არსებობასა და საერთოდ რომელი უფრო ეფექტიანია და რომელ მოდელს უფრო მეტი უპირატესობა გააჩნია ამას გვიჩვენებს მხოლოდ იმ ქვეყნების რაოდენობა, სადაც უპირატესობა მიანიჭეს მათთვის შერჩეულ მოდელს.

¹ Г. Э. Улумбекова «Здравоохранение России» М., «Геотар-Медия» 2010.



დაფინანსების წყაროები

სახელმწიფო სახსრები			კერძო სახსრები	
გადასახადები + საშემოსავლო გადასახადები			თანადაფინანსება მკურნალობაზე	თანადაფინანსება სამკურნალო წამლებზე
სახსრების განმკარგავეები				
შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სოციალური მომსახურების სააგენტო, დაავადებათა კონტროლის სააგენტო			პაციენტები, მათი სოციალური სტატუსის მიხედვით ღირებულების გადამხდელები	კომერციული სამედიცინო დაზღვევის კომპანიები
სამედიცინო მომსახურებაზე ხარჯების მიმართულება				
საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების მთელი კომპლექსი, რაც ჩადებულია ბაზურ პაკეტში			დამატებითი გადახდა სამკურნალო წამლებზე და თანაგადახდა	დამატებითი გადახდები საუკეთესო პირობებით მომსახურებაზე
სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები				
კერძო (ზოგადი პრაქტიკის ექიმები), პჯდ-ს ექიმები	აფთიაქები	სახელმწიფო საავადმყოფოები	კერძო საავადმყოფოები	კონტრაქტით სამედიცინო მომსახურების გაწევა კერძო საავადმყოფოებში
სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელთა უფლებები				
სამედიცინო მომსახურების დონეების მიხედვით მომსახურების პრინციპი პირველადი ჯანდაცვის დონის საქმიანობის კოორდინაცია, ექიმის შერჩევის უფლება, მკურნალობაზე თანაგადახდისა და სამკურნალო წამლებზე გადახდის უფლება.				

ნახ. 3. საქართველოში სამედიცინო მომსახურებისა და დაფინანსების ბიუჯეტური მოდელი.
ნახაზი დამუშავებულია ავტორის მიერ



ნახ.3 მოცემულია საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებისა და დაფინანსების მოდელი.

ეს მოდელი ბიუჯეტური მოდელია და მსოფლიოში გავრცელებული ბიუჯეტური მოდელისგან იმით განსხვავდება, რომ ძირითადი დაფინანსება ხდება საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, გამოკვეთილია მომხმარებლების სტატუსი მათი სოციალური მდგომარეობის მიხედვით, რომელთა შორის სახელმწიფო მთლიანად აფინანსებს მათ სამედიცინო მომსახურებას და გამოყოფილია სოციალური ჯგუფები, რომლებიც მკურნალობას გადიან თანადაფინანსებით, მათ შორის პენსიონერები-10% , სტუდენტები- 20%, მოქალაქეები-30%; საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობა შეუძლია მოსახლეობის 89%, ხოლო სამედიცინო დაზღვევის კომპანიების მეშვეობით სამედიცინო მომსახურებას ღებულობს მოსახლეობის 11%.

ასევე სხვა მოდულებისაგან განსხვავებით სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებასა და დაფინანსებაზე ადმინისტრირება ხდება ერთი ორგანოსაგან - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, რომლის მეშვეობით ხდება სამედიცინო მომსახურებაზე მომწოდებლების შერჩევა. ქართულ-ბიუჯეტურ მოდელში შემოტანილია ბაზრის ელემენტები და დაშვებულია მართვადი კონკურენცია. სამედიცინო მომსახურების ბაზრის ორგანიზება დაკავშირებულია ბაზრის მოთამაშეთა კონკურენტუნარიანობასა და მომწოდებლების მიერ თავისი საქმიანობის პრომოუშენსა და კონკურენტულ უპირატესობაზე სამინისტრო ტენდერების მეშვეობით არჩევს სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლებს და მათთან კონტრაქტის მეშვეობით არეგულირებს ურთიერთობებს მათ შორის დაფინანსების გამოყენების რაციონალურობასა და ხარჯვების კონტროლს.

საქართველოში სახელმწიფო ბიუჯეტის ფორმირება ხდება ძირითადად გადასახადები-

საგან, მათ შორის არის მომუშავეთა ხელფასიდან საშემოსავლო გადასახადი ხელფასის 20%-ის ოდენობით. მოსახლეობის უმრავლესობა დაბალხელფასიანია, პენსიის ოდენობა 150 ლარია და საქართველოს მთავრობის გადაწყვეტილება 2013 წლიდან საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების შესახებ მნიშვნელოვნად წინ გადადგმული ნაბიჯია. ჯანდაცვისა და სოციალური პოლიტიკის დაფინანსებაზე ბიუჯეტიდან მიდის დაახლოებით 25%, რითაც ვერ დაიკვეხნის მრავალი ქვეყნის მთავრობა. საქართველოში ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის პოლიტიკა პრიორიტეტულია.

დასკვნა

ნაშრომში გაანალიზებულია სამედიცინო მომსახურების ორგანიზების, დაფინანსებისა და მართვის საკითხები, დაფინანსების მოდულები, შედარებულია ბიუჯეტური მოდელი ინგლისის ჯანდაცვის სისტემის, დაზღვევის მოდელი გერმანიის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისა და შერეული მოდელი რუსეთის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მაგალითზე. სამივე მოდელს გააჩნია მნიშვნელოვანი დადებითი მხარეები. ჩვენს მიერ ჩატარებული შეფასების შესაბამისი ნაკლოვანებები, მაგრამ გათვალისწინებულია თითოეული ქვეყნის, რომელიც იყენებს ამა თუ იმ მოდელს, ეკონომიკური და პოლიტიკური მდგომარეობა და რაც მთავარია ისტორიული გამოცდილება. ამასთან ჩვენს მიერ გამოვლენილი პრიორიტეტების სისტემა, რომელიც შეიძლება შეიცვალოს ქვეყნის პოლიტიკაში ჯანდაცვის სისტემის მიმართ.

ჩვენს მიერ დახასიათებული იქნა ჯანდაცვისა და სამედიცინო დახმარების ორგანიზების, დაფინანსებისა და მართვის მოქმედი სისტემა, რომელიც ეყრდნობა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის იდეოლოგიას და შემოთავაზებულია ავტორისეული მართვის სქემა.

² McKee M. Healy J. Hospitals in Changing Europe – Buckingham, 2002.

³ Fugueras J., Robinson R., Jakubowski E. – Purchasing to improve health systems performance. European Observatory on Health and Policies Series – Oxford: Open University Press, 2005.



გამოყენებული ლიტერატურა

1. Г. Э. Улумбекова «Здравоохранение России» М., «Геотар-Медия» 2010.
2. McKee M. Healy J. Hospitals in Changing Europe – Buckingham, 2002.
3. Fugueras J., Robinson R., Jakubowski E. – Purchasing to improve health systems performance. European Observatory on Health and Policies Series – Oxford: Open University Press, 2005.
4. The Health Survey for England 2004 updating of trend tables to include 2004 data, London 2005.
5. Health strategy and implementation activities in England, London 2007.
6. Здравоохранение в Федеративной Республике Германии: факты, проблемы и предлагаемые реформы, под редакцией А. Мере-Функа, режим

доступа: www.bmgesundheit.de

7. გ. ამყოლაძე, მ. ფირცხალაძე, მ. ლომსაძე-კუჭავა, გ. კიკნაველიძე „ჯანდაცვის გამანჯანსაღებელ-პროფილაქტიკური და რეკრეაციული ობიექტების მენეჯმენტის, მარკეტინგული მიმზიდველობისა და ეკონომიკური მექანიზმის დამუშავება“. თბილისი, 2011.

8. გ. ამყოლაძე, გ. კიკნაველიძე, მ. ლომსაძე-კუჭავა, ე. მოწონელიძე, თ. ჩახუნაშვილი. „საინოვაციო პროცესების საინვესტიციო უზრუნველყოფის პრობლემები “DRG ჯგუფების დანერგვა. საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალები „ჯანდაცვის მენეჯმენტი და სოციალური მედიცინა“, უნივერსიტეტი გეომედი, თბილისი, 2012.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ, ФИНАНСИРОВАНИЯ И УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

ЭКАТЕРИНЭ МОЦОНЕЛИДЗЕ
E-mail: info@geosis.edu.ge

Резюме

Ключевые слова: медицинское обслуживание, бюджетное финансирование, страхование, смешанная модель финансирования, система администрирования, управление, проблемы здравоохранения.

В работе «Особенности организации, финансирования и управления медицинского обслуживания» сформирован авторский подход на организацию финансирования и управления медицинского обслуживания, для чего проведен глубокий анализ эффективности бюджетного, страхового и смешанного моделей, которые апробированы в разных странах.

Автором охарактеризована действующая в Грузии модель и предложена авторская схема управления и проблемы развития организации, финансирования и управления медицинского обслуживания.

THE CHARACTERISTICS OF ORGANIZATION, ITS FINANCING AND MANAGEMENT OF MEDICAL SERVICE

CATHERINE MOTSONELIDZE
E-mail: info@geosis.edu.ge

Summary

Keywords: medical service, budget financing, insurance, mixed model of financing, administration system, management, health issues.

In this work “The characteristics of organization, its financing and management of medical service” the author’s approaches focuses on the organization of financing and management of medical service, with a view to this, the in-depth analysis on the efficiency of budget model, insurance and mixed models, approved in different countries, was conducted.

Current Georgian model is characterized by the author and the scheme of management and development of organization, financing and management of medical service is offered by the author.