



საბაზრო ურთიერთობების ელემენტები ჯანდაცვის სისტემაში

რეზიუმე

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში ფინანსური რესურსების განაწილებასა და ხარჯვის ეფექტიანობის კუთხით აღმოჩენილი ხარვეზების კვლადაკვალ აუცილებელია შემუშავდეს მარეგულირებელი მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სისტემაში სახელმწიფო ფინანსების ეფექტიანი და ეკონომიური ხარჯვისათვის ქმედითი სტიმულების შექმნას; დაინერგოს საფინანსოეკონომიკური საქმიანობის ობიექტურად შეფასების სისტემა; საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში არსებული პრობლემები დამახასიათებელია უცხო ქვეყნებისთვისაც, ანუ დაზღვევის ხარჯვითი მოდელი, რომელიც ფაქტურად ძნელად ექვემდებარება კონტროლს, ყველგან არაეფექტიანია და მოითხოვს რაციონალური გამოსავლის პოვნას. ჯანდაცვა წარმოადგენს ისეთ დარგს, სადაც კლასიკური საბაზრო ურთიერთობისათვის დამახასიათებელი პარამეტრები ან არ არსებობს, ან არასრულყოფილია და მათი გამოყენება პრობლემებს ქმნის. ჩვენი აზრით, აუცილებელია ჯანდაცვის სისტემაში საბაზრო ურთიერთობების ელემენტების აქტიური დანერგვა. ერთერთ მიმართულებად მოვიაზრებთ ქვაზისაბაზრო ურთიერთობების, კერძოდ, რეგულირებადი კონკურენციის მოდელის შექმნას. მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნულ მოდელს გააჩნია როგორც დადებითი, ასევე გარკვეული ნეგატიური მხარეები, ევროპის ბევრი ქვეყანა სწორედ ამ მოდელს ირჩევს. როგორც ნიდერლანდების მთავრობა აღნიშნავს, ჯანდაცვაში ცენტრალიზებული დაგეგმვის სისტემა არაეფექტიანია, იგი უნდა შეიცვალოს რეგულირებადი კონკურენციით, იმ დოზით, რა დოზითაც ის გამართლებული იქნება. ქვაზისაბაზრო ურთიერთობის მხარდასაჭერად უნდა აღინიშნოს, რომ ამ შემთხვევაში კლასიკური ბაზრის ელემენტები შეხამებულია ჯანდაცვის მკაცრ სახელმწიფო რეგულირებასთან, წინასწარ განსაზღვრული ბიუჯეტის ფარგლებში. ამავე დროს, ჩვენი აზრით, აუცილებელია დაინერგოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის აუდიტი, რათა მოხდეს საჭირო ფინანსური რესურსების უფრო ეკონომიურად, პროდუქტიულად და ეფექტიანად განკარგვა.

საკვანძო სიტყვები:

ჯანდაცვის ეკონომიკა; რეგულირების მექანიზმი; საბაზრო ურთიერთობები; ეფექტიანო-

რუსუდან კვარაცხელია

თბილისის ღია სასწავლო

უნივერსიტეტის სრული პროფესორი

E-mail: rusa.kvaratskhelia@gmail.com

ნოდარ სამხარაძე

თბილისის ღია სასწავლო

უნივერსიტეტის სრული პროფესორი

ბის აუდიტი; ქვაზისაბაზრო; ქვაზისაბაზრო ურთიერთობები; რეგულირებადი კონკურენციის მოდელი; პრინციპალი; სახელმწიფო ფინანსები.

ნებისმიერი ქვეყნის დემოკრატიული განვითარებისთვის აუცილებელია არსებობდეს სახელმწიფო სტრუქტურების საფინანსო-ეკონომიკური საქმიანობის ობიექტურად შეფასების სისტემა, რომელსაც არსებითი მნიშვნელობა ენიჭება მთლიანად საჯარო სექტორის ანგარიშვალდებულების და საზოგადოებრივი ზედამხედველობის გაძლიერებაში. ჯანდაცვის სისტემა ერთერთი მნიშვნელოვანი სექტორია საქართველოს ეკონომიკაში. ამიტომაც აუცილებელია არსებობდეს მისი რეგულირების მექანიზმები. ჩვენ ვთვლით, რომ ჯანდაცვაში საფინანსოეკონომიკური საქმიანობის ობიექტურად შეფასებისთვის აუცილებელია აღნიშნულ სისტემაში საბაზრო ურთიერთობებისა და ეფექტიანობის აუდიტის დანერგვა. ეფექტიანობის აუდიტი ორიენტირებულია საბიუჯეტო ორგანიზაციების საქმიანობის რეალური შედეგებისა და ამ შედეგების მისაღწევად განხორციელებული ღონისძიებების შეფასებაზე, რაც ხელს უწყობს საჭირო რესურსების უფრო ეკონომიურად, პროდუქტიულად და ეფექტიანად განკარგვას. ამდენად, ეფექტიანობის აუდიტი არის სტრატეგიულად მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტი, რომლის საშუალებითაც პარლამენტი, საზოგადოება და მედია ახორციელებს კონტროლს და იღებს ინფორმაციას სამთავრობო უწყების საქმიანობის შედეგების შესახებ.

საქართველოში 2013 წლიდან ხორციელდება უპრეცედენტო ღონისძიებასაყოველთაო დაზღვევის პროგრამა. მსგავსი პროგრამები ბევრ, განვითარებულ ქვეყანაშიც კი არ არის. თუმცა, ისმის რამდენიმე კითხვა რამდენად ეფექტიანად იხარჯება თითოეული ჩვენთაგანის, საზოგადოე-



ბის კუთვნილი თანხა? გამოყენება თუ არა რაციონალურად ბიუჯეტიდან გამოყოფილი სახსრები? იქნებ საჭიროა სერვისების ხარისხის გაუმჯობესება, დასაფინანსებელი პროგრამების არეალის გაფართოება, იმ ძირითადი პერსონალის (მკურნალი ექიმები, ექთნები, სანიტრები და სხვა) ხელფასების გაზრდა, რომელთაც უნდა ზიდონ პაციენტების მომსახურების ძირითადი ტვირთი.

ამ მხრივ ყველაფერი რო არ არის წესრიგში, ამას ადასტურებს ჯანდაცვის სამინისტროში ა.წ. 18 იანვარს გამართული გაფართოებული სხდომა(1), სადაც უწყების მინისტრმა უკმაყოფილება გამოხატა აღნიშნული პროგრამების მიმდინარეობაში გამოვლენილი ხარვეზების გამო. მან გამოყო რამდენიმე პრობლემა: ცალკეულ შემთხვევებში მომსახურების დაბალი დონე, საბიუჯეტო სახსრების არასწორი ხარჯვა, მომსახურების ფასისა და ხარისხის შეუსაბამობა. მინისტრის აზრით, აღვილი აქვს სპეკულაციებსაც კი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა მმართველი ჯგუფის მხრიდან: კლინიკის ხელმძღვანელები ხელფასებს უგვიანებენ პერსონალს, იმ მიზეზით, რომ თითქოს სახელმწიფო კუთვნილ თანხებს სრულად არ ურიცხავთ მათ. პერსონალის ხელფასის ზრდაზე ხომ ფიქრიც ზედმეტია, ხოლო კერძო კლინიკების მფლობელები გარკვეული ხრიკებით ზემოდალ მოგებას იღებენ.

ამასთან დაკავშირებით, საინტერესო ციფრები და ფაქტები მოიყვანა ეროვნული ბანკის ყოფილმა მმართველმა. (2) იგი აღნიშნავს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემაში ჩართული ობიექტები არ აქვეყნებენ თავიანთ ეკონომიკურ და ფინანსურ მონაცემებს (გარდა "ევექსისა"), რაც ბადებს სამართლიან ეჭვს, რომ მათ აქვთ რაღაც დასამალი, რაც გამოიხატება, ალბათ მათ ზემოდალ მოგებაში. ეს ეჭვი რომ სამართლიანია, კომპანია "ევექსის" მაგალითიც გვიჩვენებს, რომლის მოგება 2016 წელს 30% მიაღწია. აბსოლუტურ ციფრებში ეს მაჩვენებელი უმძიმეს შთაბეჭდილებას ახდენს; ავტორი კომპანია "ევექსის" მოგების პროცენტს განაზოგადებს დანარჩენი კლინიკებისთვისაც (რადგან სხვა კომპანიები ამ ინფორმაციას არ აქვეყნებენ) და ვიდრე საკმაოდ არასასიამოვნო სურათს. ციტატა მისი სტატიიდან: "2016 წელს საყოველთაო ჯანდაცვაზე ფაქტიურად დახარჯული 600 მილიონი ლარიდან, 200 მილიონი, რამდენიმე კლინიკის მეპატრონეთა მოგებაა. იგივე მდგომარეობაა თითქმის ყველა პროგრამაში (დიალიზი, ნარკოლოგია და ა.შ.) ანუ 800 მილიონიდან, რომელსაც სახელმწიფო ჯანდაცვაზე ხარჯავს და სოციალურ ბიუჯეტს

ეძახის, 240 მილიონი არის კლინიკების და პროგრამების ოპერატორების მოგება და ამას კიდევ უნდა დაემატოს თვითონ ჯანდაცვის სამინისტროს ადმინისტრაციული ხარჯი"(1). მარტივად რომ ვთქვათ, ყველა ხარჯის გასტუმრების შემდეგ (პერსონალის ხელფასი, ამორტიზაცია, კომუნალური გადასახადები, სახარჯი მასალები, სამივლინებო ხარჯები და ა.შ.), კლინიკის მფლობელები ინაწილებენ ამ უზარმაზარ თანხას.

რაში მდგომარეობს კლინიკის ხელმძღვანელების "ხრიკები" ზოგადად?

1. კლინიკები ხშირად ხელოვნურად ამძიმებენ დიაგნოზებს და უტარებენ პაციენტებს სასწრაფო ოპერაციებს, რისი საჭიროება არ არის. შედეგად ბოლო წლებში სამჯერ არის გაზრდილი ასეთი ოპერაციების რიცხვი.

2. კლინიკები საჭიროზე მეტად აჩერებენ ავადმყოფებს სტაციონარში, რათა მეტი ანაზღაურება მიიღონ.

3. იგივე მიზეზებით დიაგნოსტიკებისას ავადმყოფებს ზედმეტ გამოკვლევებს უნიშნავენ.

არის ალბათ სხვა მეთოდები, რითაც კლინიკები მოგების მაქსიმიზაციას ახდენენ. ამასთან დაკავშირებით, ჯანდაცვის კომიტეტის თავმჯდომარე აღნიშნავს: "ზოგიერთი დაწესებულებას კლინიკებს ვერც დავარქმევდი, არაერთხელ ვუწოდებ, რასაც ვფიქრობ ეს არის საამქრო, რომელიც ემსახურება კონკრეტულად სახელმწიფოდან ფულის გადამშვავებას იმ ადამიანების ინტერესებისათვის, რომლებიც ამ საამქროებს ფლობენ. სახელმწიფო ინტერესი კი ამ შემთხვევაში, სწორედ პაციენტის ინტერესია, ერთადერთი ამოცანა სწორედ ეს გახლავთ" (3).

დაზღვევის სახელმწიფო დაფინანსების დროს კლინიკებს მოგება, როგორც ასეთი, ამ ნაწილში საერთოდ არ უნდა ქონდეთ(ან უნდა ქონდეთ მინიმალური), რადგან ეს არაეთიკურია. კლინიკებს ჰყავთ პროგრამის გარეშე პაციენტები, რომელთაგანაც შეუძლიათ მიიღონ მოგება შემდგომი განვითარებისთვის.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში არსებული პრობლემები დამახასიათებელია უცხო ქვეყნებისთვისაც, ანუ დაზღვევის ხარჯვითი მოდელი, რომელიც ფაქტიურად ძნელად ექვემდებარება კონტროლს, ყველგან არაეფექტიანია და მოითხოვს რაციონალური გამოსავლის პოვნას.

ნეოკლასიკურ თეორიაში მიჩნეულია, რომ ეკონომიკის სხვადასხვა დარგში ეკონომიკური ურთიერთობები მეტნაკლებად განსხვავდებიან იდეალური საბაზრო მოდელისაგან.

ჯანდაცვა წარმოადგენს ისეთ დარგს, სადაც კლასიკური საბაზრო ურთიერთობისათვის



დამახასიათებელი პარამეტრები ან არ არსებობს, ან არასრულყოფილია და მათი გამოყენება პრობლემებს ქმნის.

ობიექტურობა მოითხოვს აღინიშნოს, რომ ჯანდაცვის სისტემაში მეტად რთულია საბაზრო ელემენტების დანერგვა, შემდეგი მიზეზების გამო:

1) როგორც ცნობილია, კლასიკური საბაზრო ურთიერთობების არსებობის ერთერთი პირობაა ბაზრის ყველა მონაწილისათვის საბაზრო ინფორმაციაზე თანაბარი ხელმისაწვდომობა.

სამედიცინო მომსახურების სფეროში ორი ძირითადი მოთამაშეა: სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელი (პაციენტი) და მიწოდებელი (კლინიკები); სწორედ აქ ირღვევა პრინციპი თანაბარი ინფორმაციულობის შესახებ: ადგილი აქვს ინფორმაციულ ასიმეტრიას პაციენტსა და სამედიცინო დაწესებულებას შორის (4. გვ.28).

როგორც ცნობილია, საბაზრო ურთიერთობაში რესურსების მთავარი განმანაწილებელია მომხმარებლის არჩევანი; მომხმარებელს სრული ინფორმაცია აქვს სასურველ საქონელზე ან მომსახურებაზე და ამის შემდეგ აკეთებს ინფორმირებულ არჩევანს; ჯანდაცვაში ეს პირობა დაცული არ არის რამდენიმე მიზეზის გამო: ა) მომხმარებელს (პაციენტს) არ აქვს საკმარისი ინფორმაცია და ცოდნა, რომ არჩევანი გააკეთოს სამედიცინო დაწესებულებებსა და ექიმებს შორის, გადაამოწმოს მომსახურების (მკურნალობის, გამოკვლევების) საჭიროება და ხარისხი; ძირითადად ის ეყრდნობა სხვა პაციენტების, ახლობლების და თვით ექიმების რეკომენდაციებს; ბ) პაციენტს შეზღუდული ინფორმაცია აქვს მომსახურების (მკურნალობის) ხარისხსა და ფასს შორის შესაბამისობაზე; თანაც მომსახურების ხარისხის (მკურნალობის შედეგის) განსაზღვრა მისთვის შესაძლებელია ხშირად მკურნალობის დასრულებიდან გარკვეული პერიოდის შემდეგ; გ) კლასიკური ბაზრისგან განსხვავებით, გადამწყვეტი როლი მისაწოდებელ სამედიცინო მომსახურებაში ეკუთვნის არა მომხმარებელს (პაციენტს), არამედ მწარმოებელს (კლინიკას); ექიმი, როგორც სამედიცინო მომსახურების მთავარი მიწოდებელი, აფასებს პაციენტის მდგომარეობას და უნიშნავს მკურნალობას, რითაც ის განსაზღვრავს მისაწოდებელი სამედიცინო მომსახურების ხასიათს და მოცულობას; ამასთან მას გააჩნია ეკონომიკური ინტერესი, რომელიც მას უბიძგებს დანიშნოს ზედმეტი გამოკვლევები და სხვა არააუცილებელი პროცედურები, რათა სამედიცინო მომსახურების

მოცულობა და აქედან გამომდინარე, კლინიკის შემოსავალი გაზარდოს. ეკონომიკურ თეორიაში აღნიშნული მოვლენა ცნობილია როგორც მოთხოვნა, პროვოცირებული მიწოდებით (supply-induced demand) (4. გვ.28). სწორედ ასეთი მოთხოვნა განსაზღვრავს ჯანდაცვაში ხარჯების უკონტროლო ზრდას. თუ ეს პროცესები არ შეიზღუდა, მაშინ მოხდება ძვირადღირებული სამედიცინო მომსახურების ხვედრითი წილის ზრდა, შემცირდება დაავადების პროფილაქტიკის და იაფი, მაგრამ ეფექტიანი სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენება.

2) საბაზრო ურთიერთობაში მოთხოვნა და მიწოდება ურთიერთკავშირშია, თანაც შესაძლებელია მათი მეტნაკლებად პროგნოზირება. ჯანდაცვაში სამედიცინო მომსახურების მოცულობის პროგნოზირება შეუძლებელია (თუ არ ჩავთვლით სეზონურ დაავადებებს).

3) როგორც აღვნიშნეთ, პაციენტს არ აქვს ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ რა სახის და მოცულობის სამედიცინო მომსახურება ჭირდება მას, ამიტომ მიდის რა ექიმთან პირველი ვიზიტით, შემდეგ იგი მოქმედებს (უმეტეს შემთხვევაში) ამ ექიმის რეკომენდაციებით, ანუ მყარდება გარკვეული დამოკიდებულება პაციენტს და ექიმს შორის, რომელსაც ეკონომიკურ ლიტერატურაში უწოდებენ ექიმის, როგორც პაციენტის აგენტის, ქცევის მოდელს (physician-patient agency models) (4. გვ.30). ამ მოდელის მიხედვით, ექიმი მოქმედებს როგორც პრინციპალის (პაციენტის) აგენტი; (პრინციპალი ფართო ცნებით, ნიშნავს ფიზიკურ ან იურიდიულ პირს, რომელიც თავისი ხარჯით ავალებს აგენტს, გარკვეული საქმიანობის გაწევას მის სასარგებლოდ).

ექიმის, როგორც აგენტის ფუნქციები ორი მიმართულებით ვითარდება: ერთი მხრივ ის განსაზღვრავს პაციენტისათვის გასაწევ სამედიცინო მომსახურების მოცულობას, თვითონ გასწევს ამ მომსახურებას მთლიანად, ან ნაწილობრივ; მეორე მხრივ, ის იცავს თავისი პაციენტის, როგორც პრინციპალის ინტერესებს, სხვა სპეციალობის ექიმებთან მიმართებაში. იმ შემთხვევაში, თუ ექიმი პაციენტისთვის ერთდროულად მომსახურების მიმწოდებელიც არის და აგენტიც, ხშირად ადგილი აქვს ინტერესთა კონფლიქტს; ექიმს შეუძლია პაციენტისთვის ვიზიტების რაოდენობა გაზარდოს როგორც მასთან, ისე კოლეგებთან, დაუნიშნოს ძვირადღირებული წამლები, თავს მოახვიოს არასაჭირო სამედიცინო გამოკვლევები და ა.შ.

4) თუ პაციენტს უფასო სამედიცინო დაზღვევა აქვს (საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევა), მისი ქცევა, სრულიად ეწინააღმდეგება ინდივი-



დის ქცევას კლასიკური საბაზრო ურთიერთობის დროს. პაციენტი ამ შემთხვევაში ყურადღებას არ აქცევს დანახარჯებს და ცდილობს საჭიროების მიუხედავად განახორციელოს ზედმეტი ვიზიტი ექიმთან, მოითხოვს ჰოსპიტალიზაციას (საჭიროების მიუხედავად) ან ძვირადღირებულ წამლებს (თუ იმედი აქვს, რომ წამლების ფასი აუნაზღაურდება).

ინფორმაციის ასიმეტრიულობა არის ის ერთ-ერთი ფაქტორი, რომელიც განაპირობებს ჯანდაცვაში სამედიცინო მომსახურების ბაზრის არასრულყოფილებას. ამის გამო ამ ბაზრის კონსტრუირებას ახდენენ კლასიკური საბაზრო მოდელის მხოლოდ გარკვეული (შესაძლებელი) ინსტრუმენტების ჩართულობით. ეკონომიკურ ლიტერატურაში სამედიცინო მომსახურების ბაზარი განიხილება როგორც კლასიკური საბაზრო ურთიერთობის იმიტაცია, რომელსაც ქვაზისაზარს (ფსევდობაზარს) უწოდებენ.

ქვაზისაზარო ურთიერთობები ჯანდაცვაში ითვალისწინებს ისეთ ურთიერთობებს, როდესაც სახელმწიფო რეგულირების პირობებში გარკვეული დოზით ჩართულია საბაზრო ელემენტები; ჯანდაცვაში ქვაზისაზარო ურთიერთობის დროს, სამედიცინო მომსახურების მიწოდებლები კონკურენციაში არიან ერთმანეთთან პაციენტისათვის მომსახურების მიწოდების უფლებისათვის, მომსახურების ხარჯებს კი ანაზღაურებს სახელმწიფო.

ქვაზისაზარის შემთხვევაში საფასო ფაქტორები პაციენტებისათვის შეზღუდულია ან საერთოდ გამორიცხული, რადგან ისინი ან საერთოდ არ იხდიან თანხას, ან იხდიან გარკვეულ თანხას თანადაფინანსების სახით. ამ სიტუაციაში, პაციენტის არჩევანის რეალიზაცია ხდება დამფინანსებლის (ფონდის მფლობელების) მიერ (სახელმწიფო, ან სადაზღვევო ორგანო), რომელიც ტრანსფორმირდება სამედიცინო მომსახურების ინფორმირებულ მომხმარებლად, მას შეუძლია (ვალდებულიცაა) რაციონალურად გამოიყენოს ფინანსური რესურსი; უშუალოდ პაციენტს კი გადახდილი თანხის რაოდენობა ნაკლებად აღემატება (რადგან მის ჯიბეზე უშუალოდ არ აისახება).

მიუხედავად ზემოთ მოყვანილი სირთულეებისა, ქვაზისაზარო ურთიერთობისას ცდილობენ კლასიკური ბაზრის ელემენტები შეხამებული იყოს ჯანდაცვის მკაცრ სახელმწიფო რეგულირებასთან, წინასწარ განსაზღვრული ბიუჯეტის ფარგლებში.

ჯანდაცვაში ქვაზისაზარო ურთიერთობის რეალიზაცია ხდება ორი მიმართულებით: ა) სახელმწიფოში არსებობს საყოველთაო სამედ-

იცინო დაზღვევის (სსდ) სისტემა, რომელიც დამყარებულია სადაზღვევო კომპანიების კონკურენციაზე; ამ ვარიანტს ეწოდება რეგულირებადი კონკურენციის მოდელი (5 გვ.3). ეს მოდელი დაედო საფუძვლად ჯანდაცვის საბაზრო რეფორმებს გერმანიაში, ნიდერლანდებში, შვეიცარიაში, ბელგიაში, ჩეხეთში, ისრაელში და სხვა. ბ) მეორე მიმართულება ეკონომიკურ ლიტერატურაში ცნობილია, როგორც შიდა ბაზრის მოდელი, რომლის მიხედვითაც ვითარდება რეფორმები დიდ ბრიტანეთში, იტალიაში, შვეიცარიაში, ფინეთში.

რეგულირებადი კონკურენციის მოდელში საბაზრო ელემენტების შემოტანა მიმდინარეობს რამდენიმე მიმართულებით:

1. იქმნება მომხმარებლის არჩევანის გაფართოების შესაძლებლობა. მოდელი ითვალისწინებს დაზღვევის ისეთ სქემას, როდესაც პაციენტი თვითონ ირჩევს სადაზღვევო კომპანიას; მისი არჩევანი მოტივირებულია (მას აქვს ინფორმაცია დამზღვევის საიმედოობაზე, კეთილსინდისიერებაზე) და ინფორმირებული (მან იცის სამედიცინო მომსახურების ჩამონათვალი, რომელსაც მზღვეველი უზრუნველყოფს); პაციენტის მოტივირებაზე და ინფორმირებულებაზე ზრუნავს სადაზღვევო კომპანია, რომელიც კონკურენციაშია სხვა კომპანიებთან.

2. კონკურენციის გაზრდის მიზნით იქმნება შესაძლებლობა, მზღვეველმა სამედიცინო მომსახურების ერთიან პაკეტს დაუმატოს (თავისი ინიციატივით) დამატებითი მომსახურების პაკეტი, რითაც ის აჩენს პაციენტის დამატებით მოტივაციას აირჩიოს სწორედ მოცემული მზღვეველი.

3. მზღვეველებსა და სამედიცინო ორგანიზაციებს შორის მყარდება ისეთი სახელშეკრულებო ურთიერთობები, რის მიხედვითაც ხდება მათ შორის რისკების გადანაწილება გეგმიურთან შედარებით ფაქტიური ხარჯების გადამეტებაზე, ფაქტიური ხარჯების გადამეტება გეგმიურზე სწორად იმის შედეგია, რომ მზღვეველები ზეგეგმიურ ხარჯებს უპრობლემოდ ანაზღაურებენ, რადგან საბოლოო გადამხდელი სახელმწიფოა.

4. მოდელი ითვალისწინებს სამედიცინო დაზღვევის დაწესებულებების და სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ბაზრის დემონოპოლიზაციას; სახელმწიფო ხელს უწყობს ბაზარზე სადაზღვევო კომპანიების ზრდას, რითაც მათ შორის დამატებით კონკურენციის გაჩენას უზრუნველყოფს; ასევე სამედიცინო დაწესებულებების დემონოპოლიზაციის მიზნით, სახელმწიფო წაახალისებს ახალი სამედიცინო სუბიექტების



გახსნას, დარგში კერძო კაპიტალის მოზიდვაში დახმარების გზით.

ისმის კითხვა, რამდენად ეფექტიანია პრაქტიკაში რეგულირებადი კონკურენციის მოდელის დანერგვა? ამ კითხვაზე ერთმნიშვნელოვანი პასუხი არ არსებობს, რადგან მოდელს გააჩნია როგორც დადებითი, ასევე უარყოფითი გამოვლინებები, რომელიც დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე (რეფორმის სასტარტო პირობები, ვადები, ეტაპები და მრავალი სხვა).

ასეთი არაერთმნიშვნელოვანი შეფასების მიუხედავად, ევროპის მთელი რიგი ქვეყნებისა სწორედ ასეთ მოდელს ირჩევენ.

ჯანდაცვაში რეფორმების ხანგრძლივობით და სიღრმით ევროპაში გამორჩეული ქვეყანა არის ნიდერლანდები, რომელიც რამდენიმე ათეული წელია ამ მოდელის მიხედვით აწარმოებს ჯანდაცვის პროგრამას.

ნიდერლანდების მთავრობა აცხადებს, რომ ჯანდაცვაში ცენტრალიზებული დაგეგმვის სისტემა არაეფექტიანია, იგი უნდა შეიცვალოს რეგულირებადი კონკურენციით, იმ დოზით, რა დოზითაც ის გამართლებული იქნება (4-გვ.258).

ნიდერლანდების ჯანდაცვაში ქვახისაბაზრო ურთიერთობების, კერძოდ რეგულირებადი კონკურენციის მოდელის ფარგლებში, შემოღებული იქნა სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების ახალი მეთოდები, მიღწეული იქნა პროგრესი ფასწარმოქმნის სისტემაში და მომსახურების ხარისხში, სამედიცინო ტექნოლოგიები უფრო სტანდარტიზირებული გახდა, მოხდა ფინანსური რისკების გადანაწილება გადამხდელსა და სტაციონარებს შორის.

ქვახისაბაზრო ურთიერთობის მეორე მოდელი შიდა ბაზრის მოდელი, ყველაზე გამოხატულად დანერგილია დიდ ბრიტანეთის ჯანდაცვაში. აღნიშნულ მოდელზე გადასვლა მიმდინარეობდა ორ ეტაპად; პირველი ეტაპი განხორციელდა 1991-1997 წლებში, ხოლო მეორე ეტაპი დღემდე გრძელდება.

რეფორმის პირველი ეტაპის ამოცანა იყო საავადმყოფოებს შორის ფასისა და ხარისხის მიხედვით კონკურენციის სტიმულირება. მყიდველებად გამოდიოდნენ ჯანდაცვის რაიონული განყოფილებები (ფონდის მფლობელები), რომლებიც სტაციონარებში შეკვეთებს განათავსებდნენ კონკურსის საფუძველზე; სამედიცინო მომსახურების დანარჩენ მყიდველებად გამოდიოდნენ საერთო პრაქტიკის პოლიკლინიკები, რომლებიც სახელმწიფოსგან დაფინანსებას იღებდნენ როგორც საკუთარი ხარჯებისათვის, ისე სპეციალური (არაპროფიტული) სამედიცინო მომსახურების შესაძენად თავიანთი დაწესე-

ბულებების გარეთ. ისინი ხელშეკრულებას აფორმებდნენ სტაციონარებთან და ანაზღაურებდნენ მათ მომსახურებას.

სისტემის მართვის მთავარი ბერკეტები რჩებოდა სახელმწიფოს ხელში, რომლებიც აწესებდნენ თამაშის საერთო წესებს, როგორც ჯანდაცვის მართვის ორგანოების, ისე სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებისთვის.

რეფორმის ამ ეტაპის დადებითი მხარე იყო ის, რომ კონკურენტუნარიანობის გასაზრდელად სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები ფასებს დაბლა სწევდნენ, რისთვისაც ნერგავდნენ რესურსდამზოგავ ტექნოლოგიებს. შემდეგი პოზიტიური შედეგი იყო ის, რომ საერთო პრაქტიკის პოლიკლინიკებმა მიიღეს დამატებითი ბერკეტები, რათა სტაციონარებს მომსახურების ხარისხი გაეუმჯობესებინათ.

რეფორმის მეორე ეტაპის საერთო ლოგიკა იყო ის, რომ შექმნილიყო სამედიცინო მომსახურების ძლიერი შემსყიდველი და აქცენტი გადატანილიყო საფინანსო-მმართველობით მექანიზმებზე, ამასთან საფასო კრიტერიუმების მიხედვით შეკვეთების განთავსება უარყოფილი იქნა. ანუ საბაზრო ურთიერთობის საფასო ელემენტი უარყოფილი იქნა იმის გამო, რომ მომსახურების ფასის შემცირება ხშირად ხარისხის შემცირების ხარჯზე ხდებოდა.

სტაციონარული მომსახურების შეძენის ფუნქციები მთლიანად გადაეცა საერთო საექიმო პრაქტიკის ტერიტორიულ გაერთიანებებს, რომლებიც აკონტროლებენ საავადმყოფოების ბიუჯეტების 90% მდე და უკვეთავენ მათ სამედიცინო მომსახურებას. სახელმწიფოს მიერ შემოღებული იქნა ერთიანი ეროვნული ტარიფები, იმ განზრახვით, რომ ოპტიმალური, საკმაოდ მკაცრი ტარიფები იძულებულს გახდიდნენ ნაკლებ ეფექტურ სტაციონარებს დაეხვეწათ ტექნოლოგიები ამ ნორმატივებში ჩატევისათვის; მეორე მხრივ ფონდის მფლობელებს მეტი საშუალება ეძლევათ გააკონტროლონ არა ფასები, არამედ მომსახურების ხარისხი. ასეთი მიდგომა რეფორმატორების აზრით გამოირიცხავდა კონფლიქტს ფასსა და ხარისხს შორის, ასევე მოხდებოდა რისკების გადანაწილება, თუ მომსახურების ფაქტიური ღირებულება გადააჭარბებდა გეგმიურს.

ამრიგად, ევროპის ქვეყნებში ჯანდაცვის სფეროში საბაზრო ურთიერთობის ელემენტების შემოტანის მცდელობის ლიდერები დიდი ბრიტანეთი და ნიდერლანდებია. მათ რეფორმებისათვის სხვადასხვა გზა აირჩიეს. თუ მათ გამოცდილებას შევფასებთ, როგორია იმის თქმა, რომ საბაზრო ელემენტების შემოტანა სისტე-



მაში ერთმნიშვნელოვნად წარმატებულია; მეორე მხრივ, ისინი აცნობიერებენ, რომ ჯანდაცვის საყოველთაო დაზღვევა, რომელიც სახელმწიფოსგან ფინანსდება, ამ ელემენტების გარეშე, ბუნებით ხარჯვითი მოდელია და ხარჯების ოპტიმიზაციის არავითარი ეკონომიკური მექანიზმი არ არსებობს. მეორე მხრივ, ქვაზისაბაზრო ურთიერთობის ჩამოსაყალიბებლად დიდი სიფრთხილე და გამოცდილების დაგროვებაა საჭირო. ამ გზაზე შეიძლება იყოს შეცდომებიც (მაგალითად, დიდმა ბრიტანეთმა რეფორმის მეორე ეტაპზე უარყო საფასო კომპონენტი, ნიდერლანდებიც მუდმივ ექსპერიმენტებს მიმართავს). ზოგადად კი "ჯანდაცვაში საბაზრო მექანიზმების შემოტანა გამართლებულია მაშინ, როდესაც ამოწურულია დარგში სახელმწიფო დაგეგმვის ეფექტიანობის ამად-

ლების რეზერვები" (4. გვ.257).

რაც შეეხება საქართველოს, ამ ეტაპზე ხდება ადგილობრივი გამოცდილების დაგროვება. მიგვაჩნია, რომ ამავე დროს, გათვალისწინებულ უნდა იქნეს ევროპული გამოცდილება. ცხადია, რომ აუცილებელია სისტემური რეფორმების განხორციელება, თუმცა ქვეყანაში მძიმე სოციალური ფონის გათვალისწინებით, აღნიშნული რეფორმები მოსახლეობისთვის მაქსიმალურად უმტკივნეულოდ უნდა ჩატარდეს. თანამედროვე მდგომარეობით, თამასა საკმაოდ მაღალია და მთავრობის ვალია, რომ ქვეყანაში საერთო ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესების გზით მოძებნოს დამატებითი რესურსები (ვინაიდან საყოველთაო დაზღვევა საკმაოდ დიდ ხარჯებთან არის დაკავშირებული) და განახორციელოს წარმატებული რეფორმები.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. <http://pia.ge/post/96505ministrissefasebitikvetebaklinikebisadacmxolodmenejmentisketildreobazezrunaven>
2. <http://www.ambebi.ge/politika/185451giorgiqadagi-dzesakhelmtsifomundadaanebosthaviiluziasromisukethesadmarthavsvidrekerdzoseqtori.html>

3. http://for.ge/view.php?for_id=47702&cat=3
4. И.М.Шейман ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА РЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. М. 2008г.
5. www.yarregion.ru Квазирыночные отношения и отношения конкуренции в здравоохранении

ELEMENTS OF THE MARKET RELATIONS IN A HEALTH CARE SYSTEM

RUSUDAN KVARATSKHELIA

E-mail: rusa.kvaratskhelia@gmail.com

NODAR SAMKHARADZE

Summary

In the wake of observed gaps in the division of financial resources and effective spending in the system of Georgia's public health service, it is necessary to be elaborated regulating mechanism, which will ensure effective spending of state finances and create an efficacious stimulus for thrifty spending; to be inculcated objective evaluation system of financialeconomic work. In our opinion, it is significant to be inculcated elements of market relations in the system of public health service. one of the directions could be considered quasimarket relations, particularly the creation of adjustable competition mode; in Our opinion, at the same time it is important to be inculcated an audit of public health effectiveness in order to manage needful financial resources more productively and effectively.