

ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა

ეპნატი შამუგია

ჯანმრთელობის დაცვის პროექტი

ეხსიანის შექმნა

თბილისი
2024

პოლიტიკის დოკუმენტი შექმნილია საქართველოს უნივერსიტეტთან არსებულ დამოუკიდებელ კვლევით ინსტიტუტ Gnomon Wise-ში. ინსტიტუტის პროექტის - „საქართველოს სახელმწიფოს წინაშე არსებული გამოწვევები და მათზე პასუხი“ - ფარგლებში.

პოლიტიკის დოკუმენტის ავტორი:
ეგნატე შამუგია - Gnomon Wise-ის მკვლევარი

ნაშრომში გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის ავტორსა და კვლევით ინსტიტუტ Gnomon Wise-ს და შესაძლოა, არ ასახავდეს საქართველოს უნივერსიტეტის პოზიციას.



საჩრევნი

1. საქართვლოს ჯანდასვის სისტემა	9
1.1. 1995-2003 წლების პოლიტიკა	9
1.2. 2004-2012 წლების პოლიტიკა	13
1.3. 2013-2022 წლების პოლიტიკა	17
1.4. არსებული მდგომარეობა	22
2. ჯანდასვის რეგულირების მიდგომები	27
2.1. თანაგადახდის მექანიზმი	29
2.2. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები	31
3. ჯანდასვის პოლიტიკა ევროკავშირში	38
4. ჯანდასვის პოლიტიკის რეფორმების მიმართულება	43
4.1. რეფორმის ძირითადი პრინციპები	43
4.2. ალტერნატივების შედარება	49
დასკვნა	55
ბამოყენებული ლიტერატურა	58

ბნაჟიკაბი

გრაფიკი 1: ჰიბიდან გადახდები ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (%)	11
გრაფიკი 2: სამედიცინო სამუშაო ძალა და საწოლფონდი.	12
გრაფიკი 3: ცენტრალური და ადგილობრივი ბიუჯეტის ჯანდაცვის დანახარჯების წილი ბიუჯეტის მთლიან ხარჯებში (%)	13
გრაფიკი 4: სამედიცინო სამუშაო ძალა და საწოლფონდი.	14
გრაფიკი 5: სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეთა გადახდები და მათი წილი მოსახლეობაში	15
გრაფიკი 6: ჰიბიდან გახდებისა და საჯარო დანახარჯების წილი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (%).	16
გრაფიკი 7: ჰიბიდან გახდებისა და საჯარო დანახარჯების წილი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (%).	17
გრაფიკი 8: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანახარჯები (მლნ ლარი)	18
გრაფიკი 9: ჯანდაცვის საჯარო დანახარჯები ერთ მოსახლეზე (რეალური, 2003 წლის ფასები)	21
გრაფიკი 10: სამედიცინო სამუშაო ძალა და საწოლფონდი	21
გრაფიკი 11: საყოველთაო ჯანდაცვის ხარჯები (მლნ ლარი)	23
გრაფიკი 12: საყოველთაო ჯანდაცვით მოსარგებლე ყოველ ათას მოსახლეზე	23
გრაფიკი 13: საყოველთაო ჯანდაცვის რეალური დანახარჯები ერთ მოსარგებლეზე (ლარი, 2010 წლის ფასები).	24
გრაფიკი 14: ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯები დაფინანსების მიხედვით, 2020 წელი (%)	39
გრაფიკი 15: კერძო დაზღვევის დაფარვა, მოსახლეობაში წილი, 2020 წელი (%)	40
გრაფიკი 16: ჯანდაცვის რეალური საჯარო დანახარჯების და მშპ-ს ზრდა, 2013-2022 წლები (%)	41
გრაფიკი 17: დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მოცვა (%)	51

გრაფიკი 18: ღარიბი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის ხარჯები – საბაზისო (მლნ ლარი) 52

გრაფიკი 19: ღარიბი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის ხარჯები – გადაუდებელი და კრიტიკული (მლნ ლარი) 52

გრაფიკი 20: საყოველთაო ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების მოდელის ხარჯები (მლნ ლარი) 53

გრაფიკი 21: ცენტრალური ბიუჯეტის ჯანმრთელობის დაცვის დანახარჯების მშპ-სთან ფარდობა 54

სხნიღაბი

ცხრილი 1: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარები კატეგორიების მიხედვით, 2020 წელი 19

ცხრილი 2: საბაზისო დაზღვევის პოლისი, 2010 წელი 50

ცხრილი 3: გადაუდებელი მომსახურებისა და კრიტიკული დაავადებების ხარჯების დაზღვევის პოლისი 51

ანოტაცია

წინამდებარე პოლიტიკის დოკუმენტი წარმოადგენს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების ზოგად პრინციპებს და ამ პრინციპების დანერგვის მექანიზმსა და მოსალოდნელი შედეგების აღწერას.

წარმოდგენილი პუბლიკაცია მოიცავს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ისტორიული გამოცდილების ანალიზს: სხვადასხვა დროს არსებული პოლიტიკის განხილვასა და მიღებულ შედეგებს. პოლიტიკის დოკუმენტი ფოკუსირებულია ჯანდაცვის საჯარო პოლიტიკის არსებული მდგომარეობის საფუძვლიან ანალიზსა და პრობლემის შესწავლაზე. ამასთან, დოკუმენტში განხილულია ჯანდაცვის სისტემების გლობალური გამოცდილება და არსებული გამოწვევები.

მრავალრიცხოვანი თეორიული და ემპირიული კვლევისა და მოწინავე ეკონომიკის გამოცდილებაზე დაყრდნობით, განსაზღვრულია ჯანდაცვის ოპტიმალური მოდელი და ჯანდაცვის სისტემიდან სოციალური დახმარების გამიჯვნის საკითხი, შემოთავაზებულია ოპტიმალურ მოდელთან მიახლოების ალტერნატივები და მათი შედარება.

შესავალი

ჯანდაცვის სისტემა, მისი ეფექტიანი ოპერირება, ხარისხიანი და ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურება პოლიტიკოსების დღის წესრიგში მუდმივად აქტუალური საკითხია, რადგან თითოეულ ინდივიდს, მის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობას პირდაპირ ეხება.

საქართველოში ყოველი ხელისუფლების ცვლილების შემდეგ, ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა ხელახლა იწყებოდა, მაგრამ, ამის მიუხედავად, ჯანდაცვის პოლიტიკა დღემდე გამოწვევად რჩება.

ბოლო ათწლეულში დამკვიდრდა უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემა, რომელსაც საბიუჯეტო რესურსების პერმანენტული ზრდა მოჰყვა. პასუხად კი - მთავრობის მიერ უფრო მეტი რეგულაცია, რომლებმაც სისტემა ფასების ფიქსირებაზე მიიყვანა. ეს კი საბჭოთა ჯანდაცვისკენ შემობრუნებაა და მომავალში - პრობლემების გაფართოებისა და გამწვავების წინაპირობა.

წინამდებარე პოლიტიკის დოკუმენტის მიზანია, საქართველოს ჯანდაცვის სექტორის რეფორმირების ძირითადი მიმართულებისა და შესაბამისი ნაბიჯების გამოვლენა. აღნიშნულმა განაპირობა ნაშრომის სტრუქტურა, რომელიც ოთხი ძირითადი ნაწილისგან შედგება.

ნაშრომის პირველი თავი ვრცლად და საფუძვლიანად აღწერს და აანალიზებს ჯერ კიდევ საბჭოთა კავშირის დროინდელი სემაშკოს მოდელიდან საყოველთაო ჯანდაცვის მოდელამდე არსებული პოლიტიკის მიდგომებსა და მათი ცვლილების წინაპირობებს, დეტალურად განიხილავს რეფორმის შედეგებსა და ყოველი ახალი რეფორმის შემდეგ დამდგარ გამოწვევებს.

დოკუმენტის მეორე თავში განხილულია ჯანდაცვის სპეციფიკურობა და მასთან დაკავშირებული გამოწვევები. ამის შემდეგ, ნაშრომი დეტალურად შეისწავლის აკადემიურ ლიტერატურას, რომელიც სხვადასხვა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემების თავისებურებებს მოიცავს. გარდა ამისა, დოკუმენტის იგივე თავი

ვი განიხილავს ემპირიულ კვლევებს, რომლებშიც გამოკვლეულია ჯანდაცვის სისტემის გამოწვევები, მათი გადაჭრის ინსტრუმენტები და მიღებული შედეგები.

მესამე თავი მიმოიხილავს ევროკავშირის წევრი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემების გამოცდილებას, გამოწვევებსა და თავისებურებებს.

დაბოლოს, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა ეტაპის განხილვის, მსოფლიოში არსებული გამოცდილების, სამეცნიერო ლიტერატურაზე დაფუძნებით ჯანდაცვის ოპტიმალური მოდელის განსაზღვრის შემდეგ, დოკუმენტში ჩამოვაცალიებთ რეფორმირების ძირითად მიმართულებებს და რეკომენდაციებს. დოკუმენტში ვაჩვენებთ შეთავაზებული პოლიტიკის რეფორმირების მოსალოდნელ შედეგებს.

1.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა

საქართველოში საბჭოთა კავშირის დროინდელმა ჯანდაცვის სისტემამ, ეგრეთ წოდებულმა სემაშკოს მოდელმა, 1995 წლამდე იარსება. სემაშკოს მოდელში ჯანდაცვის სისტემა სრულიად ნაციონალიზებულია და ცენტრალიზებულად იმართება - ფასები ფიქსირებულია და სამედიცინო მომსახურება ყველასთვის უფასოა. მომდევნო წლებში საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში რამდენიმე ფართომასშტაბიანი ცვლილება განხორციელდა, რომლებიც განსხვავებული შინაარსისა და მიმართულების იყო. არც თუ ისე ხანგრძლივ პერიოდში, რეგულირების მიდგომა დერეგულირებით ჩანაცვლდა, რომელსაც რეგულირების ხელახალი პროცესი მოჰყვა. დროის ამ პერიოდში, ჯანდაცვის პოლიტიკის ხარჯების უზრუნველყოფის ოთხმა განსხვავებულმა სქემამ იარსება, რომელთაგან ეფექტიანი და სამართლიანი არც ერთი არ აღმოჩნდა.

საბოლოოდ, ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებულმა ცვლილებებმა შექმნა რეგულირების ერთგვარი სპირალი, რომელშიც მთავრობის მორიგი ჩარევა კიდევ უფრო მეტ პრობლემას აჩენს და უფრო მეტ რეგულირებას საჭიროებს.

1.1. 1995-2003 წლების პოლიტიკა

დამოუკიდებლობის აღდგენის შემდეგ, სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული ქონების განკერძოების პროცესმა, ერთი მხრივ, დაიგვიანა, ხოლო, მეორე

მხრივ, დაბალი ტემპით მიმდინარეობდა. ასეთივე მდგომარეობა იყო ჯანდაცვის სისტემაშიც. საწყის ეტაპზე, მხოლოდ სტომატოლოგიური კლინიკებისა და ფარმაცევტული ნაწილის პრივატიზაცია განხორციელდა, ხოლო საავადმყოფოები და სხვა სამედიცინო დაწესებულებები, დიდი ხნის განმავლობაში, კვლავ სახელმწიფოს საკუთრებაში რჩებოდა.

მართვის თვალსაზრისით, 1995 წელს გატარებული რეფორმა სისტემის დეცენტრალიზაციასა და დეცენტრალიზაციას გულისხმობდა. სწორედ დეცენტრალიზაცია წარმოადგენდა პირველი რეფორმის მთავარ ელემენტს, რადგან მანამდე არსებული სისტემა უკიდურესად ცენტრალიზებული იყო.

რეფორმის პროცესში, სრულად გადასახადებით დაფინანსებული ჯანდაცვის სისტემა შეიცვალა სოციალური დაზღვევის მოდელით, რომელიც ავალდებულებდა დასაქმებულს - ხელფასის 1%-ის, ხოლო დამსაქმებელს ხელფასის 3%-ის შეტანას სპეციალურად შექმნილ სახელმწიფო სადაზღვევო ფონდში. რაც შეეხება უმუშევრებს, პენსიონერებსა და ბავშვებს, მათი შენატანები ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერებით იყო უზრუნველყოფილი. ამასთან, არსებობდა ადგილობრივი ბიუჯეტიდან დაფინანსებული მუნიციპალური ფონდები (1999 წლიდან - რეგიონული). ორივე - სადაზღვევო კომპანია და მუნიციპალური ფონდები - მოსახლეობის საბაზისო სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს ფარავდა, ხოლო პრევენციული აქტივობები (საზოგადოებრივი ჯანდაცვა) ცენტრალური ბიუჯეტიდან ფინანსდებოდა¹.

მოგვიანებით, 2002 წელს, სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შენატანები შეიცვალა სოციალური გადასახადის შემოღებით, რომელიც პირდაპირ გადასახადს წარმოადგენდა. გადასახადის გადამხდელი დამქირავებელი იყო, დაბეგვრის ობიექტი - ხელფასი, ხოლო განაკვეთი - ხელფასის 31%, არანაკლებ 16 ლარისა.

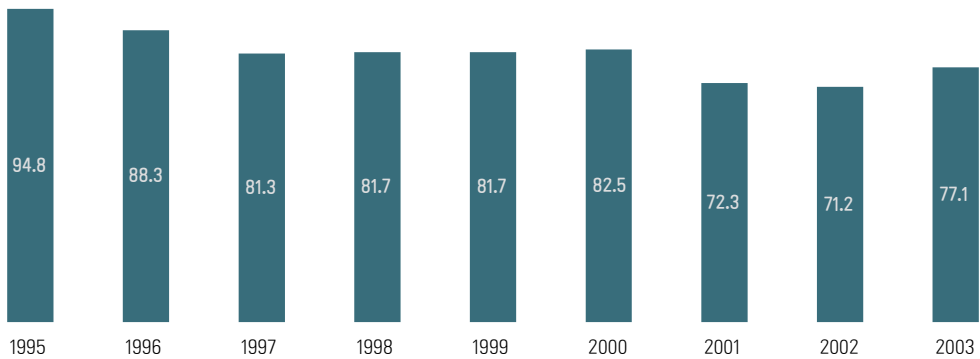
მიუხედავად ასეთი მოდელისა, ჯიბიდან როგორც ფორმალური, ისე არაფორმალური გადახდები, სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების ძირითადი წყა-

1. Gamkrelidze, A., Atun, R., Gotsadze, G., & MacLehose, L. (2002). Health Care Systems in Transition: Georgia. *European Observatory on Health Care Systems*.; Sehngelia, L., Pavlova, M., & Groot, W. (2016). Impact of healthcare reform on universal coverage in Georgia: a systematic review. *Diversity and Equality in Health and Care*, 13(5). ; Chanturidze, T., Ugulava, T., Duran, A., Ensor, T., & Richardson, E. (2009). Georgia: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 11(1).

რო იყო, რაც მოსახლეობისთვის ხარისხიან ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის ბარიერს წარმოადგენდა².

საბჭოთა კავშირიდან მოყოლებული 1995 წლამდე, ჯანდაცვა ყველასთვის უფასო იყო, მაგრამ, პარალელურად, არაფორმალური გადახდების ტრადიციას ფეხი ჰქონდა მოკიდებული. დამოუკიდებლობის აღდგენის პირველ წლებში, სამედიცინო პერსონალის ძირითადი შემოსავლის წყარო სწორედ ეს იყო. პირველი რეფორმის შემდეგ, ასეთი პრაქტიკა შენარჩუნდა, მაგრამ გადახდების ნაწილის ლეგალიზაცია მოხდა, რადგან ცენტრალური და ადგილობრივი ფონდები ყველა სახის სამედიცინო მომსახურებას არ აფინანსებდა. რეფორმის ფარგლებში, ყველა მომსახურებისთვის განსხვავებული საფასური განისაზღვრა, იმ მოლოდინით, რომ ჯიბიდან არაფორმალური გადახდები შემცირდებოდა. თუმცა შედეგები მოსალოდნელისგან განსხვავებული აღმოჩნდა. განსაზღვრული საფასურის მიღმა, არაფორმალური გადახდები კვლავ მასშტაბური რჩებოდა³.

გრაფიკი 1: ჯიბიდან გადახდები ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (%)

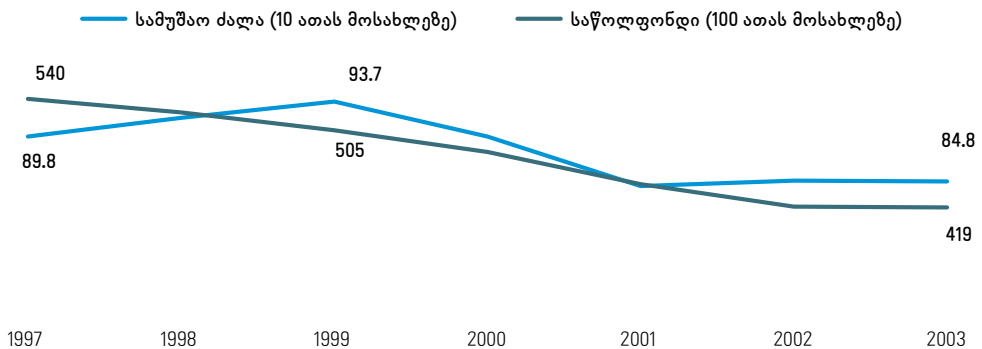


წყარო: WHO European Health for All database

2. Gotsadze, G., Bennett, S., Ranson, K., & Gzirishvili, D. (2005). Health care-seeking behaviour and out-of-pocket payments in Tbilisi, Georgia. *Health Policy and Planning, 20*(4), 232–242.
 3. Gamkrelidze, A., Atun, R., Gotsadze, G., & MacLehose, L. (2002). Health Care Systems in Transition: Georgia. *European Observatory on Health Care Systems*. Belli, P., Gotsadze, G., & Shahriari, H. (2004). Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Policy, 70*(1), 109–123.

ამასთან, ეს პერიოდი ჯანდაცვის სექტორში რესურსების, დასაქმებული სამუშაო ძალისა და საწოლფონდის ზომიერი კლების ტენდენციით ხასიათდებოდა. თუ 1997 წელს ყოველ ასი ათას მოსახლეზე საავადმყოფოებში საწოლების რაოდენობა 540 ერთეული იყო, უკვე 2003 წელს ეს მაჩვენებელი 419 ერთეულს შეადგენდა. ასეთი სურათი იყო ადამიანური რესურსების კუთხითაც: ამ პერიოდში, ყოველ 10 ათას მოსახლეზე, სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა 90 -დან 85 ადამიანამდე შემცირდა.

გრაფიკი 2: სამედიცინო სამუშაო ძალა და საწოლფონდი



წყარო: WHO European Health for All database; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

ამ პერიოდის მძიმე პოლიტიკური და ეკონომიკური მოვლენების გამო, ჯანდაცვის საჯარო დანახარჯებიც შემცირდა, რადგან ბიუჯეტის დამგვემავი პარამეტრები არ სრულდებოდა. მაგალითად, 1999 წელს დაავადებათა პრევენციის პროგრამებმა დაგეგმილის მხოლოდ 23% მიიღო, ხოლო სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიამ - დამტკიცებული ბიუჯეტის მხოლოდ 64.2%-ის ფინანსური რესურსი⁴. მოსახლეობის სამედიცინო ხარჯების ანაზღაურების ძირითად წყაროდ კვლავ ჯიბიდან გადახდები რჩებოდა.

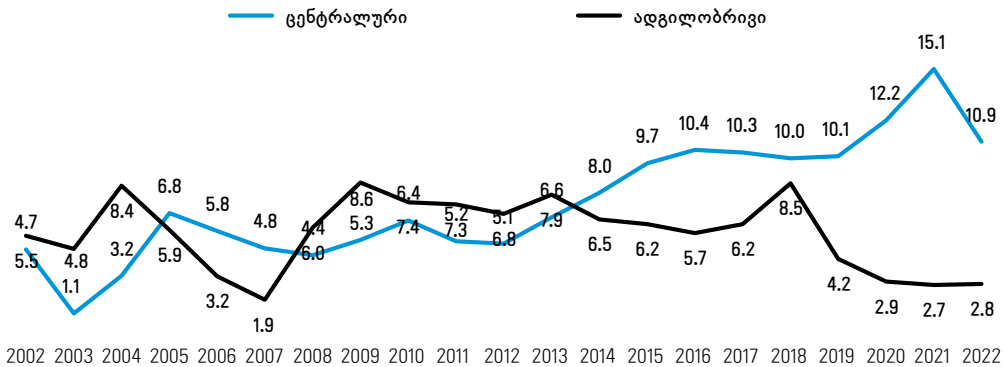
4. Gamkrelidze, A., Atun, R., Gotsadze, G., & MacLehose, L. (2002). Health Care Systems in Transition: Georgia. *European Observatory on Health Care Systems*.

1.2. 2004-2012 წლების პოლიტიკა

ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის მეორე ეტაპი, რომლის მიზანი სისტემის ყველა კომპონენტის გარდაქმნა იყო, 2004 წლიდან დაიწყო. ამ პერიოდის რეფორმის მიდგომა ეფუძნებოდა სერვისის კერძო სექტორის მიერ მიწოდებას, დერეგულირებასა და მთავრობის როლის შემცირებას⁵. განხორციელებული ცვლილებებით, უარი ითქვა სოციალური დაზღვევის მოდელზე, რომელიც მიზნობრივი სოციალური დახმარების მიდგომამ ჩაანაცვლა.

რეფორმა ჯანდაცვის პოლიტიკაში, მართვის კუთხით, რეცენტრალიზაციას წარმოადგენდა, ხოლო ჯანდაცვის რესურსების მიმართულებით კი - დეცენტრალიზაციას. აქედან პირველი ხელისუფლების ორგანოებს შორის უფლებამოსილების ხელახლა განაწილებას უკავშირდებოდა, მეორე კი - ჯანდაცვის საშუალებების მასობრივ პრივატიზაციას.

გრაფიკი 3: ცენტრალური და ადგილობრივი ბიუჯეტის ჯანდაცვის დანახარჯების წილი ბიუჯეტის მთლიან ხარჯებში (%)



წყარო: საქართველოს ფინანსთა სამინისტრო

მეორე ეტაპის პირობებში, ცენტრალურმა მთავრობამ სრული ძალაუფლება აიღო ჯანდაცვის პოლიტიკის ფორმირებაზე, ბიუჯეტირებასა და გადაწყვეტილების მიღებაზე. აღნიშნულით, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადგილობრივი მთავრობების უფლებამოსილება სრულად გადავიდა ცენტრალური

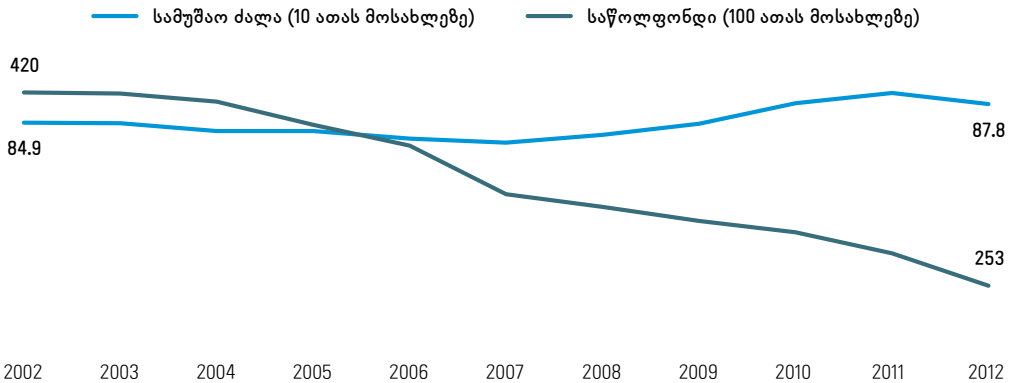
5. Chanturidze, T., Ugulava, T., Duran, A., Ensor, T., & Richardson, E. (2009). Georgia: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 11(1).

მთავრობის ხელში. შედეგად, 2012 წლისთვის, ცენტრალური ბიუჯეტის წილი ჯანდაცვის საჯარო დანახარჯებში 89.8%-დე გაიზარდა.

2007 წლიდან დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის მასობრივი პრივატიზაცია, რაც 2010 წლამდე გაგრძელდა. სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული კლინიკებისა და ჰოსპიტლების დიდი ნაწილი კერძო საკუთრებაში აღმოჩნდა. სამედიცინო დაწესებულებების პრივატიზაცია გამოწვეული იყო იქ არსებული მძიმე ინფრასტრუქტურული მდგომარეობით, პერსონალის გადაჭარბებით, დაბალი მოტივაციითა და პასუხისმგებლობით⁶.

რეფორმის შედეგად, ჩამოყალიბდა სისტემა, რომელშიც სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ პირებს, კერძო სადაზღვევო კომპანიისგან, სამედიცინო პოლისის შესყიდვის ვაუჩერი გადაეცემოდა. თავის მხრივ, ვაუჩერით მოსარგებლე პირს სადაზღვევო კომპანიის თავისუფლად არჩევა შეეძლო⁷.

გრაფიკი 4: სამედიცინო სამუშაო ძალა და საწოლფონდი



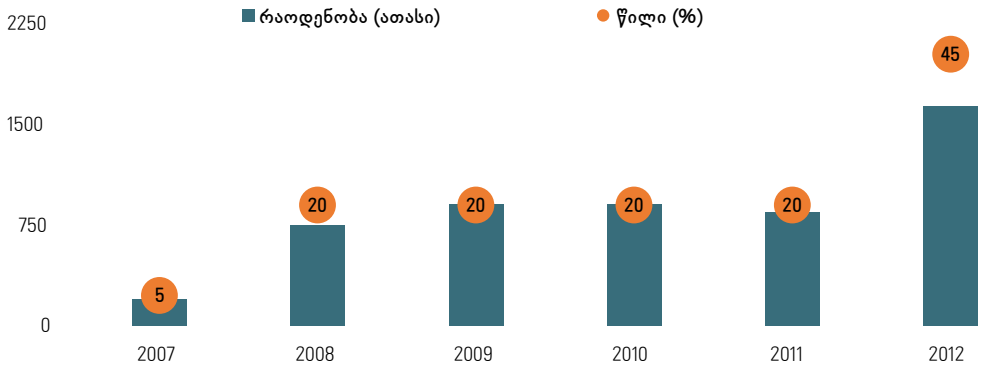
წყარო: WHO European Health for All database; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

6. Sehngelia, L., Pavlova, M., & Groot, W. (2016). Impact of healthcare reform on universal coverage in Georgia: a systematic review. *Diversity and Equality in Health and Care*, 13(5).

7. დაზღვევის წლიური პრემიის საბაზისო ოდენობა 180 ლარს შეადგენდა, რაც ბიუჯეტიდან დაზღვეული პირის კოფიციენტზე ნამრავლით ანაზღაურდებოდა. კონკრეტულად, 464 წლის ასაკობრივი კატეგორიისთვის პრემიის კოფიციენტი 0.86 იყო, ხოლო 465 წლის ასაკობრივი კატეგორიისთვის - 1.42.

ამასთან, საწოლფონდის კლების დინამიკა 2003-2012 წლებშიც გაგრძელდა, თუმცა, წინა პერიოდისგან განსხვავებით, სექტორში დასაქმებულთა რაოდენობა გაიზარდა. თუ 2003 წელს საავადმყოფოებში საწოლების რაოდენობა 419 ერთეული იყო, ათი წლის შემდეგ, ეს მაჩვენებელი 253 ერთეულს შეადგენდა. თუმცა სამუშაო ძალის ნაწილში კლების დინამიკა შეწყდა. 2003 წლისთვის ყოველ ათი ათას მოსახლეზე მედიკოსთა რაოდენობა 85 იყო, ხოლო უკვე 2012 წლისთვის, ეს მაჩვენებელი 88-მდე გაიზარდა.

გრაფიკი 5: სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეთა რაოდენობა და მათი წილი მოსახლეობაში

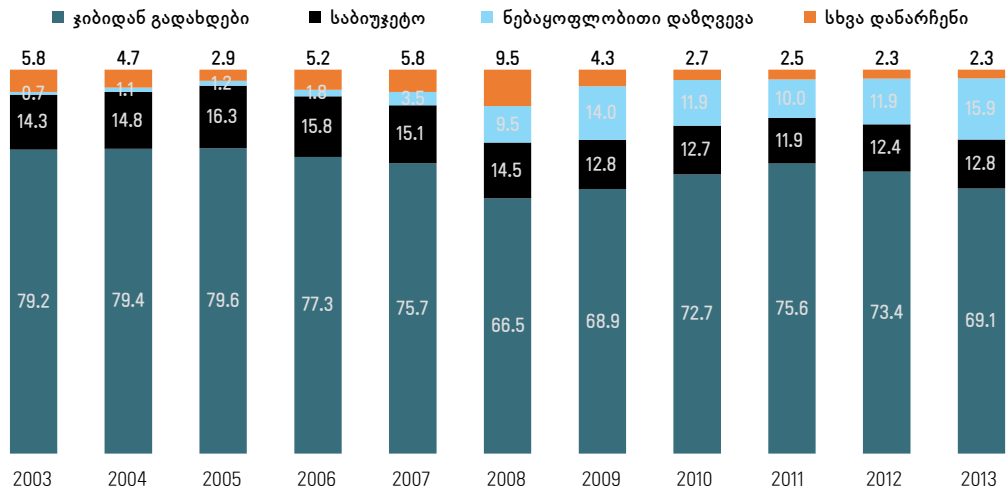


წყარო: ლეშკაშელი და სხვები. სადაზღვევო ბაზრის ისტორია. საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაცია; ჯანდაცვის სამინისტრო

სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის ბენეფიციართა რაოდენობის ზრდის მომდევნო ღონისძიებები 2012 წლის მაისში გატარდა და საბიუჯეტო დაზღვევის მიღმა დარჩენილი 0-5 წლის ასაკობრივი კატეგორიის ბავშვები და საპენსიო ასაკის პირები დაემატა⁸. შედეგად, დაზღვეულთა ჯამურმა რაოდენობამ 1.6 მილიონი პირი შეადგინა, რაც 8-ჯერ აღემატებოდა 2007 წელს დაზღვეულთა რაოდენობას.

8. საქართველოს მთავრობის დადგენილება #165 – „ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის ბავშვების, 60 წლის და ზემოთ ასაკის ქალებისა და 65 წლის და ზემოთ ასაკის მამაკაცების (საპენსიო ასაკის მოსახლეობა) ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“; მიღებულია: 07.05.2012; მოპოვებულია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1650266?publication=0>

გრაფიკი 6: ჯიბიდან გახდებისა და საჯარო დანახარჯების წილი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (%)⁹



წყარო: WHO Global Health Expenditure database

სამედიცინო დაზღვევის პროგრამის გაფართოებასთან ერთად, შემცირდა ჯიბიდან გადახდების წილიც. თუ 2003 წელს ჯანდაცვის მიმდინარე დანახარჯებში ჯიბიდან გადახდები 79.2%-ს შეადგენდა, ეს მაჩვენებელი 2012 წელს 73.4%-მდე შემცირდა. კლების მიუხედავად, ჯიბიდან გადახდები კვლავ მაღალ ნიშნულზე რჩებოდა, რაც იმ პერიოდის ერთ-ერთ ძირითად, მათ შორის, პოლიტიკურ პრობლემას წარმოადგენდა¹⁰. მეორე მხრივ, 2003-2012 წლებში საჯარო დანახარჯების წილი 14.3%-დან 12.4%-მდე შემცირდა. ამასთან, ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯები, მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებით, სტაბილური რჩებოდა. გარდა ეკონომიკური ზრდის მაღალი ტემპებისა, სტაბილურობას დაფინანსების სქემაც განაპირობებდა (თუ მთავრობა მხოლოდ სადაზღვევო პაკეტის შესყიდვას ახორცილებს, ცალკეულ წლებში, ხარჯები ფიქსირებულია).

9. სხვა დანარჩენი ხარჯები მოიცავს ნებაყოფლობითი დაზღვევის, ჯიბიდან გადახდებისა და საბიუჯეტო დახმარების შემდეგ, სხვა ნებაყოფლობითი წყაროებიდან ჯანდაცვის ხარჯების დაფინანსებას.

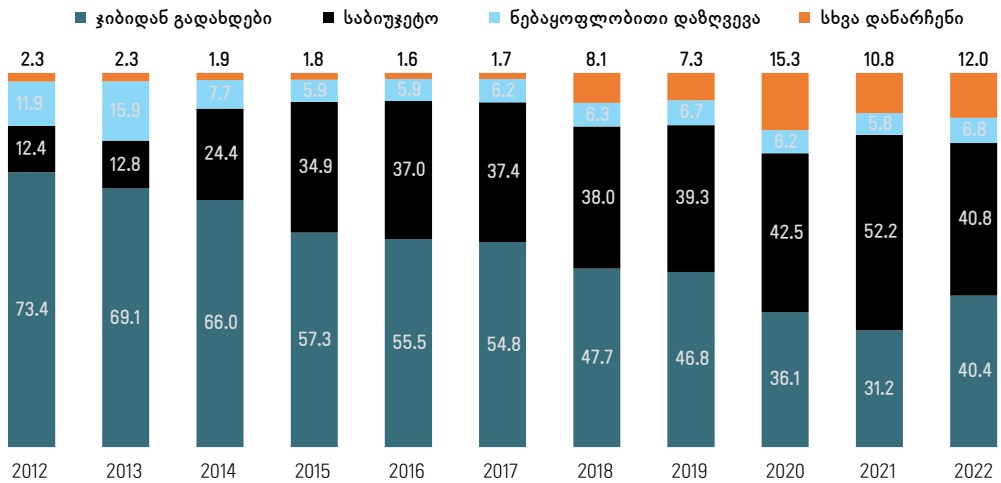
10. Gotsadze, G., Bennett, S., Ranson, K., & Gzirishvili, D. (2005). Health care-seeking behaviour and out-of-pocket payments in Tbilisi, Georgia. *Health Policy and Planning*, 20(4), 232-242. ; Rukhadze, T. (2013). An overview of the health care system in Georgia: expert recommendations in the context of predictive, preventive and personalised medicine. *EPMA Journal*, 4(1).

1.3. 2013-2022 წლების პოლიტიკა

2012 წლისთვის მოსახლეობის 45% საბიუჯეტო პროგრამის მიერ იყო დაზღვეული, ხოლო 8.4% კერძო სადაზღვევო მომსახურებით სარგებლობდა. დანარჩენი მოსახლეობა სამედიცინო დაზღვევის გარეშე რჩებოდა¹¹, რაც ამავე წლის საარჩევნო პერიოდის აქტუალური საკითხი იყო. არჩევნების შემდეგ მოსულმა ხელისუფლებამ 2013 წელს აამოქმედა ახალი პროგრამა - საყოველთაო ჯანდაცვა, რომელიც ვრცელდებოდა როგორც მაღალშემოსავლიან, ისე დაბალი შემოსავლის მქონე მოქალაქეებზე. სისტემის გარეთ მხოლოდ ის პირები რჩებოდნენ, რომლებსაც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამდე, კერძო დაზღვევა ჰქონდათ¹².

პროგრამამ სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა გაზარდა და ამავდროულად, მნიშვნელოვნად შეამცირა ჯიბიდან გადახდები. მაგალითად, 2014-2022 წლებში, ჯანდაცვის მიმდინარე დანახარჯებში, ჯიბიდან გადახდების წილი 66%-დან 40.4%-მდე შემცირდა.

გრაფიკი 7: ჯიბიდან გადახდებისა და საჯარო დანახარჯების წილი ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში (%)¹³

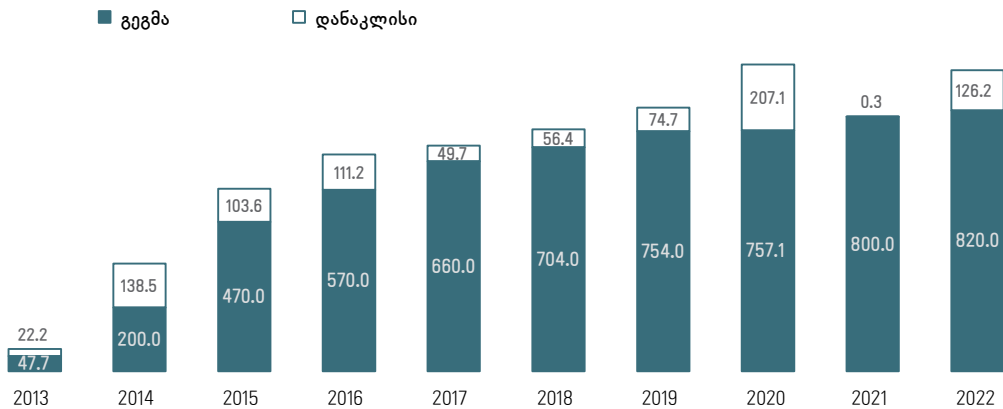


წყარო: WHO Global Health Expenditure database

- Sehngelia, L., Pavlova, M., & Groot, W. (2016). Impact of healthcare reform on universal coverage in Georgia: a systematic review. *Diversity and Equality in Health and Care*, 13(5).
- პროგრამის ფარგლებში, მოსახლეობის ჯანდაცვის სერვისებით სარგებლობის შემდეგი სახეები ფინანსდებოდა: გეგმური ამბულატორიული, გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული, გეგმური ქირურგიული მომსახურება; ქიმიო - ჰორმონო - და სხივური თერაპია; მშობიარობისა და საკეისრო კვეთის სერვისები. მოგვიანებით კი სოციალურად დაუცველ, საპენსიო ასაკის პირთა, ვეტერანთა და სხვათა მედიკამენტებით უზრუნველყოფა.
- სხვა დანარჩენი ხარჯები მოიცავს ნებაყოფლობითი დაზღვევის, ჯიბიდან გადახდებისა და საბიუჯეტო დახმარების შემდეგ, სხვა ნებაყოფლობითი წყაროებიდან ჯანდაცვის ხარჯების დაფინანსებას.

თუმცა ეს ყველაფერი საბიუჯეტო ხარჯების მკვეთრი ზრდის მეშვეობით იყო მიღწეული, რამაც სერიოზული ფისკალური პრობლემები გააჩინა. 2014 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დეფიციტმა თითქმის 70%-ს მიაღწია, რამაც პროგრამის მდგრადობა, ამოქმედების მეორე წელსვე, ეჭვის ქვეშ დააყენა და ახალი რეფორმების აუცილებლობა განაპირობა.

გრაფიკი 8: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანახარჯები (მლნ ლარი)



წყარო: საქართველოს ფინანსთა სამინისტრო

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ხარჯების ზრდის მაღალი ტემპისა და პროგრამის დეფიციტურობის შემცირების მიზნით, 2017 წლის მაისიდან, ჯანდაცვის საბიუჯეტო პროგრამა საყოველთაო პრინციპიდან მიზნობრიობისკენ გადაიხარა. განხორციელებული ცვლილების შედეგად, საბიუჯეტო პროგრამით მოსარგებლეთა წრეს ის პირები გამოეთიშნენ, რომელთა წლიური შემოსავალი 40 ათას ლარს აღემატება (მაგრამ სპეციალურ ჯგუფებს არ განეკუთვნებიან), ხოლო დანარჩენი მოსარგებლე პირებისთვის, მათი სტატუსისა და სამედიცინო სერვისის სახეების მიხედვით, დიფერენცირებული ლიმიტები და თანაგადახდის მექანიზმი დაწესდა. ცვლილებების შემდეგ, პროგრამით მოსარგებლეთა კატეგორიას განეკუთვნებოდნენ: სოციალურად დაუცველი პირები, პენსიონერები, 0-6 წლის ასაკობრივი ჯგუფი, პედაგოგები, სტუდენტები, იძულებით გადაადგილებული პირები და შშმ პირები. ასევე, პროგრამით სარგებლობენ ყოველთვიურად 1 000 ლარზე ნაკლები შემოსავლის მქონე მოქალაქეები, თვითდასაქმებული, არარეგულარული შემოსავლის მქონე და საშუალო შემოსავლის მქონე მოქალაქეები, რომელთა ყოველთვიური შემოსავალი 1 000

ლარზე მეტია, მაგრამ წლიური შემოსავალი 40 ათას ლარს არ აღემატება. შედეგად, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას, დაახლოებით, 43 ათასი პირი გამოეთიშა¹⁴.

ცხრილი 1: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარები კატეგორიების მიხედვით, 2020 წელი¹⁵

ჯგუფები	ბენეფიციარების რაოდენობა (ათასი)	საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარების წილი (%)	მოსახლეობის წილი (%)
I. სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფი შინამეურნეობები (≤ 70 ათასი ქულა სოციალური დახმარების შკალაზე), მასწავლებლები, სახალხო არტისტები, მინდობით აღზრდაში მყოფი პირები, იგპ პირები.	515.5	12	11
II. პენსიონრები, 0-5 წლამდე ბავშვები, მოსწავლეები, შშმ პირები	1176.7	27	25
III. ვეტერანები	27.5	1	1
IV. დაბალშემოსავლიანი შინამეურნეობები (70 - 100 ათასი ქულა სოციალური დახმარების შკალაზე) და 6-18 წლის ბავშვები	573.6	13	12
V. საპენსიო ასაკზე დაბალი, > 100 ათას ქულაზე მეტის მქონე ჯგუფები:	2001.3	47	42
ა) ყოველთვიური შემოსავალი < 1 000 ლარი	1833.2	43	39
ბ) ყოველთვიური შემოსავალი > 1 000 ლარი და წლიური შემოსავალი < 40 ათასი ლარი	107.5	3	2
გ) წლიური შემოსავლები > 40 ათასი ლარი	60.6	1	1
სულ	4294.5	100	91

წყარო: Goginashvili, K., Nadareishvili, M., & Habicht, T. (2021). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Georgia. World Health Organization. Regional Office for Europe.

14. Richardson, E., & Berdzuli, N. (2017). Georgia: Health system review. *Health Systems in Transition, 19*(4).
 15. საქართველოს მოსახლეობის რაოდენობა საქსტატის მიხედვით 3.7 მლნ ადამიანი, ხოლო იუსტიციის სამინისტროს მონაცემებით, 4.3 მლნ ადამიანი. მათგან ზოგიერთი შეიძლება ქვეყნიდან გასული იყოს, მაგრამ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსარგებლედ ითვლება.

ამასთან, 2017 წელს განხორციელებული ცვლილებები მედიკამენტებსაც შეეხო. კერძოდ, ამ პერიოდიდან, მთავრობამ დაიწყო მოსახლეობისთვის სხვადასხვა ქრონიკული დაავადების სამკურნალო მედიკამენტების უფასოდ მიწოდება დაიწყო.

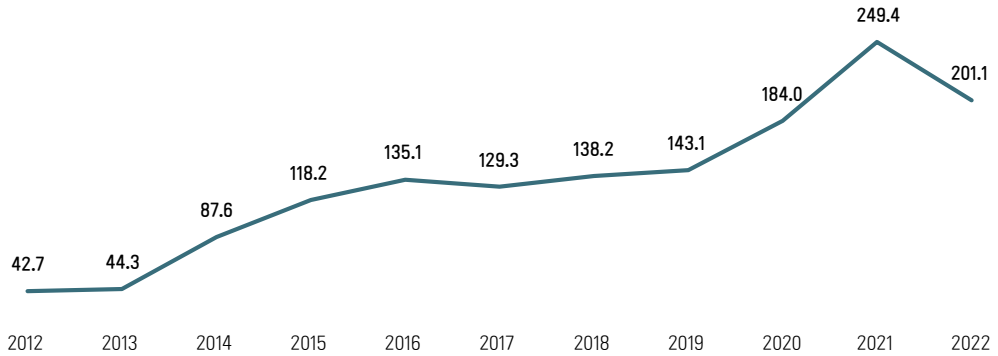
ამგვარმა ცვლილებებმა ვერ უზრუნველყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ხარჯების ზრდის ტემპის შენელება და დეფიციტურობის აღმოფხვრა, რაც, ცვლილებების ხასიათიდან და მასშტაბიდან გამომდინარე, მოსალოდნელი იყო. მიღებული გადაწყვეტილებით, ხარჯების ზრდის ტემპი მხოლოდ იმავე, 2017 წელს, შემცირდა, მაგრამ მომდევნო წლებში პრობლემამ თავი ახლებურად იჩინა. ამასთან, მოქალაქეების ერთი ნაწილისთვის სამედიცინო ხარჯების წნეხიც გაიზარდა, რადგან მათ უკვე სამედიცინო მომსახურების ხარჯების თანაგადახდა უწევდათ.

მორიგი ცვლილება 2019 წლის მიწურულს განხორციელდა, როცა მთავრობამ სამედიცინო მომსახურებაზე ფასების განსაზღვრა დაიწყო. ეს ეტაპი ფართო საზოგადოებისთვის „520-ე დადგენილების“ სახელით იყო ცნობილი, რაც, ძირითადად, რეანიმაციისა და კარდიოქირურგიის ნაწილში, სხვადასხვა მომსახურებაზე ერთიანი ტარიფის განსაზღვრას გულისხმობდა.

ახალმა რეგულაციამ ახალი პრობლემებიც გააჩინა, რაც ტარიფების რეალურ ხარჯებთან შეუსაბამობაში გამოიხატებოდა¹⁶. რაც მთავარია, ჯანდაცვის საბიუჯეტო ხარჯების რეალური მაჩვენებლებიც გამოკვეთილად გაიზარდა.

16. „ბიზნეს მედია საქართველო“. (2023). *დაფინანსება DRG სქემით - კლინიკები VS ჯანდაცვის სამინისტრო* [Video]. YouTube. მოპოვებულია მარტი 10, 2024, დან: <https://www.youtube.com/watch?v=ltlyZcMylhY>; “DRG-ის ეს ფორმა დამლუპველია ტრავმატოლოგიისთვის” - რა შენიშვნები აქვთ კლინიკებს? (2023). „ბიზნეს ფორმულა“. მოპოვებულია მარტი 10, 2024, დან: <https://business-formula.ge/News/12228>

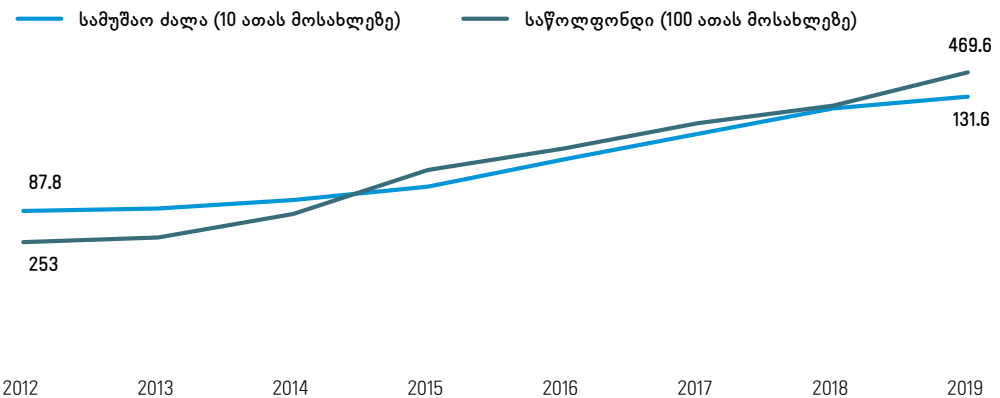
გრაფიკი 9: ჯანდაცვის საჯარო დანახარჯები ერთ მოსახლეზე (რეალური, 2003 წლის ფასები)



წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები; სტატისტიკის ეროვნული სამსახური; ავტორის გამოთვლები

საბიუჯეტო პროგრამის ზრდასთან ერთად, კერძო სადაზღვევო სექტორის როლი შემცირდა¹⁷. თუ 2013 წელს, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების დროს, კერძო დაზღვევით მოსახლეობის 14% (510 ათასი) სარგებლობდა, 2020 წელს ეს მაჩვენებელი 9%-მდე (438.3 ათასი) შემცირდა.

გრაფიკი 10: სამედიცინო სამუშაო ძალა და საწოლფონდი



წყარო: WHO European Health for All database; დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

17. Sagan, A., & Thomson, S. (Eds.). (2016). *Voluntary health insurance in Europe: Country experience*. European Observatory on Health Systems and Policies.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, თვალშისაცემია ჰოსპიტალურ ნაწილში ჯანდაცვის რესურსების ზრდა. თუ 2012 წელს ასი ათას მოსახლეზე საწოლფონდის რაოდენობა 253 ერთეული იყო, 2022 წელს ეს მაჩვენებელი უკვე 483 ერთეულს შეადგენდა. ამას განსაკუთრებით ხელი შეუწყო მთავრობის მიერ სტაციონარულ მომსახურებაში ფინანსური რესურსების გაზრდამ. მაგალითად, 2012 წელს სტაციონარულ მომსახურებაზე საბიუჯეტო ხარჯები 82.5 მლნ ლარი იყო, რაც ამავე პერიოდის მთლიანი სტაციონარული დანახარჯების 21.2%-ს შეადგენდა, ხოლო 2014 წელს ბიუჯეტიდან სტაციონარულ მომსახურებაზე გაწეული ხარჯები ოთხჯერ გაიზარდა და 330.5 მლნ ლარი შეადგინა. 2017 წელს კი სტაციონარულ ხარჯებში საბიუჯეტო პროგრამების წილი 70.6%-ს აღწევდა, რაც აბსოლუტურ გამოხატულებაში 656.3 მლნ ლარი იყო.

1.4. არსებული მდგომარეობა

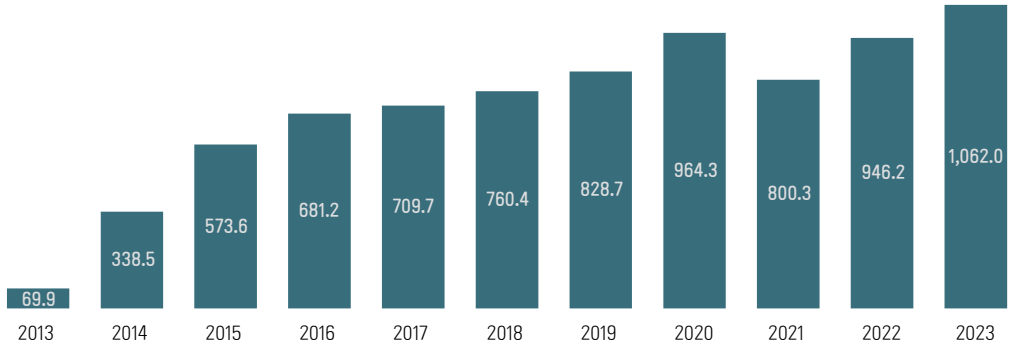
2022 წლის ნოემბრის დასაწყისში ამოქმედდა ჯანდაცვის დაფინანსების ახალი წესი, რომელიც დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდის გამოყენებას გულისხმობს. ასეთი რეფორმის ჩატარებაზე საუბარი ჯერ კიდევ კოვიდპანდემიამდე დაიწყო, როდესაც მთავრობას საყოველთაო ჯანდაცვის ხარჯების მზარდი ტემპისა და ჯანდაცვის საბიუჯეტო პროგრამების დეფიციტურობის პრობლემა მწვავედ დაუდგა. სამედიცინო ხარჯების ანაზღაურების ახალი მიდგომა ითვალისწინებს შემთხვევების კლასიფიცირებას ჯგუფების მიხედვით და შემდეგ – ამ ჯგუფებზე ფასების დადგენას.

ეს წესი გულისხმობს ინდივიდუალური მიდგომის უარყოფას და ეფუძნება დიაგნოზების უნიფიცირებას, მოლოდინს იმის შესახებ, რომ, მაგალითად, მსგავსი სტაციონარული შემთხვევების დროს, პაციენტის მკურნალობისთვის, სამედიცინო დაწესებულებები იყენებენ ერთი და იმავე ოდენობის მსგავს რესურსს. ფასები განისაზღვრება რეტროსპექტული ანალიზის საფუძველზე – წარსულში სტაციონარული შემთხვევების ერთეულზე არსებული საშუალო ფასის ინფლაციაზე ინდექსირებით და მთლიან სამედიცინო დანახარჯებში ამა თუ იმ დიაგნოზთან ჯგუფის წონის ნამრავლით¹⁸.

18. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება „დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მიხედვით დაფინანსების მექანიზმის დამტკიცების შესახებ“ იხილეთ: <https://nha.moh.gov.ge/ge/c/ministris-brdzanebaMOH-6-22-00000165-31.10.2022>

მიუხედავად მთავრობის მორიგი რეგულირების შემოღებისა, 2023 წელს პროგრამის დეფიციტურობის პრობლემა არ გაქრა და გეგმასთან შედარებით, პროგრამის დანაკლისმა 182 მლნ ლარი შეადგინა.

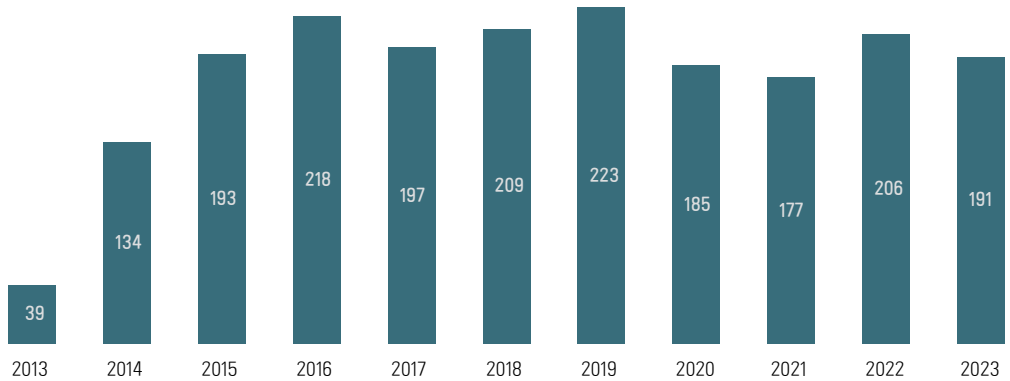
გრაფიკი 11: საყოველთაო ჯანდაცვის ხარჯები (მლნ ლარი)



წყარო: საქართველოს ფინანსთა სამინისტრო; შენიშვნა¹⁹

დანახარჯებისგან განსხვავებით, ამ პერიოდში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსარგებლეთა რაოდენობა შემცირდა. თუ 2022 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით, ყოველ ათას მოსახლეზე, 206-მა პაციენტმა ისარგებლა, 2023 წელს ეს მაჩვენებელი 191 პაციენტი იყო.

გრაფიკი 12: საყოველთაო ჯანდაცვით მოსარგებლე ყოველ ათას მოსახლეზე

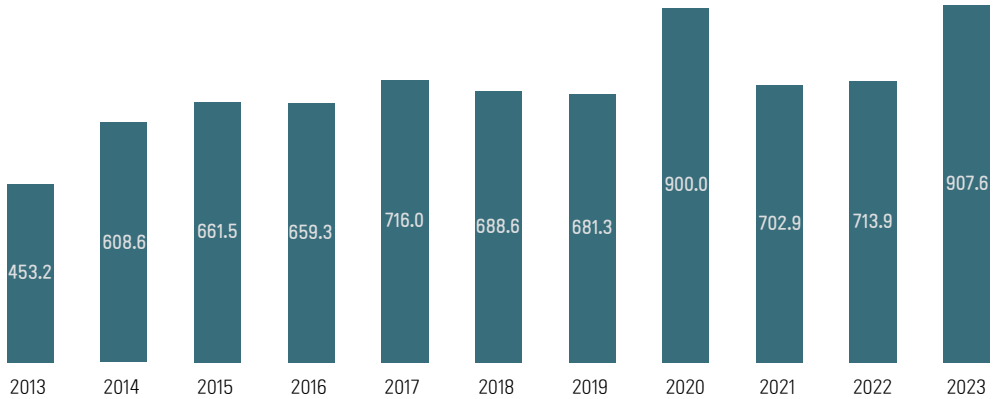


წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო; სტატისტიკის ეროვნული სამსახური; ავტორის გამოთვლები

19. 2023 წელს სახელმწიფო ბიუჯეტის ჯანმრთელობის მთლიან დანახარჯებში, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის წილი 66.4%-ს აღწევდა. წინა ორ წელს ეს მაჩვენებელი შედარებით დაბალი იყო, რადგან, ერთი მხრივ, პანდემიის პერიოდში მთავრობის მიერ დაწესებული შეზღუდვების გამო, პროგრამით მოსარგებლეთათვის გეგმიური სამედიცინო მომსახურება ნაკლებად ხელმისაწვდომი გახდა და მეორე მხრივ, ამ პერიოდში ცალკე არსებობდა ახალი კორონავირუსის მართვის მსხვილი საბიუჯეტო პროგრამა (2020-2022 წლებში მთლიანი პროგრამის ხარჯები 369.6 მლნ ლარი).

2023 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის დანახარჯების რეალური დონეც თვალსა-
ჩინოდ გაიზარდა. 2023 წელს, წინა წელთან შედარებით, ერთ მოსარგებლეზე
საშუალო დანახარჯების რეალურმა ზრდამ 27.1% შეადგინა, ხოლო პრეპანდე-
მიურ პერიოდთან შედარებით ზრდა 33.2%-ია²⁰.

გრაფიკი 13: საყოველთაო ჯანდაცვის რეალური დანახარჯები ერთ მოსარგებლეზე (ლარი, 2010 წლის ფასები)



წყარო: ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო; სტატისტიკის ეროვნული სამსახური; საქართველოს ფინანსთა სამინისტრო; ავტორის გამოთვლები

თუმცა ხარჯების არაპროგნოზირებადი ზრდა არ არის ერთადერთი პრობლემა, რომელიც მთავრობის წინაშე დგას. სამედიცინო მომსახურებაზე ფასების რეგულირებამ, არაერთ სერვისთან მიმართებით, მიწოდების შემცირების რისკი გააჩინა, ვინაიდან დადგენილი ფასები კლინიკების დანახარჯებს არ შეესაბამებოდა. ამ პრობლემის საპასუხოდ, მთავრობამ კიდევ ახალი რეგულაციები შემოიღო, მათ შორის, ყველაზე მსხვილი - ფარმაცევტული საშუალებების ფასების რეგულირება. რეგულირების შემოღებას წინ უძღოდა კონკურენციის ეროვნული სააგენტოს მიერ ფარმაცევტული ბაზრის მონიტორინგის ანგარიში. კერძოდ, სააგენტო ბაზრის მაღალკონცენტრირებულობასა და დაბალ კონკურენციაზე მიუთითებდა. თუმცა, იმის ნაცვლად, რომ კონკურენციის ხელ-

20. მიუხედავად იმისა, რომ 2023 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის დაფინანსება წინა წლის მაჩვენებელს აღემატებოდა, ჯანმრთელობის დაცვის მთლიანი ხარჯები 2023 წელს, 2022 წელთან შედარებით, 294.6 მლნ ლარით შემცირდა, რაც კორონავირუსის პანდემიის დასრულებით და ამ ვირუსის მართვის პროგრამის ხარჯების შემცირებით აიხსნება. 2020-2022 წლებში კორონავირუსის მართვის პროგრამაზე, ჯამში, 1 890.4 მლნ ლარი დაიხარჯა, ხოლო 2023 წელს ამ პროგრამის ხარჯი მხოლოდ 32.7 მლნ ლარი იყო. აღნიშნული პროგრამა მთლიან მოსახლეობას ფარავდა, ხოლო სამედიცინო ხარჯები (არა მხოლოდ) მთლიანად ბიუჯეტიდან იყო დაფინანსებული.

შემშლელი ბარიერები მოეხსნა, მთავრობამ წამლების ფასების რეგულირება გადაწყვიტა, რაც, სავარაუდოდ, უფრო პოლიტიკური, ვიდრე ეკონომიკური მოტივებით იყო ნაკარნახევი²¹. ახალი პოლიტიკის საფუძვლად მთავრობა იყენებდა არა ეკონომიკური ეფექტიანობის არგუმენტს, არამედ მთლიანი მოსახლეობისთვის მედიკამენტების დანახარჯების მაღალ ტვირთს და საბიუჯეტო ჯანდაცვის პროგრამების ფინანსური მდგრადობის საფრთხეს ასახელებდა²².

ფასების რეგულირებისთვის მთავრობამ გარე რეფერენტული ფასდადებისა და ამის მიხედვით, ზღვრული ფასების დაწესების მიდგომა აირჩია. აღნიშნული მეთოდი გულისხმობს საბითუმო ფასის გაანგარიშებას სხვა ქვეყნებში (ჩვენს შემთხვევაში - ლატვია, მონტენეგრო, ბულგარეთი და ჩრდილოეთ მაკედონია) არსებული ფასების გასაშუალოებით, ხოლო შემდეგ - საცალო ზედა ფასის განსაზღვრას. კერძოდ, ამისათვის გამოიყენება საბითუმო ფასს დამატებული სააფთიაქო დარიცხვის პროცენტი. დარიცხვა 15%-დან 40%-მდეა, მაგრამ, აბსოლუტურ გამოხატულებაში, არ შეიძლება ეს მაჩვენებელი 60 ლარს აღემატებოდეს. სწორედ ამ პრინციპით, საქართველოში 5 ათასზე მეტი დასახელების მედიკამენტზე დაწესებულია საცალოდ გასაყიდი ფასის ზედა ზღვარი, რომლის დარღვევა ადმინისტრაციულ პასუხისმგებლობას გულისხმობს (ფინანსური ჯარიმები). საინტერესოა, რომ საქართველოს მთავრობის მიერ არჩეულ ქვეყნებშიც რეფერენტული ფასების სისტემა მოქმედებს, ოღონდ ისინი ევროპის კავშირის ქვეყნების ფასებს იყენებენ და შინაარსობრივად, საქართველოს მთავრობა ადგილობრივ ფასებს არა, პირობითად, ლატვიის ფასებთან ადარებს, არამედ გერმანიის, საფრანგეთისა და სხვა ქვეყნების ფასებთან. ეს კი დაახლოებით იმეორებს საბჭოთა კავშირის ცენტრალური დაგეგმარების ორგანოების მიდგომას. გამომდინარე იქიდან, რომ საბჭოთა კავშირში საბაზრო ფასები არ არსებობდა, ცენტრალური მგეგმავები ფასების პროპორციებს მოწინავე ეკონომიკებიდან იღებდნენ. საბჭოთა კავშირში ამ მახინჯი პრაქტიკის არსებობა აუცილებელი იყო, რადგან ფასების დადგენის სხვა წყარო უბრალოდ არ არსებობდა. თუმცა რატომ გახდა საჭირო საქართველოში მსგავსი სისტემის მოწყობა ახლა, როცა შესაძლებელი იყო, ბაზრის იმიტაციის ნაცვლად, საბაზრო პრინციპებზე მდგარი ჯანდაცვის სისტემის დანერგვა, უცნობია.

21. იხილეთ კონკურენციის ეროვნული სააგენტოს მონიტორინგის ანგარიში: https://gcca.gov.ge/uploads_script/decisions/tmp/0e920af7373747e089b6921817fb9e12.pdf

22. იხილეთ განმარტებითი ბარათები: <https://info.parliament.ge/file/1/BillReviewContent/313460?>; <https://info.parliament.ge/file/1/BillReviewContent/342481?>

დამოუკიდებლობის აღდგენის შემდეგ, დაგვიანებით, მაგრამ 1995 წელს, საბჭოთა კავშირიდან გამოყოფილი სემაშკოს მოდელის (უფასოდ უნივერსალური წვდომა მთავრობის მიერ დაფინანსებულ ყოვლისმომცველი დიაპაზონის სამედიცინო მომსახურებაზე, სადაც სამედიცინო დაწესებულებებს ფლობს და მართავს სახელმწიფო) ნელი ნგრევა დაიწყო. ყოველ მომდევნო პერიოდში ჯანდაცვის სისტემა უფრო მეტად შორდებოდა სოციალისტურ მიდგომებს, მაგრამ 2013 წლიდან, მდგომარეობა რადიკალურად შეიცვალა.

ამ პერიოდიდან გატარებულმა რეფორმებმა ჯანდაცვის პოლიტიკა ძველი წყობის, საბჭოთა სემაშკოს სისტემისკენ შემოაბრუნა. პოლიტიკის შემობრუნება საყოველთაო ჯანდაცვის დანერგვით დაიწყო, რაც მოსახლეობის აბსოლუტური უმრავლესობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხარჯების საბიუჯეტო პროგრამით უზრუნველყოფას გულისხმობს.

მაღევე თავი იჩინა მოსალოდნელმა პრობლემამ - საბიუჯეტო პროგრამის პერმანენტულმა დეფიციტურობამ და დანახარჯების ზრდის აღმავალმა დინამიკამ. ნაცვლად მიზეზებზე რეაგირებისა, მთავრობამ დამდგარ გამოწვევას მეტი ჩარევით უპასუხა, რამაც რეგულირების ერთგვარი სპირალი შექმნა. დაწყებული პოლიტიკა სამედიცინო მომსახურების ფასების დადგენისა და სხვადასხვა ფარმაცევტული საშუალების ფასების ზედა ზღვრის დაწესებამდე მივიდა. რეგულირების მასშტაბიდან გამომდინარე, დღევანდელ ჯანდაცვის სისტემას საბჭოთა კავშირის დროინდელი მოდელისგან, ფაქტობრივად, მხოლოდ კლინიკების საკუთრების ფორმა განასხვავებს.

2.

ჯანდაცვის ნაბუღიჩაბის მიღმოებაი

ჯანდაცვის საბიუჯეტო ხარჯების მზარდი დინამიკით და აქედან გამომდინარე, წარმოქმნილი ფისკალური რისკებით, საქართველო გამონაკლისი არ არის. ასეთი გამოცდილება არსებობს იქ, სადაც ჯანდაცვის სისტემაში მთავრობა და საბიუჯეტო პროგრამებია ჩართული. ეს მოვლენა შემთხვევითობის შედეგი არ არის და მიზეზი კარგად არის აკადემიურ ლიტერატურაში შესწავლილი²³.

ჩვეულებრივ შემთხვევაში, პაციენტი, ექიმთან შედარებით, ნაკლებად ინფორმირებულია, თუ რა სახის მკურნალობა სჭირდება და როგორი ინტენსიურობით. თავად პაციენტს, სხვადასხვა მოტივით, შეუძლია ექიმთან არ გაამჟღავნოს სრული ინფორმაცია წარსულ დაავადებაზე. ამდენად, სამედიცინო მომსახურებაში ინფორმაციული ასიმეტრია თავს მკვეთრად იჩენს. ზოგადად, ეს მხოლოდ სამედიცინო სფეროს სპეციფიკა არ არის, მაგრამ ჯანდაცვის სექტორში ეს მოვლენა, ბევრ სხვა ბაზართან შედარებით, უფრო მასშტაბურია. აქედან გამომდინარე, მეტია ალბათობა იმისა, რომ, როგორც ექიმს, ისე პაციენტს ოპორტუნისტული ქცევის სტიმული გაუჩნდება. სხვა სიტყვებით: ადამიანები ეცდებიან, თუნდაც მეორე მხარის დაზარალების ხარჯზე, მეტი ინფორმაციის ქონა სარგებლის მაქსიმიზაციისთვის გამოიყენონ²⁴. განსაკუთრებით ეს პრობლემა თავს იჩენს

23. Arrow, J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 53(5). ; Rochaix, L. (1989). Information asymmetry and search in the market for physicians' services. *Journal of Health Economics*, 8(1), 53–84. ; Blomqvist, A. (1991). The doctor as double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care. *Journal of Health Economics*, 10(4), 411–432.

24. ოპორტუნისტული ქცევა გულისხმობს ეგოისტურ ქცევას, სადაც ინდივიდი მხოლოდ საკუთარ ინტერესს აქცევს ყურადღებას. ეს ისეთი ქცევაა, სადაც ინდივიდი აღწევს საკუთარ ინტერესს სხვების ინტერესის ხარჯზე (Williamson, 1985).

მაშინ, როცა სამედიცინო სერვისის დაფინანსების წყარო საბიუჯეტო რესურსია, რადგან მაშინ არც ერთ მხარეს არ გააჩნია რესურსების ეფექტიანი გამოყენების სტიმული²⁵. ასეთ შემთხვევაში, პაციენტები, ექიმები და კლინიკების მენეჯმენტი მოტივირებული ხდებიან, ბიუჯეტის ხარჯზე მიიღონ დამატებითი მკურნალობა და მოგება. ეს კი ჯანდაცვის საბიუჯეტო პროგრამების ხარჯების პერმანენტული ზრდის მიზეზი ხდება²⁶.

მწვავე ოპორტუნისტული ქცევა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის შემთხვევაშიც ნათლად ვლინდება. მაგალითად, ემპირიული კვლევით, რომელშიც შესწავლილია 2018-2019 წლების 126 ათასი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევა, გამოვლინდა, რომ, როცა სამედიცინო ხარჯების ანაზღაურების წყაროა საბიუჯეტო პროგრამა და არა - კერძო სადაზღვევო კომპანია ან უშუალოდ პაციენტი, ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა უფრო დიდია. ეს კი ზუსტად ზემოთ აღნიშნული ოპორტუნისტული ქცევის შედეგია²⁷.

ცნობილია, რომ ოპორტუნისტული ქცევის და შესაბამისად, მისგან გამოწვეული შედეგების სრული ელიმინაცია შეუძლებელია, ვინაიდან ინფორმაციული ასიმეტრიის გარკვეული დონე ყოველთვის იარსებებს როგორც ჯანდაცვის სფეროში, ისე ნებისმიერ ბაზარზე²⁸. ამიტომ დებატები და დისკუსია, ფაქტობრივად, იმის ირგვლივ ტრიალებს, თუ როგორი იქნება განსხვავებულ პირობებში ოპორტუნისტული ქცევის გამოვლინება და რა მექანიზმებით შეიძლება შემცირდეს ამგვარი ქცევის უარყოფითი შედეგები და პრობლემები²⁹.

საქართველოს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა არც ოპორტუნისტული ქცევის საპასუხოდ შერჩეული მექანიზმების კუთხით გამოირჩევა. ყველა ის

25. Zweifel, P., & Manning, W. G. (2000). Chapter 8 Moral hazard and consumer incentives in health care. In *Handbook of Health Economics* (pp. 409–459).

26. Schreyögg, J., & Grabka, M. M. (2009). Copayments for ambulatory care in Germany: a natural experiment using a difference-in-difference approach. *The European Journal of Health Economics*, 11(3), 331–341.; Schubert, S. (2014). Reducing public health insurance expenditure: a numerical analysis for Germany. *Applied Economics*, 46(19), 2228–2241.

27. Rakviashvili, A., & Shamugia, E. (2023). Moral Hazard in Government Health Programs - New Evidence from Georgia. *Caucasus Journal of Social Sciences*, 16(1).

28. Arrow, J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 53(5).; Pauly, V. (1968). The Economics of Moral Hazard: Comment. *The American Economic Review*, 58(3).

29. Dave, D., & Kaestner, R. (2009). Health insurance and ex ante moral hazard: evidence from Medicare. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 9(4), 367–390.; Grignon, M., Hurley, J., Feeny, D., Guindon, G. E., & Hackett, C. (2018). Moral hazard in health insurance. *Oeconomia*, 8–3, 367–405.

რეფორმა, რომლებიც აქ განხორციელდა და მიმდინარე ეტაპზე ტარდება, სხვადასხვა დროს, ამა თუ იმ ფორმით, სხვა ქვეყნებშიც გატარდა და კარგად არის შესწავლილი როგორც თეორიული, ისე ემპირიული კუთხით.

2.1. თანაგადახდის მექანიზმი

თანაგადახდა არის მომხმარებლის მხრიდან ხარჯების გაზიარების მექანიზმის ერთ-ერთი ფორმა, რომელიც საქართველოს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში 2017 წელს დაინერგა. ეს მექანიზმი, თავდაპირველად, გასული საუკუნის 70-იან წლებში შემოიღეს ამერიკის შეერთებული შტატებისა და კანადის ჯანდაცვის სამთავრობო პროგრამების დანახარჯების მზარდი ტემპის საპასუხოდ³⁰. შემდგომ სხვა ქვეყნებშიც დამკვირდა და მიიჩნევა საყოველთაო (უნივერსალური) ჯანდაცვის სისტემებისთვის დამახასიათებელი მზარდი დანახარჯების წნეხის შემცირების შესაძლო საშუალებად. ასეთი მექანიზმის პირობებში, მოსალოდნელია, რომ პაციენტის მიერ გადახდილი ფასით, სამედიცინო მომსახურებაზე ინდივიდუალური მოთხოვნა შემცირდება. თუმცა, ამავდროულად, შეიძლება თანაგადახდის მექანიზმმა წარმოშვას ჯანმრთელობაზე უარყოფითი (შედარებით ღარიბი მოსახლეობისთვის აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუარესება) და რედისტრიბუციის ეფექტი³¹.

ამასთან, ეს მექანიზმი არ ითვალისწინებს ექიმების, მენეჯმენტისა და კლინიკების კონტრაგენტების (ფარმაცევტული სექტორი და სამედიცინო დანადგარების მიმწოდებლები) ოპორტუნისტულ ქცევას. თანადაფინანსების სისტემა არ ამცირებს ექიმის სტიმულს, დაუნიშნოს პაციენტს ზედმეტი პროცედურები და მიაწოდოს გადაჭარბებული მომსახურება. ამას ხშირად ემატება გარიგება ფარმაცევტულ კომპანიებსა და ექიმებს შორის, რაც პაციენტებისთვის უფრო ძვირადღირებული სამკურნალო საშუალებების დანიშვნას გულისხმობს. აგრეთვე, კლინიკების მენეჯმენტი ზრდის მოთხოვნას უფრო მაღალი ფასის მქონე დიაგ-

30. Beck, R. G. (1974). The effects of Co-Payment on the poor. *Journal of Human Resources*, 9(1), 129.; Helms, L. J., Newhouse, J. P., & Phelps, C. E. (1978). Copayments and demand for medical care: The California Medicaid Experience. *The Bell Journal of Economics*, 9(1), 192.

31. Kiil, A., & Houlberg, K. (2013). How does copayment for health care services affect demand, health, and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. *The European Journal of Health Economics*, 15(8), 813–828.

ნოსტიკურ დანადგარებსა და მკურნალობის მეთოდებზე. შედეგად, თანაგადახდის მექანიზმის პირობებში, შეიძლება გადაჭარბებული მომსახურება არ შემცირდეს, რადგან ექიმსა და პაციენტს შორის ინფორმაციის ასიმეტრია კვლავ რჩება. თუმცა საბიუჯეტო დანახარჯი შეიძლება მოითხოვოს, რადგან ახლა გადაჭარბებულად მიწოდებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების თანამობიარე პაციენტია, რომელიც, საჯარო პროგრამის შემთხვევაში, ძირითადად, დაბალ-შემოსავლიანი მოსახლეობაა.

თანაგადახდის მექანიზმი ხშირად განიხილება, როგორც გადაწყვეტა ჯანდაცვის მზარდი დანახარჯების პრობლემისა, რომელსაც უამრავი უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემა აწყდება³². თეორიულად, თანაგადახდის მექანიზმს შეუძლია სამედიცინო სერვისებზე ინდივიდუალური მოთხოვნის შეამცირება, ხოლო შემცირების მასშტაბი დამოკიდებულია მოთხოვნის ელასტიკურობაზე. თუ ფასის მიმართ მოთხოვნა, დიდწილად, არაელასტიკურია, საბიუჯეტო პროგრამიდან სამედიცინო ხარჯების ტვირთი თანაგადახდას გადააქვს პაციენტის ჯიბეზე და მოხმარების შემცირებაზე ნაკლებ გავლენას ახდენს. მაგალითად, ფართო მოხმარების ჰოსპიტალური მომსახურებები, უმეტესად, მოთხოვნის არაელასტიკურობით ხასიათდება. თუკი სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნა ელასტიკურია, მაშინ ამ უკანასკნელზე, ფასის ზრდასთან ერთად, მოთხოვნის სიდიდე მცირდება. ასეთი მომსახურებები, უმეტესად, ზოგადი კონსულტაციისა და ამბულატორიული მომსახურებების ნაწილშია. ემპირიული ლიტერატურის შედეგებიც სწორედ ამ თეორიულ მოლოდინებს იზიარებს. მაგალითად, 47 ემპირიული კვლევის სისტემურმა მიმოხილვამ აჩვენა, რომ თანაგადახდის მექანიზმი ამცირებს სარეცეპტო მედიკამენტების, ზოგადი კონსულტაციებისა და ამბულატორიული მკურნალობის გამოყენებას. თუმცა მნიშვნელოვანი გავლენა ნაპოვნი ვერ იქნება ჰოსპიტალიზაციის გავრცელებაზე³³. ეს კი ნიშნავს, რომ ამ ტიპის სამედიცინო მომსახურების წნეხი გადადის სამთავრობო ხაზინიდან პაციენტის ჯიბეზე.

32. Rovira, J., Mompo, C., De Wild, K., Schneider, M., & Blasco, I. (1998). Comparing costsharing in European Union Member States: a system-oriented framework. In *Health Care and its Financing in the Single European Market* (pp. 183–212). IOS Press.

33. Kiil, A., & Houlberg, K. (2013). How does copayment for health care services affect demand, health, and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. *The European Journal of Health Economics*, 15(8), 813–828.

რედისტრიბუციის კუთხით, თანაგადახდის მექანიზმი უფრო მეტად მოწყვლად ჯგუფებზე აისახება. თანაგადახდის მექანიზმის ამოქმედების შემდეგ, დაბალი შემოსავლისა და სპეციალური მკურნალობის საჭიროების მქონე ადამიანები უფრო მეტად ამცირებენ სამედიცინო სერვისებით სარგებლობას, ვიდრე სხვა დანარჩენი³⁴. ეს ნიშნავს, რომ თანაგადახდის მექანიზმმა, გარკვეულწილად, შეიძლება ჯანდაცვის დანახარჯების შემცირებას ხელი შეუწყოს, მაგრამ, საბოლოო ჯამში, ის მცირდება შედარებით ღარიბი მოსახლეობის, ასევე, ისეთი სერვისების მოხმარების ხარჯზე, როგორცაა ადრეული დიაგნოსტიკისა და პრევენციის მომსახურება. ეს კი, თავის მხრივ, გრძელვადიან პერიოდში, ნეგატიურ გავლენას ახდენს ადამიანების ჯანმრთელობაზე.

2.2. დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები

თუ თანაგადახდის მექანიზმი საბიუჯეტო ხარჯების ზრდის ტემპის მოთოკვას ვერ ახერხებს, პოლიტიკოსები და ბიუროკრატები ფასების ფიქსირებას იწყებენ. ახალ მოცემულობას სამედიცინო დაწესებულების მუშაკები ახალი მეთოდებით პასუხობენ, რათა ძველი სარგებელი შეინარჩუნონ. ზუსტად ეს მოხდა საქართველოშიც ფასების რეგულირების შემოღებით, ჯერ - „520-ე დადგენილების“ და მოგვიანებით, დიაგნოზთან შეჭიდებული ჯგუფების მეთოდით.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდი მიწოდების მხარის მექანიზმია, რომელიც სამედიცინო სერვისის მიწოდებლებისთვის მომსახურების უნიფიცირებასა და სერვისის ერთ ჯგუფზე ფასების დადგენას გულისხმობს. შესაბამისად, ჯანდაცვის საბიუჯეტო პროგრამის ბენეფიციარის სამედიცინო მომსახურება ანაზღაურდება მომსახურების ჯგუფის ფიქსირებული ტარიფებით. ამ მეთოდის მხარდამჭერთა აზრით, ასეთმა მიდგომამ ექიმებსა და კლინიკების მენეჯმენტს უნდა გაუქროს გადაჭარბებული მკურნალობის დანიშვნის მოტივი (ვინაიდან ის ანაზღაურებადი არ იქნება), რაც, თავის მხრივ, ხარჯების შემცირებას თუ არა, მათი ზრდის ტემპის შეკავებას შეუწყობს ხელს.

34. Kiil, A., & Houlberg, K. (2013). How does copayment for health care services affect demand, health, and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. *The European Journal of Health Economics*, 15(8), 813–828.; Beck, R. G. (1974). The effects of Co-Payment on the poor. *Journal of Human Resources*, 9(1), 129.; Brot-Goldberg, Z., Chandra, A., Handel, B., & Kolstad, J. T. (2017). What does a Deductible Do? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities, and Spending Dynamics*. *The Quarterly Journal of Economics*, 132(3), 1261–1318.

სამედიცინო მომსახურების გადახდის ეს მეთოდი, რომელიც იელის უნივერსიტეტში შემუშავდა, ჰოსპიტალური შემთხვევების ხარჯების ანაზღაურების მიდგომას გულისხმობდა და 1980-იან წლებში აშშ-ის ჯანდაცვის პროგრამებში დაინერგა³⁵. მომდევნო წლებში ევროპის ქვეყნებშიც ამოქმედდა და განვითარდა³⁶. ამდენად, არსებობს ემპირიული ლიტერატურა, რომელიც შეისწავლის დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდოლოგიის დანერგვის შედეგებს, სადაც ძირითადი ხაზი სამედიცინო სერვისის ხარისხზე ნეგატიური გავლენაა.

ბოლო სამი ათწლეულის განმავლობაში ჩატარებულ კვლევებზე დაყრდნობით, შეიძლება ითქვას, რომ ჯანდაცვის სფეროსთვის დამახასიათებელი პრობლემები ვერც დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდმა ვერ შეამცირა. კერძოდ, ამგვარი მიდგომის პირობებში, ჯანდაცვის საჯარო დანახარჯების ტემპი ვერ მოითოკა, სისტემის რეგულირება მეტად რთული და კომპლექსური გახდა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა ოპორტუნისტული ქცევა არ გაქრა.

კერძოდ, ემპირიული კვლევები, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდის დანერგვის შემდეგ, რამდენიმე მნიშვნელოვან უარყოფით ეფექტზე მიუთითებს:

- **ხარისხის გაუარესება** – ფასების ფიქსირება უბიძგებს მიმწოდებელს სამედიცინო სერვისის შემცირებისა და შესაბამისად, ხარისხის გაუარესებისკენ, რათა მოგების, მინიუმ, ძველი დონე შეინარჩუნოს. მაგალითად, ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჩატარებულმა ემპირიულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ დაფინანსების ახალი მეთოდის დანერგვის შემდეგ, გაიზარდა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი როგორც ჰოსპიტალებში, ისე გამოწერიდან ორთვიან პერიოდში. ასევე, ფასების ფიქსირების შემდეგ, გაიზარდა საავადმყოფოსთვის ხელახალი მიმართვები³⁷. კიდევ ერთი ემპირიული კვლევა ეხება მიდგომას – ჰოსპიტლიდან „უფრო სწრაფად, მაგრამ უფრო

35. Fetter, R. B., Thompson, J. D., & Mills, R. E. (1976). A system for cost and reimbursement control in hospitals. *The Yale journal of biology and medicine*, 49(2), 123–136.

36. Schreyögg, J., Stargardt, T., Tiemann, O., & Busse, R. (2006). Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries. *Health Care Management Science*, 9(3), 215–223.; Quentin, W., Scheller-Kreinsen, D., Blümel, M., Geißler, A., & Busse, R. (2013). Hospital payment based on Diagnosis-Related groups differs in Europe and holds lessons for the United States. *Health Affairs*, 32(4), 713–723.

37. Cutler, D. (1995). The Incidence of Adverse Medical Outcomes Under Prospective Payment. *Econometrica*, 63(1), 29. ; Gay, E. G., & Kronenfeld, J. J. (1990). Regulation, retrenchment— The DRG experience: Problems from changing reimbursement practice. *Social Science & Medicine*, 31(10), 1103–1118. ; Shen, Y. (2003). The effect of financial pressure on the quality of care in hospitals. *Journal of Health Economics*, 22(2), 243–269.

ავად“ გაწერას, სადაც ნაჩვენებია სტაციონარიდან გაწერილი პაციენტების არასტაბილურობის მაჩვენებლის მატება 10%-დან 15%-მდე³⁸.

ამგვარი რეკოსპიტალიზაციისა და ხელახალი მიმართვის შემთხვევების მატება გამოვლინდა საფრანგეთში, ისრაელში, სამხრეთ კორეაში, შვეიცარიაში, იტალიასა და იაპონიაში, სადაც დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდები დაინერგა³⁹.

- **მანიპულაცია** - ფასების ფიქსირების პირობებში ჩნდება პრობლემები, რომლებიც დიაგნოზებით (ავადობის კოდებით) მანიპულაციას უკავშირდება. კლინიკის მენეჯმენტსა და ექიმებს, ზღვრულ პირობებში, უჩნდებათ სტიმული, პაციენტები დიაგნოზის უფრო მაღალანაზღაურებად კატეგორიაში გადაახარისხონ⁴⁰. ამერიკის შეერთებულ შტატებში კლინიკებმა მალევე უპასუხეს დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფის მეთოდით ფასების ფიქსირებას⁴¹. უფრო მეტიც, კოდებით მანიპულირება არასაჭირო ოპერაციების ჩატარებამდეც კი მივიდა⁴².

38. Kosecoff, J. (1990). Prospective payment system and impairment at discharge. *JAMA*, 264(15), 1980.

39. Brizioli, E., Fraticelli, A., Marcobelli, A., & Paciaroni, E. (1996). Hospital payment system based on diagnosis related groups in Italy: early effects on elderly patients with heart failure. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 23(3), 347–355. ; Hamada, H., Sekimoto, M., & Imanaka, Y. (2012). Effects of the per diem prospective payment system with DRG-like grouping system (DPC/PDPS) on resource usage and healthcare quality in Japan. *Health Policy*, 107(2–3), 194–201; Shmueli, A., Intrator, O., & Israeli, A. (2002). The effects of introducing prospective payments to general hospitals on length of stay, quality of care, and hospitals' income: the early experience of Israel. *Social Science & Medicine*, 55(6), 981–989. ; Or, Z., Bonastre, J., Journeau, F., & Nestrigue, C. (2013). Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A. *RePEc: Research Papers in Economics*; Kim, S. J., Park, S., Kim, S. J., Han, K. T., Han, E., Jang, S. I., & Kim, T. H. (2015). The effect of competition on the relationship between the introduction of the DRG system and quality of care in Korea. *European Journal of Public Health*, 26(1), 42–47. ; Besstremyannaya, G. (2014). Differential effects of declining rates in a per diem payment system. *Health Economics*, 25(12), 1599–1618. ; Busato, A., & Von Below, G. (2010). The implementation of DRG-based hospital reimbursement in Switzerland: A population-based perspective. *Health Research Policy and Systems*, 8(1). ; Ljunggren, B., & Sjódn, P. (2001). Patient reported quality of care before vs. after the implementation of a diagnosis related groups (DRG) classification and payment system in one Swedish county. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(4), 283–294.

40. Ellis, R. P., & McGuire, T. G. (1986). Provider behavior under prospective reimbursement. *Journal of Health Economics*, 5(2), 129–151. ; Steinbusch, P. J., Oostenbrink, J. B., Zuurbier, J. J., & Schaepkens, F. J. (2007). The risk of upcoding in casemix systems: A comparative study. *Health Policy*, 81(2–3), 289–299.

41. Dafny, L. (2005). How do hospitals respond to price changes? *The American Economic Review*, 95(5), 1525–1547. ; Carter, G. M., Newhouse, J. P., & Relles, D. A. (1990). How much change in the Case Mix Index is DRG creep? *Journal of Health Economics*, 9(4), 411–428. Silverman, E., & Skinner, J. (2004). Medicare upcoding and hospital ownership. *Journal of Health Economics*, 23(2), 369–389.

42. Eichenwald K. (2003). Operating Profits: Mining Medicare; How One Hospital Benefited on Questionable Operations.

სამედიცინო დაწესებულების მიერ კოდებით მანიპულაციის და შედეგად, უფრო მაღალი ანაზღაურების პრაქტიკა გამოვლენილი და შესწავლილია სხვა დაავადებებთან მიმართებითაც. მაგალითად, აშშ-ში 2000-2010 წლებში სეფსისის შემთხვევები დრამატულად გაიზარდა, ხოლო სიკვდილიანობის დონე შემცირდა. ამის მიზეზი დიაგნოზთა კლასიფიკაციის ცვლილება აღმოჩნდა. კერძოდ, გაიზარდა ამგვარ დიაგნოზზე ანაზღაურება, რამაც ექიმებს უბიძგა, პაციენტებისთვის უფრო ხშირად დაესვათ სეფსისის დიაგნოზი (მიუხედავად იმისა, თუ რამდენად ზუსტი იყო ასეთი დიაგნოზი)⁴³.

ფასების ფიქსირების შემოღებამ პაციენტის დიაგნოზის კოდირების მიდგომა სხვა ქვეყნებშიც შეცვალა. მაგალითად, შვედეთის იმ რეგიონებში, სადაც დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდით ანაზღაურება დაინერგა, მეორეული დიაგნოზების ზრდის დინამიკა უფრო მკვეთრი და აღმავალი გახდა, ვიდრე იმ ტერიტორიულ ერთეულებში, სადაც ამ მეთოდით არ ხელმძღვანელობდნენ⁴⁴. კოდებით მანიპულირების პრაქტიკა გამოვლინდა პორტუგალიაში, საფრანგეთში, გერმანიასა და პოლონეთში⁴⁵. 1995-1996 წლებში ავსტრალიაში დიაგნოზების 5.2% - 6.5% მანიპულირებული აღმოჩნდა⁴⁶.

- **ჰოსპიტალიზაცია** - დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდით სტაციონარული მომსახურების ანაზღაურების შემოღების შემდეგ, ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა იცვლება. ფასების ფიქსირება ამცირებს სტაციონარული

43. Gohil, S. K., Cao, C., Phelan, M., Tjoa, T., Rhee, C., Platt, R., & Huang, S. S. (2016). Impact of policies on the rise in sepsis incidence, 2000–2010. *Clinical Infectious Diseases*, 62(6), 695–703. ; Rosenstein, A. H., O’Daniel, M., White, S., & Taylor, K. R. (2009). Medicare’s Value-Based Payment Initiatives: Impact on and implications for improving physician documentation and coding. *American Journal of Medical Quality*, 24(3), 250–258.

44. Serdén, L., Lindqvist, R., & Rosén, M. (2003). Have DRG-based prospective payment systems influenced the number of secondary diagnoses in health care administrative data? *Health Policy*, 65(2), 101–107.

45. Lungen, M., & Lauterbach, K. W. (2000). Upcoding - eine Gefahr für den Einsatz von Diagnosis - Related Groups (DRG)? *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 125(28/29), 852–856.; Barros, P. P., & Braun, G. (2016). Upcoding in a National Health Service: the evidence from Portugal. *Health Economics*, 26(5), 600–618.; Or, Z. (2014). Implementation of DRG Payment in France: Issues and recent developments. *Health Policy*, 117(2), 146–150. ; Bystrov, V., Staszewska-Bystrova, A., Rutkowski, D. T., & Hermanowski, T. (2015). Effects of DRG-based hospital payment in Poland on treatment of patients with stroke. *Health Policy*, 119(8), 1119–1125. ; Buczak-Stec, E., Goryński, P., Nitsch-Osuch, A., Kanecki, K., & Tyszko, P. (2017). The impact of introducing a new hospital financing system (DRGs) in Poland on hospitalisations for atherosclerosis: An interrupted time series analysis (2004–2012). *Health Policy*, 121(11), 1186–1193.

46. Pongpirul, K., & Robinson, C. (2013). Hospital manipulations in the DRG system: a systematic scoping review. *Asian Biomedicine*, 7(3), 301–310.

ნარში პაციენტის ყოფნის საშუალო ხანგრძლივობას⁴⁷. თუმცა კლინიკები ჰოსპიტალიზაციას, ხშირ შემთხვევაში, მოკლევადიანი სტაციონარული მომსახურების ხარჯზე ამცირებენ. მაგალითად, ბელგიაში ასეთ პოლიტიკას ერთდღიანი ჰოსპიტალიზაციის 42%-იანი ზრდა მოჰყვა⁴⁸. მსგავსი სურათი გამოვლინდა იტალიაში, სადაც 1993–1996 წლებში ჩვეულებრივი ჰოსპიტალიზაცია შემცირდა, მაგრამ დღის სტაციონარის მომსახურება შეიძვერა გაიზარდა⁴⁹.

- **დისკრიმინაცია** – ჯანდაცვის სისტემებში, სადაც დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდია დამკვიდრებული, სახეზეა დისკრიმინაცია, რადგან სამედიცინო სერვისის მიმწოდებლები ცდილობენ, უმკურნალონ უფრო „მომგებიან“ პაციენტებს⁵⁰. სამედიცინო დაწესებულების მენეჯერებსა და ექიმებს უნდებათ სტიმული, ფოკუსირდნენ ისეთ დაავადებებზე, რომლებიც მათთვის მეტად სარგებლიანია, ხოლო სხვა მომსახურება ან არ მიაწოდონ, ან მიწოდების მასშტაბი შეზღუდონ⁵¹. ფასების ფიქსირების პირობებში, გავრცელებულია პაციენტების შერჩევითი მკურნალობა. ვინაიდან ყველა პაციენტის მკურნალობის ფასი ფიქსირებულია დიაგნოზის მიხედვით, სამედიცინო სერვისის პროვაიდერები ირჩევენ იმ პაციენტებს, რომელთა მკურნალობა მოითხოვს შედარებით მცირე რესურსს და დაკავშირებულია უფრო მეტ მოგებასთან. მაგალითად, ასეთი რამ გამოვლენილია ნორვეგიის ამბულატორიული ქირურგიის მომსა-

47. Norton, E. C., Van Houtven, C. H., Lindrooth, R. C., Normand, S. L. T., & Dickey, B. (2002). Does prospective payment reduce inpatient length of stay? *Health Economics*, 11(5), 377–387. ; Pongpirul, K., Walker, D. G., Rahman, H., & Robinson, C. (2011). DRG coding practice: a nationwide hospital survey in Thailand. *BMC Health Services Research*, 11(1).

48. Perelman, J., & Closon, M. C. (2007). Hospital response to prospective financing of in-patient days: The Belgian case. *Health Policy*, 84(2–3), 200–209.

49. Louis, D. Z., Yuen, E. J., Braga, M., Cicchetti, A., Rabinowitz, C., Laine, C., & Gonnella, J. S. (1999). Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy. *Health services research*, 34(1 Pt 2), 405–415.

50. Monrad Aas, I. (1995). Incentives and financing methods. *Health Policy*, 34(3), 205–220. ; Ellis, R. P. (1998). Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economics*, 17(5), 537–555 ; Barros, P. P. (2003). Cream-skimming, incentives for efficiency and payment system. *Journal of Health Economics*, 22(3), 419–443.

51. Ellis, R. P., & McGuire, T. G. (1996). Hospital response to prospective payment: Moral hazard, selection, and practice-style effects. *Journal of Health Economics*, 15(3), 257–277. ; Boyd H. Gilman. (2000). Hospital response to DRG refinements: the impact of multiple reimbursement incentives on inpatient length of stay. *Health Economics*. ; Liang, L. L. (2014). Do Diagnosis-Related Group-Based Payments Incentivise Hospitals to Adjust Output Mix? *Health Economics*, 24(4), 454–469. ; Parkinson, B., Meacock, R., & Sutton, M. (2019). How do hospitals respond to price changes in emergency departments? *Health Economics*, 28(7), 830–842.

ხურების შესწავლით, რის საფუძველზეც დადასტურდა, რომ კლინიკებს ურჩევნიათ, ნაკლებად მძიმე პაციენტებს უმკურნალონ⁵².

ოპორტუნისტული ქცევისთვის მეტი გასაქანი არსებობს, როცა ჯანდაცვის დანახარჯების ანაზღაურება საბიუჯეტო პროგრამებითა და სამთავრობო სქემებით ხორციელდება. სწორედ ეს არის ჯანდაცვის დანახარჯების ზრდის მნიშვნელოვანი წყარო. საქართველოშიც დანახარჯების პერმანენტული ზრდის ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზია საყოველთაო ჯანდაცვის მოსარგებლეთათვის ზედმეტი სამედიცინო მომსახურების მიწოდება, რის შესაკავებლადაც მთავრობამ არაერთი უშედეგო ნაბიჯი გადადგა. ასეთ ნაბიჯებს შორის იყო პაციენტებისთვის თანაგადახდის დაწესება და ფასების ფიქსირება.

იქ, სადაც საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემები არსებობს, ორივე საშუალება გამოცდილია და მთელი რიგი უარყოფითი ეფექტებია გამოვლენილი. პირველ რიგში, ეს ეხება სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუარესებას. თუმცა თანაგადახდა და ფასების ფიქსირება დანახარჯების მზარდი ტემპის მოთოკვის ეფექტიანი საშუალება არ არის. თუკი ცალკეულ შემთხვევაში ადგილი აქვს დანახარჯების შემცირებას, ეს ხარისხის გაუარესების ხარჯზე ხდება. ახალ პირობებში, სამედიცინო სერვისის მიმწოდებლები საბიუჯეტო და სამთავრობო სქემებიდან უფრო მეტი შემოსავლის მიღების ახალ გზებს პოულობენ.

თანაგადახდის მექანიზმი ამცირებს სარეცეპტო მედიკამენტების, ზოგადი კონსულტაციებისა და ამბულატორიული მკურნალობის გამოყენებას, მაგრამ მნიშვნელოვანი გავლენა არ გააჩნია ჰოსპიტალიზაციაზე. მიუხედავად ამისა, მეტი გავლენა აქვს დაბალშემოსავლიან მოსახლეობაზე, რაც ღარიბი შინამეურნეობისათვის ჯანდაცვის დანახარჯების წნეხის ზრდას ნიშნავს.

დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდმა (ფასების ფიქსირება), ცალკეულ შემთხვევაში, შეიძლება მომსახურების დანახარჯები შეამციროს, თუმცა ამის ნეგატიური მხარე არასაკმარისი მკურნალობა და გაუარესებული ხარისხია

52. Martinussen, P. E., & Hagen, T. P. (2009). Reimbursement systems, organisational forms and patient selection: Evidence from day surgery in Norway. *Health Economics, Policy and Law*, 4(2), 139–158.

(ხელახალი მიმართვები და სიკვდილიანობა). გარდა ხარისხის გაუარესებისა, ამ მეთოდის პირობებში, ფართოდ და მწვავედ გამოვლენილია დიაგნოზებით მანიპულირება და პაციენტების დაავადებების მიხედვით დისკრიმინაცია. სამედიცინო ხარისხის გაუარესებასთან ერთად, ეს ყველაფერი, გრძელვადიან პერიოდში, ჯანდაცვის სისტემაში პრობლემებს უფრო და უფრო ამწვავეს. ამასთან, ზოგ შემთხვევაში, დიაგნოზთან შეჭიდულ ჯგუფებს შეიძლება დანახარჯები მოკლევადიან პერიოდშიც გაეზარდოს, რადგან სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები საჯარო რესურსებიდან მეტი შემოსავლის მიღების ახალ გზებს (დიაგნოზებით მანიპულაცია) პოულობენ. საბოლოოდ, დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდი ჯანდაცვის დანახარჯების შეკავებისთვის არა მხოლოდ არაეფექტიანი საშუალებაა, არამედ ბლაგვი ინსტრუმენტია.

საქართველოში კი დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდი მიმდინარე ეტაპზე ინერგება. შესაბამისად, ამ მეთოდის ზემოთ აღწერილი უარყოფითი ეფექტები, როგორებიცაა ხარისხის გაუარესება, მანიპულაცია და დისკრიმინაცია, მომავალში თვალსაჩინო გახდება. ამიტომ მომდევნო პერიოდში მოსალოდნელია ჯანდაცვის სისტემის პრობლემების გაფართოება და გამწვაება.

3.

ჯანდაცვის პოლიტიკა ევროკავშირში

მიუხედავად იმისა, რომ წინა თავში ფართოდ განხილულია მოწინავე ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემის გამოცდილებები, მნიშვნელოვანია ევროკავშირში არსებული საერთო სურათის ცალკე აღწერა. გამომდინარე იქიდან, რომ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების პროცესმა დაბრკოლებები არ შექმნას ევროკავშირში გაწვევების მიმართულებით.

რეგულირების ზემოთ აღწერილი პრობლემები ევროკავშირის ქვეყნებისთვის განსხვავებული მასშტაბითა და ხარისხით ვლინდება⁵³. ყველა ქვეყანაში ჯანდაცვის სექტორი ერთმანეთისგან სხვადასხვა თავისებურებით გამოირჩევა. ამიტომ ევროპის კავშირში ჯანდაცვის ერთიანი და ცენტრალიზებული პოლიტიკა არ არსებობს, ხოლო ყველა წევრი სახელმწიფო დამოუკიდებლად განსაზღვრავს ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის მოწყობასა და ადმინისტრირებას. ამასთან, კავშირის დონეზე არსებული პოლიტიკა, დიდწილად, საზოგადოებრივ ჯანდაცვას უკავშირდება და გულისხმობს გადამდებ დაავადებებზე ეპიდემიამხედველობასა და კოორდინაციას, რომლებსაც დაავადებათა პრევენციისა და კონტროლის ევროპული ცენტრი ახორციელებს. გარდა ამისა, ევროპის მედიკამენტების სააგენტო მეცნიერულად აფასებს სამკურნალო საშუალებების ხარისხსა და ეფექტიანობას. ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკაში სხვა მიმარ-

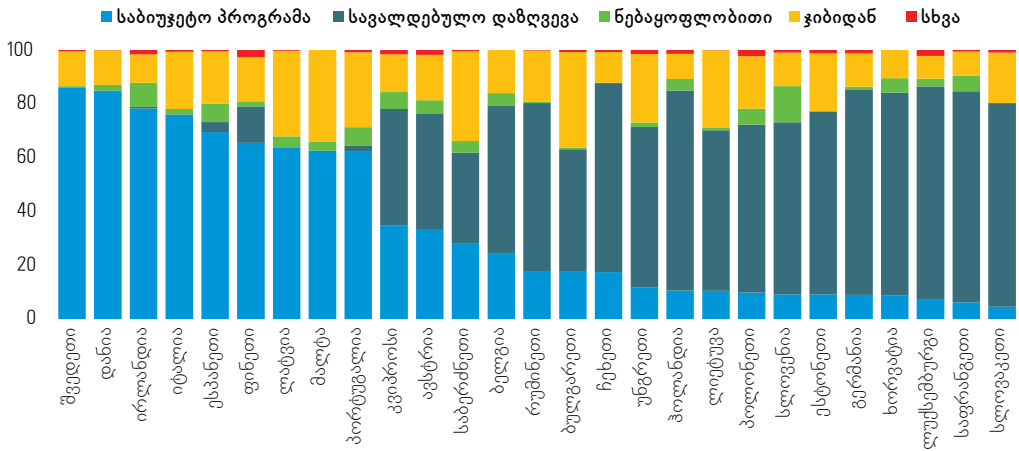
53. Geissler, A., Quentin, W., & Scheller-Kreinsen, D. (2010). Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems. In *Diagnosis related groups in Europe: Vol. II* (p. 15). Open University Press.

თულებებს ეროვნული მთავრობები ინდივიდუალურად განსაზღვრავენ და აღასრულებენ. შესაბამისად, წევრ სახელმწიფოებში ხშირად ჯანდაცვის სისტემები არსებითად განსხვავდება როგორც დაფინანსების მოდელით, ისე მარეგულირებელი სტრუქტურით.

ევროკავშირის უმეტეს ქვეყნებში ჯანდაცვის მოცვა უნივერსალურია (ან უნივერსალურთან მიახლოებული), თუმცა რამდენიმე მათგანში ასეთი უნივერსალური მოცვის სისტემა არ მოქმედებს. მაგალითად, ირლანდიაში საბიუჯეტო ან სავალდებულო დაზღვევა მოსახლეობის 1/2 -ზე ნაკლების სამედიცინო ხარჯებს ფარავს, ხოლო მოსახლეობის 47% ფლობს კერძო ნებაყოფლობით სადამღვევო პოლისს⁵⁴. ბულგარეთსა და რუმინეთში კი მოსახლეობის არანაკლებ 10% ჯანდაცვის დანახარჯების არც საჯარო და არც კერძო დაზღვევით არ სარგებლობს.

უშუალოდ საჯარო პოლიტიკის ჯანდაცვის მოცვის სქემებიც განსხვავებულია. ესენია: ქვეყნების ერთ ნაწილში - საბიუჯეტო პროგრამები და მეორეში - სავალდებულო სადამღვევო ფონდები.

გრაფიკი 14: ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯები დაფინანსების წყაროს მიხედვით, 2020 წელი (%)



წყარო: OECD Health Statistics; Eurostat; WHO Global Health Expenditure Database

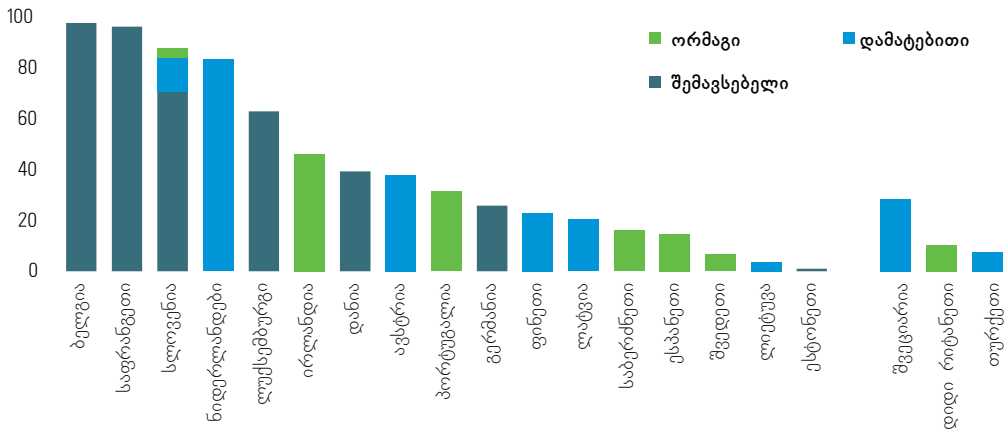
მაგალითად, შვედეთი და დანია მოსახლეობის სამედიცინო დანახარჯების ანაზღაურებას საბიუჯეტო პროგრამებით უზრუნველყოფენ, ხოლო ლუქსემბურგში, საფრანგეთში, გერმანიასა და სხვა რამდენიმე ქვეყანაში ჯანდაცვის დანახარ-

54. Health Insurance Authority. (2022). *Health Insurance in Ireland*. Retrieved February 27, 2024.

ჯების უმეტესი ნაწილი სავალდებულო დაზღვევის სქემებით ანაზღაურდება. ავსტრიაში, საბერძნეთსა და კვიპროსში კი საბიუჯეტო პროგრამებისა და სავალდებულო დაზღვევის სქემების კონტრიბუცია თითქმის თანაბარია.

ქვეყნები ბენეფიციართა პაკეტებში სამედიცინო მომსახურების სპექტრისა და ხარჯების გაზიარების დონეებითაც განსხვავდება.

გრაფიკი 15: კერძო დაზღვევის დაფარვა, მოსახლეობაში წილი, 2020 წელი (%)



წყარო: OECD Health Statistics

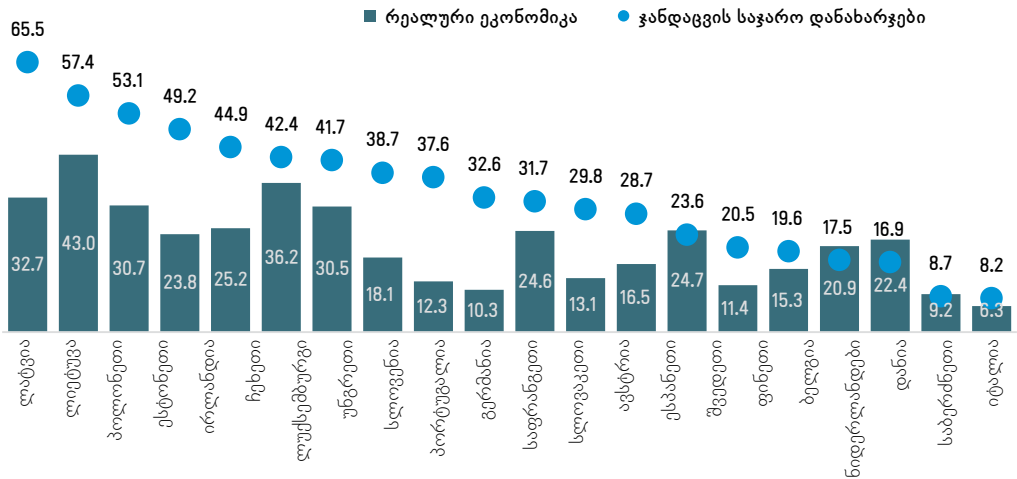
მიუხედავად იმისა, რომ საბიუჯეტო პროგრამებისა და სავალდებულო დაზღვევის სქემების მოცვა ფართოა, მოსახლეობის დიდი ნაწილი ნებაყოფლობითი დაზღვევის პოლისებით სარგებლობს. ბევრ წევრ სახელმწიფოში ყველა სამედიცინო სერვისი არ არის საბიუჯეტო და სავალდებულო სქემებით დაფარული. ასევე, ზოგ შემთხვევაში, მოქმედებს თანაგადახდის მექანიზმები. საჯარო დაზღვევის სქემებს მიღმა არსებული სხვა სამედიცინო მომსახურების ან თანაგადახდის ხარჯების ანაზღაურებისთვის გამოყენებულია ნებაყოფლობითი დაზღვევის პოლისები. მაგალითად, საფრანგეთსა და სლოვენიაში, სადაც ნებაყოფლობითი დაზღვევის დაფარვის დონე მაღალია, ძირითადად, ასეთი პოლისები საჯაროდ დაფინანსებული სამედიცინო სერვისების თანაგადახდის დასაფარად გამოიყენება, ხოლო ნიდერლანდებში ნებაყოფლობითი დაზღვევის დანიშნულება უფრო ფართო სპექტრის სამედიცინო სერვისების ხარჯების უზრუნველყოფაა⁵⁵.

55. Sagan, A., & Thomson, S. (Eds.). (2016). Voluntary health insurance in Europe: country experience. In *European Observatory on Health Systems and Policies* (ISBN: 9789289050371).

გარდა ამისა, კერძო დაზღვევის პოლისის ფლობა სამედიცინო მომსახურების უფრო სწრაფად მიღებას ან სერვისის მიმწოდებელთა უფრო ფართო არჩევანს უკავშირდება. რიგ ქვეყნებში, გამომდინარე იქიდან, რომ საბიუჯეტო და სავალდებულო დაზღვევის სქემების ანაზღაურებით, მთავრობები სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას ზღუდავენ, პაციენტებს, სამედიცინო მომსახურების მიღებისთვის, ხანგრძლივი ლოდინი უწევთ. კერძო ნებაყოფლობითი დაზღვევა უფრო სწრაფი და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიღების საშუალებაა, ვიდრე ეს სავალდებულო სადაზღვევო სქემებისა და საბიუჯეტო პროგრამების პირობებშია შესაძლებელი. მაგალითად, გამოკითხვები აჩვენებს, რომ ირლანდიაში ასეთი სადაზღვევო პოლისის ფლობა დაკავშირებულია უფრო ხარისხიანი სამედიცინო სერვისის მიღებასა და მკურნალობის მომლოდინეთა შორის, რიგის შემცირებასთან⁵⁶.

მიუხედავად იმისა, რომ ევროკავშირის ქვეყნებში თანაგადახდის მექანიზმისა და სამედიცინო მომსახურების ფასების ფიქსირების პრაქტიკა ფართოდ გავრცელებულია, ჯანდაცვის საჯარო დანახარჯები პერმანენტულად მზარდია, ხოლო ზრდის ტემპი ეკონომიკის გაფართოების ტემპს აღემატება. ეს კი, საბოლოო ჯამში, ჯანმრთელობის დაცვის სამთავრობო სისტემების არამდგრადობას იწვევს⁵⁷.

გრაფიკი 16: ჯანდაცვის რეალური საჯარო დანახარჯების და მშპ-ს ზრდა, 2013-2022 წლები (%)



წყარო: OECD Health Statistics; IMF; ავტორის გამოთვლები

56. Sagan, A., & Thomson, S. (Eds.). (2016). Voluntary health insurance in Europe: country experience. In *European Observatory on Health Systems and Policies* (ISBN: 9789289050371).

57. OECD (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris.; OECD/European Union (2022). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.

ჯანდაცვის საჯარო დანახარჯების ზრდის ტემპი კი უფრო და უფრო მნიშვნელოვანი გამოწვევა ხდება⁵⁸, რაც საქართველოსთვისაც უკვე ნაცნობი პრობლემაა და თუ ევროკავშირის წევრი ქვეყნების შეცდომები განმეორდა, მომავალში გაცილებით დიდი გამოწვევა იქნება.

ევროკავშირში ჯანდაცვის საერთო პოლიტიკა არ არსებობს. ჯანდაცვის სისტემის მიმართულებით არსებული მდგომარეობა არ მოითხოვს საერთო პრინციპებისა და მიდგომების გაზიარებას. ყველა წევრი სახელმწიფო დამოუკიდებლად განსაზღვრავს ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის მოწყობასა და ადმინისტრირებას. ეს ნიშნავს, რომ საქართველოს სრულიად დამოუკიდებელი პოლიტიკის გატარება შეუძლია და ეს არ იქნება ევროინტეგრაციის გზაზე შემაფერხებელი ფაქტორი.

თუმცა, ეფექტიანი პოლიტიკის გასატარებლად, აუცილებელია ევროკავშირის ქვეყნების მიერ დაშვებული შეცდომების გათვალისწინება. ფასების ფიქსირებისა და რეგულირების სპირალში შესვლის არაეფექტიანობის საილუსტრაციოდ, კარგი მაგალითია ევროკავშირი, სადაც ჯანდაცვის რეალური დანახარჯები პერმანენტულად მზარდია. საბიუჯეტო პროგრამებისა და სავალდებულო სქემების თითქმის სრული დაფარვის მიუხედავად, მოსახლეობის უმეტესობა ნებაყოფლობით სადაზღვევო პოლისებს ფლობს, რაც საყოველთაო ჯანდაცვის დაბალ ხარისხზე მიუთითებს.

58. OECD. (2022). Health at a glance: Europe. *Health at a Glance*.

4.

ჯანდაცვის პოლიტიკის რეფორმირების მიმართულება

ჯანდაცვის სისტემა, როგორც წესი, ორ განსხვავებულ კომპონენტს – სოციალურ დახმარებასა და ჯანმრთელობის დაზღვევას მოიცავს. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანი რეფორმირებისთვის, აუცილებელია ამ ორი განსხვავებული კომპონენტის ერთმანეთისგან გამიჯვნა. სხვა სიტყვებით, ცალკე განსახილველია უშუალოდ ჯანდაცვის სისტემის ნაწილი და ცალკე – ის ელემენტები, რომლებიც თავისი ბუნებით სოციალურ დახმარებას წარმოადგენს და ჯანდაცვასთან სხვადასხვა პოლიტიკური მოტივით არის შერწყმული.

4.1. რეფორმის ძირითადი პრინციპები

ინდივიდუალურ შემთხვევაში, ცალკეული დაავადებები და სამედიცინო მომსახურების საჭიროება არაპროგნოზირებადია, ხოლო სათანადო დანახარჯების დაგეგმვა – გართულებული ან ძალიან ძვირი. თუმცა, ადამიანთა გარკვეული ჯგუფის შემთხვევაში, შესაძლებელია რისკების გამოშვება სტატისტიკის მეთოდებით. მაგალითად, ინდივიდუალურ დონზე არსებობს აპენდიციტის გართულების განუსაზღვრელობა, მაგრამ, სტატისტიკურად, პოპულაციაში ასეთი შემთხვევების გავრცელების, ჩარევისა და შედეგების რისკი დათვალადია. ამდენად, სადაზღვევო ორგანიზაციებს შეუძლიათ, ასეთი რისკები მომგებიანი პირობებით დააზღვიონ, მიუხედავად იმისა, რომ ინდივიდუალურ დონეზე სადაზღვევო შემთხვევის მოხდენის ალბათობა უცნობია. ამისგან განსხვავებით,

პროგნოზირებადი ხარჯები არ დაეზღვევა, რადგან ისინი ერთნაირად ცნობილია როგორც პაციენტისთვის, ისე სადაზღვევო კომპანიისთვის. მაგალითად, თუ პაციენტს უკვე აქვს დიაბეტი, დიაბეტის დანახარჯების დაზღვევაზე არც ერთი კომპანია არ დათანხმდება. თუმცა ზოგადი ჯანმრთელობის დაზღვევის შეძენა მაინც შესაძლებელი იქნება, მაგრამ უფრო ძვირად, ვინაიდან გარკვეული ხარჯები (ამ შემთხვევაში, დიაბეტით გამოწვეული) უკვე წინასწარ ცნობილი და პროგნოზირებადია.

ამ მაგალითზე, შეიძლება განვასხვავოთ, სოციალური დახმარება და დაზღვევა. მომავალში შესაძლოა აპენდიციტის ოპერაციის დაფინანსება - დაზღვევა, ხოლო უკვე ცნობილი დიაბეტის მკურნალობის დაფინანსება - სოციალური დახმარება.

მთავრობას ჯანმრთელობის დაზღვევაში არანაირი როლი არ გააჩნია, რადგან მისი ეფექტიანად უზრუნველყოფა სადაზღვევო კომპანიას შეუძლია. მეორე მხრივ, პოლიტიკური მიზნებიდან გამომდინარე, მთავრობამ შეიძლება ადამიანს პირდაპირ დაუფინანსოს გარკვეული სამედიცინო მომსახურება ან დაზღვევის შეძენა, რაც, არსობრივად, სოციალურ დახმარებას წარმოადგენს.

შესაბამისად, ჯანდაცვის ოპტიმალური მოდელია, რომელშიც მთავრობა არ არის ჩართული და ის სამი აქტორისგან შედგება:

- სამედიცინო სერვისის მომხმარებელი
- სამედიცინო შემთხვევის მზღვეველი
- სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი

ამ ტრიადაში სადაზღვევო კომპანია ამცირებს ინფორმაციულ ასიმეტრიას პაციენტსა და ექიმს შორის, რადგან თვითონ ფლობს სათანადო კვალიფიკაციას და ამავდროულად, მოტივირებულია, რომ, ერთი მხრივ, მოახდინოს საკუთარი ხარჯების მინიმიზაცია, ესე იგი, ნაკლები გადაუხადოს კლინიკას, მეორე მხრივ, გაზარდოს შემოსავალი, ესე იგი, რაც შეიძლება სასარგებლო პროდუქტი შესთავაზოს მომხმარებელს. ასეთი შუამავლობა, საბოლოო ჯამში, ყველა მხარისთვის მომგებიანი და სამედიცინო სფეროს განვითარებისთვის ხელშემწყობია.

თუმცა, როგორც დოკუმენტის წინა თავშია ნაჩვენები, როცა მთავრობა ჯანდაცვის სფეროში სოციალური დახმარების გაწევის მიზნით ერევა, ჩნდება

ოპორტუნისტული ქცევისთვის ხელსაყრელი გარემო. ასეთ სქემაში მთავარი პრობლემა ბიუროკრატიის სპეციფიკაშია - ბიუროკრატი, ბიზნესმენისგან განსხვავებით, არ მიისწრაფვის მოგებისკენ. ესე იგი, ბიუროკრატს არც ხარჯების მინიმიზაციის და არც მომხმარებლის სარგებლის მაქსიმიზაციის სტიმული არ გააჩნია. შედეგად, მცირდება, ერთი მხრივ, კლინიკების კონტროლის ეფექტიანობა, მეორე მხრივ, იკლებს იმ სერვისის ხარისხი, რომელიც უშუალოდ პაციენტს მიეწოდება. ასეთ პირობებში, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს ახალი სტიმული უჩნდებათ - საბიუჯეტო პროგრამიდან, პაციენტებისთვის ზედმეტად მიწოდებული სერვისის ხარჯზე, უფრო მეტი შემოსავალი მიიღონ. მსგავსი სტიმული აქვთ პაციენტებსაც, რადგან არც ისინი ზრუნავენ ბიუჯეტის დანახარჯებზე. შედეგად, ინფორმაციის ასიმეტრია ფართოვდება როგორც სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელსა და პაციენტს შორის, ისე მიმწოდებელსა და რესურსების ეფექტიანი გამოყენების მოტივების არმქონე ბიუროკრატისა შორის. სწორედ ეს გარემოება იწვევს რესურსების არაეფექტიან განაწილებასა და ჯანდაცვის დანახარჯების პერმანენტულ ზრდას. ასევე, ეს შედეგი დადასტურებულია ამ დოკუმენტის მეორე თავში განხილული თეორიული და ემპირიული კვლევებით.

მაშინ, როცა დანახარჯების ზრდა პოლიტიკურ პრობლემად იქცევა, ჩნდება ორი ალტერნატივა: ერთი - ახალი რეგულაციებისა და შეზღუდვების შემოღება და მეორე - დერეგულირება და ჯანდაცვის სფეროდან სოციალური დახმარების გამოცალკევება.

როგორც დოკუმენტის პირველ თავშია აღწერილი, გარდა ხანმოკლე პერიოდისა, საქართველოში მთავრობები პირველ ალტერნატივას ირჩევდნენ. მიმდინარე პერიოდშიც მეტი რეგულაციების გზაა არჩეული. ამასთან, რეგულაციების გაფართოების ტემპი და არსებული მასშტაბი იმგვარია, რომ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა სულ უფრო და უფრო უახლოვდება საბჭოთა კავშირის ჯანდაცვის მოდელს.

აქედან გამომდინარე, თუ საუბარი უშუალოდ ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობაზეა, მაშინ სოციალური დახმარება მკაფიოდ უნდა გაიმიჯნოს სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისგან და გაუქმდეს სოციალური მიზნით განპირობებული ჯანდაცვის სისტემის რეგულაციები.

ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის მისაღწევად საჭიროა:

- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გაუქმება;
- სამედიცინო მომსახურების ფასების ფიქსირების გაუქმება;
- სამკურნალო საშუალებების ფასების რეგულირების გაუქმება;
- ფარმაცევტული ბაზრის სრული დერეგულირება.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა არსობრივად წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაზღვევას, რომლის მიწოდებაც, ეფექტიანად და ნებაყოფლობით შეუძლიათ კერძო სადაზღვევო კომპანიებს - ასე შევცვალოთ. ამავდროულად, მთავრობის დაფინანსება შენარჩუნდება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ნაწილში, რომელიც მრავალი საერთაშორისო შეთანხმებით რეგულირდება და ევროკავშირის პოლიტიკას შეესაბამება. ასეთ პროგრამებში კი შედის ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა, იმუნიზაცია, დიაბეტის, ჰეპატიტის, აივ ინფექცია/შიდსი, ტუბერკულოზის, დიალიზისა და მსგავსი დაავადებების მართვა. ამასთან, ასეთ პროგრამებზე ხარჯი შედარებით დაბალია. მაგალითად, 2023 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტში ჯანმრთელობის დაცვის დანახარჯების 6.7% იყო, ხოლო ბიუჯეტის მიმდინარე ხარჯების - 1.4%.

საყოველთაო ჯანდაცვის გაუქმების თანმხლებია ფასების ფიქსირების შეწყვეტა და ფარმაცევტული ბაზრის დერეგულირება, რადგან, როგორც თეორიული და ემპირიული კვლევების ანალიზიდან ჩანს, ასეთი რეგულაციები, საბოლოო ჯამში, არაეფექტიანობას ზრდის და ახალი რეგულაციების საჭიროებას აჩენს.

ჩამოთვლილი ნაბიჯების გადადგმა შექმნის ჯანდაცვის სფეროს სწრაფი განვითარებისთვის ხელშემწყობ გარემოს, სადაც სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების, პაციენტებისა და სადაზღვევო კომპანიების მენეჯერთა სტიმულები ორიენტირებული იქნება რესურსების ეფექტიანი განაწილების გამოყენებაზე.

თუმცა, ჯანდაცვის სისტემიდან მთავრობის გასვლასთან ერთად, სოციალური საკითხი არსად ქრება. ყოველთვის იარსებებს ადამიანთა ჯგუფი, რომელსაც არ გააჩნია დაზღვევის ყიდვის შესაძლებლობა. მართალია, ეს საკითხი უშუალოდ ჯანდაცვას არ ეხება, მაგრამ, მისი პოლიტიკური სენსიტიურობიდან გამომდინარე, საყოველთაო დემოკრატიის პირობებში, ჯანდაცვის ოპტიმალური მოდელის ხელშეუხებელ ფუნქციონირებას გამოორიცხავს. ამიტომ, პოლიტიკური გარემოებების გათვალისწინებით, ჯანდაცვის სფერო შეიძლება ითვა-

ლისწინებდეს იმ მინიმალურ სოციალურ გარანტიებსაც, რომლებშიც სისტემა როგორც პოლიტიკურად, ისე ეკონომიკურად მდგრადია. სხვა სიტყვებით, პოლიტიკური მიზანშეწონილობიდან გამომდინარე, დასაშვებია თეორიულად ოპტიმალური მოდელისგან მცირედით გადახრა.

ჩვენი აზრით, ამ ორ ურთიერთსაწინააღმდეგო მიზანს შორის, ოპტიმალური წერტილი მდგომარეობს ისეთ სისტემაში, რომელშიც არ არსებობს ადამიანი, რომელსაც არ აქვს შესაძლებლობა, ფლობდეს სამედიცინო დაზღვევას, რათა უზრუნველყოს კრიტიკული დაავადებებისა და გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციის ძვირადღირებული და არაპროგნოზირებადი მომსახურება.

ვინაიდან მთავრობის როლი სოციალური პრობლემიდან გამომდინარეობს, საბიუჯეტო პროგრამები სწორედ სოციალური მიზნობრივი დახმარების პრინციპს უნდა ეფუძნებოდეს და არა - უნივერსალური ჯანდაცვის მიდგომას. შესაბამისად, სამთავრობო პროგრამის ბენეფიციარი მხოლოდ ის ადამიანი უნდა იყოს, რომელიც, შემოსავლებიდან გამომდინარე, ჯანმრთელობის დანახარჯებს დაზღვევის საშუალებით ან საკუთარი შემოსავლებით ვერ უზრუნველყოფს.

მეორე საკითხია, თუ ვინ არის უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების შემსყიდველი. ერთი მხრივ, სამედიცინო სფეროში გარემოებათა სწრაფი ცვლილებიდან გამომდინარე, ოპორტუნისტული ქცევის შემცირება მოქნილობას მოითხოვს, რაც ბიუროკრატიულ აპარატს არ ახასიათებს. მეორე მხრივ, სადაზღვევო კომპანიაში საკვანძო თანამშრომელთა (ვინც რისკებს ითვლის, ახარისხებს, პოლისებს ადგენს, სადაზღვევო პოლისების ფორმირებას აკეთებს და მართავს) საქმიანობა და ინტერესი ოპორტუნისტული ქცევით გამოწვეული რისკების მინიმიზაციაა, რადგან კომპანიის წარუმატებელი საქმიანობისთვის პასუხისმგებლობა შეიძლება სამსახურის ან შემოსავლის დაკარგვაში აისახოს. ბიუროკრატიულ სისტემაში საჯარო მოხელე ამგვარი სტიმულებითა და პასუხისმგებლობით აღჭურვილი არ არის და ვერც იქნება, რადგან ბიუროკრატია მოგების მოტივით ფუნქციონირებისთვის არაა შექმნილი. გარდა ამისა, სადაზღვევო კომპანიის ეფექტიანობა სხვა კომპანიებთან კონკურენციით არის დაზღვეული (კონკურენციის შეზღუდვა 2000-იანი წლების ბოლოს გატარებული რეფორმების მთავარი ნაკლი იყო).

ამის გათვალისწინებით, მთავრობის მიერ ღარიბი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა უნდა შემოიფარგლოს არა უშუალოდ სამედიცინო მომსახურ-

რების დანახარჯების დაფარვით, არამედ ასეთი ადამიანების დაზღვევით – ბენეფიციარებისთვის, კონკურენტული პირობებით, კერძო სადაზღვევო პოლისების შექმნით.

ზემოთ თქმულიდან გამომდინარე, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის წინაშე არსებული გამოწვევა – ჯანდაცვის საბიუჯეტო პროგრამების მზარდი დინამიკა და პერმანენტული დეფიციტურობა, რეგულირების სპირალში შესული ჯანდაცვის სექტორი და სხვა პრობლემებისთვის რელევანტური, მათ შორის პოლიტიკური პასუხი არა სიმპტომურ გამოვლენაზე რეაგირება, არამედ მიზეზების აღმოფხვრაა. შესაბამისად, საჯარო პოლიტიკის რეფორმირების მთავარი მიმართულება გულისხმობს საყოველთაო ჯანდაცვის მოდელიდან მიზნობრივი სოციალური დახმარების სისტემაზე გადასვლას.

ამ მიმართულებით პოლიტიკის ცვლილება, გარდა ზემოთ მოყვანილი ნაბიჯებისა, საჭიროებს:

- საბიუჯეტო რესურსებით მხოლოდ დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობის გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურებისა და კრიტიკული დაავადებების დანახარჯების დაზღვევას⁵⁹;
- სადაზღვევო კომპანიებისგან ღარიბი მოსახლეობისთვის სადაზღვევო პოლისის შესყიდვის კონკურენტული მექანიზმის დანერგვას.

ამდენად, შემოთავაზებული რეფორმა გულისხმობს არა ყველასთვის, არამედ მხოლოდ ღარიბი მოსახლეობისთვის არარეგულარული და არაპროგნოზირებადი სამედიცინო დანახარჯების დაზღვევას, კერძო სადაზღვევო კომპანიებისგან პოლისების შესყიდვის საშუალებით. მნიშვნელოვანია, რომ აღნიშნული პოლისი თავისუფლად ხელმისაწვდომი იყოს იმ ადამიანებისთვისაც, რომლებიც საბიუჯეტო დახმარებით არ სარგებლობენ. გამომდინარე იქიდან, რომ სამთავრობო დახმარების მიღმა დარჩენილი ადამიანთა ჯგუფი შედარებით მაღალშემოსავლიანია, მათი ფინანსური მდგომარეობა მსგავსი სადაზღვევო პოლისით უზრუნველყოფის შესაძლებლობას აძლევს. ასეთ პირობებში რეალიზებული იქნება პოლიტიკური პრინციპი – ყველა მოქალაქეს აქვს

59. გადაუდებელი მომსახურება მოიცავს გადაუდებელ სტაციონარსა და ამბულატორიას, ხოლო კრიტიკული დაავადებები – ისეთ დიაგნოზებს, რომლებიც კრიტიკულია სამედიცინო კუთხით და რომელთა მკურნალობა დიდ ხარჯებთანაა დაკავშირებული. მაგალითად, ავთვისებიანი სიმსივნე, გულის ინფარქტი, ინსულტი, აორტის დაავადებები და სხვა.

შესაძლებლობა, უზრუნველყოფილი იყოს გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურებისა და კრიტიკული დაავადებების დანახარჯების დაზღვევით.

4.2. ალტერნატივების შედარება

ღარიბი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევით უზრუნველყოფა სოციალური დახმარებაა, რომლის მასშტაბი, როგორც მოცვა, ისე სამედიცინო მომსახურების სპექტრი, პოლიტიკური შეთანხმების საკითხია. აქედან გამომდინარე, შესაძლებელია, რომ ასეთი შეთანხმება მეტ სოციალურ გარანტიას გულისხმობდეს, ვიდრე ეს ზემოთ მოყვანილ მოდელშია გათვალისწინებული. რაც უფრო დიდი იქნება ასეთი გადახრა, მით უფრო შემცირდება ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობა, თუმცა ჩვენს რეკომენდაციებში ჩადებული პრინციპი შედარებით უფრო მოქნილია ამგვარი პოლიტიკური კომპრომისისთვისაც.

ამის ილუსტრაციის მიზნით, განვიხილოთ ორი ალტერნატივა: 1. ზემოთ აღწერილი - სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურებისა და კრიტიკული დაავადებების დანახარჯების დაზღვევა; 2. იმავე ადამიანთა ჯგუფისთვის საბაზისო (ზოგიერთი გეგმურის ჩათვლით) პაკეტის სამედიცინო მომსახურების დაფარვა.

ამ მიზნით აღებულია 2010 წლის საბაზისო სამედიცინო პაკეტი (პოლისი)⁶⁰, რომელიც ძირითად სამედიცინო სერვისებსა და მათ სრულ ანაზღაურებას მოიცავს (იხ. ცხრილი 2). ამ პერიოდში, ამგვარი სადაზღვევო პოლისის ღირებულება 15 ლარს შეადგენდა (წლიური პრემია - 180 ლარი)⁶¹. ინფლაციისა და კონკრეტულად ჯანმრთელობის დაზღვევის ფასების დინამიკის გათვალისწინებით, 2023 წელს მსგავსი პოლისის ღირებულება 24.7 ლარი იქნებოდა (წლიური პრემია - 296.4 ლარი)⁶².

60. აღნიშნული პერიოდი არჩეულია, რადგან მაშინ ჯერ კიდევ შენარჩუნებული იყო მინიმალური კონკურენტული გარემო ჯანმრთელობის დაზღვევის სფეროში.

61. საქართველოს მთავრობის დადგენილება „სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4372?publication=22>

62. აღებულია სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ წარმოებული სამომხმარებლო ფასების დეტალური ინდექსიდან, ჯანმრთელობის დაზღვევის ფასების ცვლილება. 2010-2023 წლებში ჯანმრთელობის დაზღვევა 64.8%-ით არის გაძვირებული.

ცხრილი 2: საბაზისო დაზღვევის პოლისი, 2010 წელი

სამედიცინო მომსახურება	დაფინანსება	ლიმიტი
ამბულატორიული მომსახურება	-	-
ოჯახი ან უბნის ექიმი	100%	ულიმიტო
სპეციალისტთან კონსულტაცია	100%	ულიმიტო
ოჯახის ან უბნის ექიმი, ექთანი ბინაზე	100%	ულიმიტო
დანიშნულებით კარდიოგრაფიული, ექოსკოპიური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევები	100%	ულიმიტო
დანიშნულებით კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები	100%	ულიმიტო
სტაციონარული მომსახურება		
გადაუდებელი სტაციონარი	100%	ულიმიტო
გეგმიური ქირურგიული ოპერაციები	100%	15 ათასი ლარი
ქიმიო და სხივური თერაპია	100%	12 ათასი ლარი
მშობიარობა	100%	400 ლარი
სამკურნალო საშუალებები	50%	50 ლარი

წყარო: მთავრობის დადგენილება #218⁶³

პირველი ალტერნატივის შემთხვევაში, გათვალისწინებულია ამჟამინდელი მდგომარეობით ბაზარზე არსებული კრიტიკული დაავადებების დაზღვევისა და სხვა სამედიცინო მომსახურების ხარჯები. ამის გათვალისწინებით, ცხრილ 3-ში მოცემული სადაზღვევო პოლისის ფასის დაშვება 6 ლარია, რაც ფასების ცვლილების გათვალისწინებით, 2023 წელს 9.9 ლარი გამოდის (წლიური პერ-მია - 118.7 ლარი).

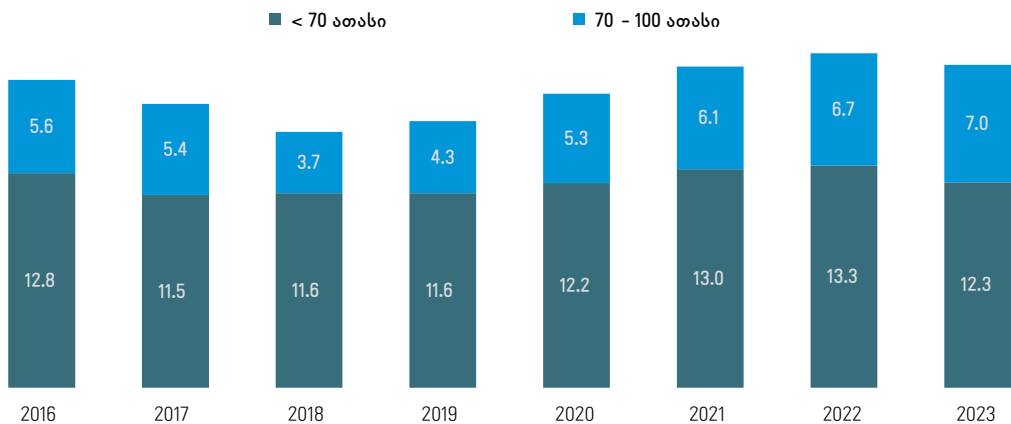
63. საქართველოს მთავრობის დადგენილება „სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“ <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4372?publication=22>

ცხრილი 3: გადაუდებელი მომსახურებისა და კრიტიკული დაავადებების ხარჯების დაზღვევის პოლისი

კატეგორია	დაფინანსება	ლიმიტები
გადაუდებელი ამბულატორია	100%	ულიმიტო
გადაუდებელი სტაციონარი	100%	ულიმიტო
კრიტიკული დაავადებები	100%	ულიმიტო

რაც შეეხება მოცვას, არსებული საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამიდან აღებულია ორი ჯგუფი, შემოსავლების მიხედვით. პირველი - შინამეურნეობის ის წევრები, რომლებიც რეგისტრირებული არიან სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში და მათი სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 70 ათასს. მეორე - ის წევრები, რომელთა შინამეურნეობების სარეიტინგო ქულა 70-100 ათასის ფარგლებშია. აქედან პირველი ჯგუფი მოსახლეობის ყველაზე ღარიბი ნაწილია, ხოლო მეორე - შედარებით დაბალშემოსავლიანი, რომლის შემოსავალიც შეიძლება არასაკმარისი იყოს სამედიცინო ხარჯების უზრუნველსაყოფად. ასეთი ადამიანების რაოდენობა კი, ჯამში, მთლიანი მოსახლეობის 19.3%-ია. აღსანიშნავია, რომ ეს მაჩვენებელი 3.7 პროცენტული პუნქტით აღემატება სიღარიბის აბსოლუტურ ზღვარს ქვემოთ მყოფ მოსახლეობას.

გრაფიკი 17: დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მოცვა (%)

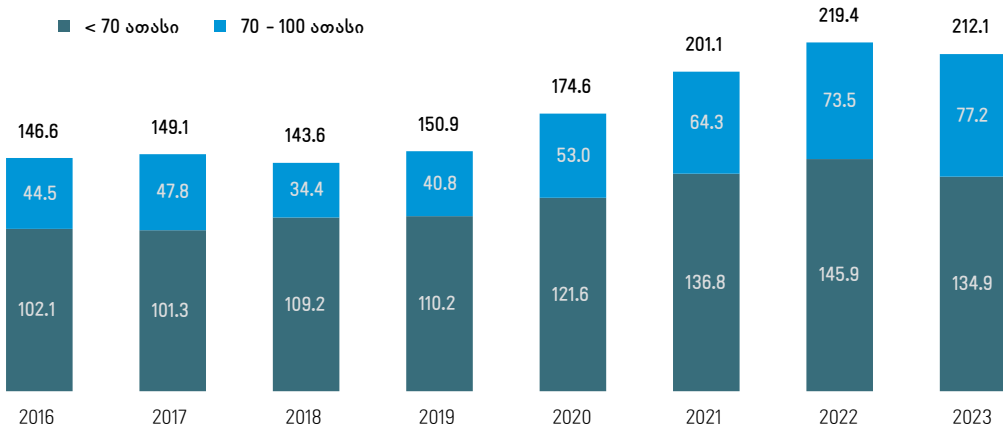


წყარო: ავტორის გამოთვლები

მიზნობრივი სოციალური დახმარების მიდგომა სწორედ ამ ადამიანების ჯანმრთელობის დაზღვევით დახმარებას გულისხმობს.

ასეთი დაშვებით, 2023 წელს საბაზისო პაკეტის (ცხრილი 2) ღარიბი მოსახლეობის სამედიცინო ხარჯების დაბლვევისთვის 212.1 მლნ ლარი იქნებოდა საჭირო და შედეგად, მოსახლეობის ყველაზე ღარიბი ნაწილი (714.8 ათასი ადამიანი) უზრუნველყოფილი იქნებოდა ჯანმრთელობის საბაზისო პოლისით.

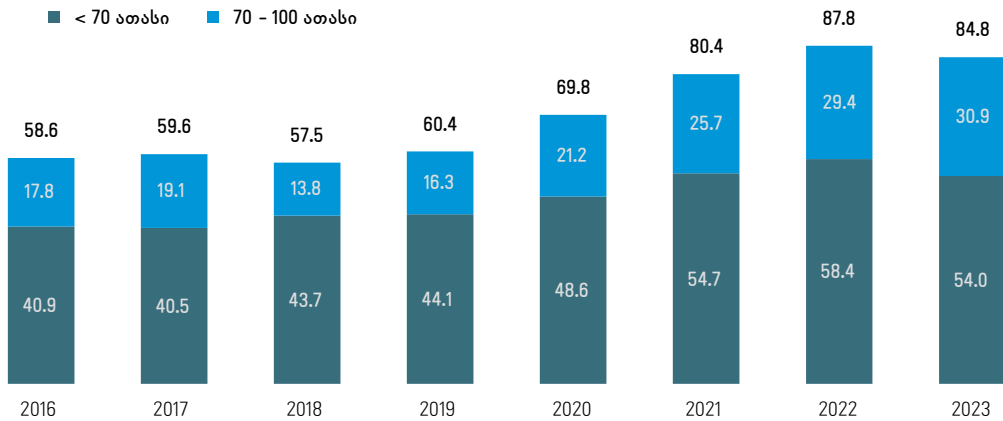
გრაფიკი 18: ღარიბი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაბლვევის ხარჯები - საბაზისო (მლნ ლარი)



წყარო: ავტორის გამოთვლები

2023 წელს, ამავე რაოდენობისთვის, მხოლოდ გადაუდებელი მომსახურებისა და კრიტიკული დაავადებების დანახარჯების უზრუნველყოფის პოლისის შემთხვევაში, საბიუჯეტო ხარჯები 2.5-ჯერ ნაკლები, 84.8 მლნ ლარი იქნებოდა.

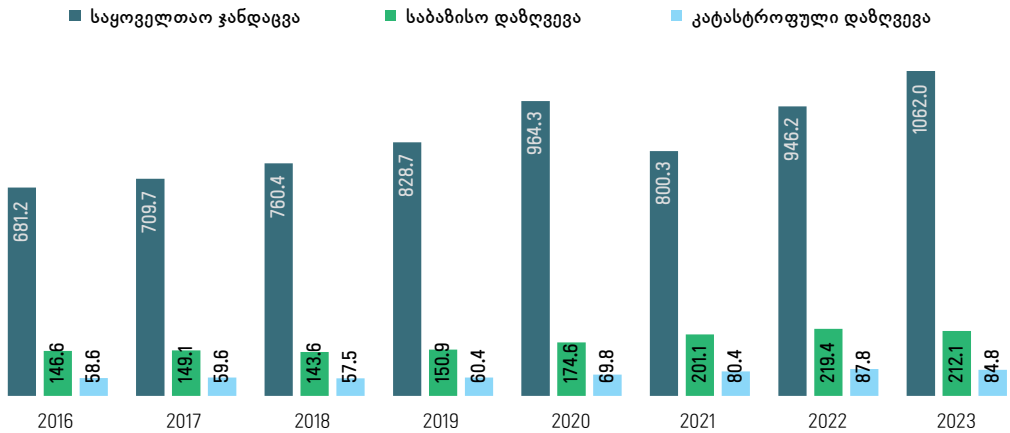
გრაფიკი 19: ღარიბი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაბლვევის ხარჯები - გადაუდებელი და კრიტიკული (მლნ ლარი)



წყარო: ავტორის გამოთვლები

ამასთან, 2023 წელს, მიზნობრივი სოციალური დახმარების მოდელის პირობებში, საბაზისო დაზღვევის შემთხვევაში, საბიუჯეტო დანახარჯები ხუთჯერ უფრო ნაკლები იქნებოდა, ვიდრე საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამისას. მაგალითად, 2023 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანახარჯი 1 062 მლნ ლარს აღწევდა, რაც საბაზისო დაზღვევით უზრუნველყოფის შემთხვევაში, 212.1 მლნ ლარი იქნებოდა, გადაუდებელი მომსახურებისა და კრიტიკული დაავადებების დაზღვევის პირობებში კი საბიუჯეტო დანახარჯი - 84.8 მლნ ლარი.

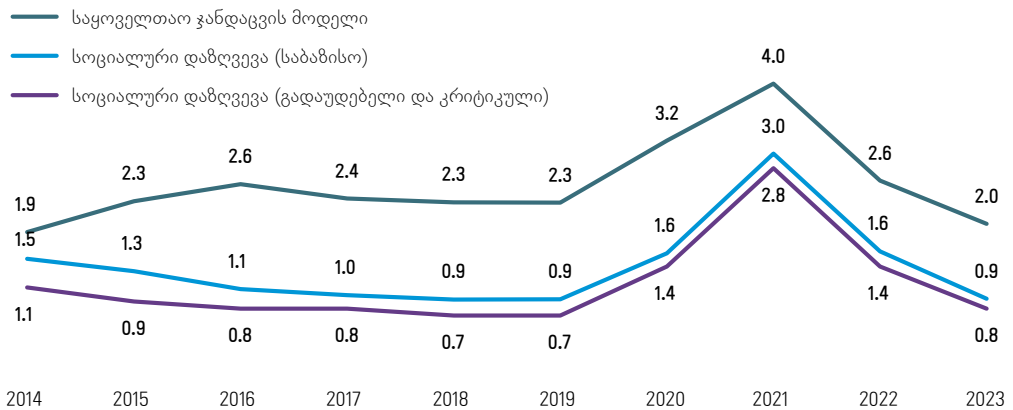
გრაფიკი 20: საყოველთაო ჯანდაცვისა და სოციალური დახმარების მოდელის ხარჯები (მლნ ლარი)



წყარო: საქართველოს ფინანსთა სამინისტრო; ავტორის გამოთვლები

გარდა ნომინალური მაჩვენებლებისა, მიზნობრივი სოციალური დახმარების მოდელით, დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის პოლისებით უზრუნველყოფის შემთხვევაში, ცენტრალური ბიუჯეტიდან ჯანმრთელობის დაცვაზე დანახარჯების ფარდობითი დონეც თვალსაჩინოდ განსხვავებული იქნებოდა. ასეთი მიდგომის შემთხვევაში, პანდემიამდე პერიოდში, ჯანდაცვის საბიუჯეტო ხარჯები, მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებით, კლების ტენდენციით, საშუალოდ, 0.8% - 1.1% იქნებოდა. შედარებისთვის, ამ პერიოდში, არსებული საყოველთაო ჯანდაცვის პირობებში, ასეთი ხარჯები, საშუალოდ 2.3% იყო და პირიქით, მზარდი დინამიკით ხასიათდებოდა.

გრაფიკი 21: ცენტრალური ბიუჯეტის ჯანმრთელობის დაცვის დანახარჯების მშპ-სთან ფარდობა



წყარო: საქართველოს ფინანსთა სამინისტრო; სტატისტიკის ეროვნული სამსახური; ავტორის გამოთვლები

მიუხედავად იმისა, რომ სოციალური მიზნობრივი დახმარების პრინციპის გათვალისწინებით შემოთავაზებული მოდელი გაცილებით სტაბილურია, ის სრულად ვერ აკმაყოფილებს ზემოთ განხილულ ოპტიმალურ მოდელს. თუმცა შემოთავაზებული ალტერნატივების უპირობო უპირატესობა არსებულ სისტემაზე უკეთესი შედეგები - სტაბილურობა და მდგრადობა. გარდა ამისა, ხსენებულ მოდელზე გადასვლა გაფართოებული ალტერნატივის პირობებშიც საბიუჯეტო რესურსების დიდ ეკონომიას იწვევს, რაც, თავის მხრივ, აჩენს შესაძლებლობას შემცირდეს გადასახადები ან გაიზარდოს ხარჯები სხვა, მათ შორის სოციალურად მნიშვნელოვან პროგრამებზე. მაგალითად, 2023 წელს, საბაზისო სამედიცინო პაკეტით ღარიბი მოსახლეობის დაზღვევის შემთხვევაში, საბიუჯეტო რესურსებიდან 849.9 მლნ ლარი დაიზოგებოდა, რაც ამავე პერიოდის საყოველთაო ჯანდაცვის დანახარჯების 80%-ია, ხოლო გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურებისა და კრიტიკული დაავადების დაზღვევის შემთხვევაში, საბიუჯეტო ეკონომია 977.6 მლნ ლარი იქნებოდა.

დასკვნა

წინამდებარე დოკუმენტის მიზანი იყო საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ხელშეწყობისათვის საჭირო რეფორმირების მიმართულების იდენტიფიცირება და განხორციელების გზების შემოთავაზება. ამ მიზნის მისაღწევად, შესწავლილია როგორც ისტორიული მონაცემები და ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ეტაპები, ისე სხვა ქვეყნების მაგალითები და სამეცნიერო ლიტერატურა.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა დროის რეფორმების ანალიზმა აჩვენა, რომ დამოუკიდებლობის აღდგენის შემდეგ, დაგვიანებით დაიწყო ჯანდაცვის სისტემის ცვლილება. პირველი რეფორმით, საბჭოთა სემაშკოს სისტემა სოციალური დაზღვევის მოდელით შეიცვალა, რითაც ჯანდაცვის სისტემა მცირედით, მაგრამ სოციალისტურ მიდგომას დაშორდა. მომდევნო რეფორმა - მიზნობრივ სოციალურ დახმარებაზე გადასვლა - უფრო დიდი ნაბიჯი აღმოჩნდა საბჭოთა ჯანდაცვის მოშლისა და ოპტიმალურ მოდელთან დაახლოებისკენ. თუმცა ამ მოდელის საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემით ჩანაცვლებამ მდგომარეობა საბჭოთა მოდელისკენ შემოაბრუნა.

საყოველთაო ჯანდაცვის ამოქმედებიდან მალევე, თავი იჩინა მოსალოდნელმა პრობლემებმა - პროგრამის დეფიციტურობამ და ჯანდაცვის საბიუჯეტო დანახარჯების ზრდის აღმავალმა დინამიკამ. პრობლემებს კი მთავრობამ ყოველ ჯერზე უფრო და უფრო მეტი ხარვეით უპასუხა, რამაც რეგულირების სპირალი გააჩინა. შედეგად, ახლა ჯანდაცვის საჯარო პოლიტიკა თითქმის უნივერსალურ მოცვასა და მთავრობის მიერ სამედიცინო მომსახურების ფასების ფიქსირებას გულისხმობს. ამდენად, ჯანდაცვის არსებულ სისტემას სემაშკოს მოდელისგან მხოლოდ სამედიცინო დაწესებულებების საკუთრების ფორმა განასხვავებს.

თეორიული და ემპირიული კვლევების შესწავლით გამოვლინდა, რომ ინფორმაციის ასიმეტრიით გამოწვეული ოპორტუნისტული ქცევა ჯანდაცვის სფეროს-

თვის განსაკუთრებით დამახასიათებელია. ამგვარ ქცევას უფრო მეტი გასაქანი საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემებში უჩნდება, რისი შედეგიც რესურსების არაეფექტიანი გამოყენებაა. აკადემიური ლიტერატურის შესწავლამ აჩვენა, რომ ამგვარი ქცევის ელიმინაციის შეუძლებლობაზე კონსენსუსი დიდი ხანია შედგა, ხოლო მომდევნო პერიოდში დისკუსია გაგრძელდა მისი შემცირების გზებზე.

ემპირიული კვლევით დადასტურდა, რომ საქართველოშიც ფართოდ გავრცელებულია საყოველთაო ჯანდაცვის მოსარგებლეთათვის ზედმეტი სამედიცინო მომსახურების მიწოდება, რომლის შესაკავებლად, საქართველოს მთავრობამ ისეთი არაეფექტიანი ინსტრუმენტები გამოიყენა, როგორებიცაა თანაგადახდის მექანიზმი და დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდი.

მსოფლიო და განსაკუთრებით, ევროკავშირის წევრი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემების შესწავლით გამოვლინდა, რომ საქართველოს მიერ არჩეული მიდგომა საერთოა იმ ქვეყნებში, რომლებშიც უნივერსალური ჯანდაცვა არსებობს. ასეთ ქვეყანაში გამოყენებულია როგორც თანაგადახდა, ისე დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდი, მაგრამ გამოცდილება აჩვენებს, რომ ამგვარი ზომები, პირიქით, აფართოებს ჯანდაცვის სისტემების პრობლემების მასშტაბს. განსაკუთრებით ეს ეხება დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების მეთოდს.

ფართო ემპირიული ლიტერატურა მიუთითებს, რომ ფასების ფიქსირებამ, ცალკეულ შემთხვევაში, შეიძლება დანახარჯები შეამციროს, მაგრამ სხვა შემთხვევებში, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა მხრიდან, დიაგნოზებითა და ჰოსპიტალიზაციის მანიპულირების საშუალებით, დანახარჯები გაზარდოს. თუმცა, ფასების ფიქსირების უფრო ყურადსაღები გარეგანი ეფექტი სამედიცინო მომსახურების გაუარესებული ხარისხი (ხელახალი მიმართვები და სიკვდილიანობა) და პაციენტთა დისკრიმინაციაა („მომგებიანი“ პაციენტების ამორჩევა).

სწორედ ემპირიული ლიტერატურის შესწავლის შემდეგ, კიდევ უფრო ნათელი გახდა მომდევნო პერიოდში საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის პრობლემების გაფართოებისა და გამწვავების საკითხი, რადგან ფასების ფიქსირების პოლიტიკა საქართველოში ჯერ კიდევ ინერგება. ამან კი უფრო მეტად გამოკვეთა რეფორმის და სხვა ქვეყნების მიერ დაშვებული შეცდომების არიდების აუცილებლობა.

რეფორმირების მიმართულების იდენტიფიცირების მიზნით, ფართო აკადემიურ ლიტერატურაზე დაყრდნობით, ჩამოვაცალიბეთ ჯანდაცვის ოპტიმალური

მოდელი, რომელიც სამი აქტორისგან – პაციენტი, სამედიცინო დაწესებულება და სადაზღვევო კომპანია – შედგება. ეს კი გულისხმობს ჯანდაცვის სისტემიდან მთავრობის გასვლასა და დერეგულირებას.

თუმცა, ჯანდაცვის სფეროდან მთავრობის გასვლასთან ერთად, სოციალური სა-
კითხი არსად ქრება. ყოველთვის იარსებებს ადამიანთა ჯგუფი, რომელსაც არ
გააჩნია დაზღვევის ყიდვის შესაძლებლობა. აქედან გამომდინარე, დასაშვებია
თეორიულად ოპტიმალური მოდელისგან მცირედით გადახრა. ასეთი გადახრის
ზღვარია ისეთი წერტილი, სადაც არ არსებობს ადამიანი, რომელსაც არ აქვს
სამედიცინო დაზღვევის ფლობის შესაძლებლობა, რათა უზრუნველყოს კრიტი-
კული დაავადებებისა და გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციის ძვირადღირებული
და არაპროგნოზირებადი მომსახურება.

ამ მიზნის მისაღწევად შემოთავაზებულია რეკომენდაცია – მხოლოდ ღარიბი
მოსახლეობის უზრუნველყოფა კონკურენტულ პირობებში შერჩეული კერძო
სადაზღვევო კომპანიის საშუალებით, სამედიცინო დაზღვევის პოლისებით.

ამგვარი დახმარების მასშტაბი კი პოლიტიკური შეთანხმების ნაწილია. თუმცა
რაც უფრო დიდია ის, მით უფრო მეტად დაშორდება ოპტიმალურ მოდელს. ჩვენ
მიერ შეთავაზებული პრინციპი ამგვარი პოლიტიკური კომპრომისისთვისაც შე-
დარებით უფრო მოქნილია. სწორედ ამის საილუსტრაციოდ ვაჩვენებთ ღარი-
ბი მოსახლეობის დაზღვევის ორი ალტერნატივა – საბაზისო და გადაუდებელი
მომსახურებისა და კრიტიკული დაავადებების პაკეტები, რომლებიც შევადარეთ
არსებულს. ალტერნატივების შედარებამ კი აჩვენა, რომ სიღარიბის ზღვარს
ქვემოთ მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მოდელის პირობებში, არ-
სებული საყოველთაო ჯანდაცვის რესურსების 80-90%-ის ეკონომიის შესაძ-
ლებლობა ჩნდება, რაც შეიძლება სხვა მიზნობრივი სოციალური დახმარებე-
ბის გაძლიერებისკენ მიიმართოს. თუმცა მთავარია შედეგი – ჯანდაცვის სფე-
როს ეფექტიანობის ზრდა და ყველა იმ სიღრმისეული პრობლემის მოგვარება,
რომელთა წინაშეც დღეს ჯანდაცვის სისტემა დგას და დიდი ალბათობით, უახ-
ლოეს მომავალში უფრო მეტად იჩენს თავს.

ამდენად, შემოთავაზებული მოდელი და მისი რეალიზაციის გზა წარმოადგენს
არსებული ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების ოპტიმალურ მიმართულე-
ბას და ამავდროულად, უზრუნველყოფს როგორც სოციალური საჭიროებების
გადაჭრას, ისე პოლიტიკური ფაქტორების გათვალისწინებას.

ბაიომედიკალინური ღირებუებუბრა

Arrow, J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 53(5). <https://www.jstor.org/stable/1812044>

Barros, P. P. (2003). Cream-skimming, incentives for efficiency and payment system. *Journal of Health Economics*, 22(3), 419–443. [https://doi.org/10.1016/s0167-6296\(02\)00119-4](https://doi.org/10.1016/s0167-6296(02)00119-4)

Barros, P. P., & Braun, G. (2016). Upcoding in a National Health Service: the evidence from Portugal. *Health Economics*, 26(5), 600–618. <https://doi.org/10.1002/hec.3335>

Beck, R. G. (1974). The effects of Co-Payment on the poor. *Journal of Human Resources*, 9(1), 129. <https://doi.org/10.2307/145049>

Belli, P., Gotsadze, G., & Shahriari, H. (2004). Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Policy*, 70(1), 109–123. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.03.007>

Besstremyannaya, G. (2014). Differential effects of declining rates in a per diem payment system. *Health Economics*, 25(12), 1599–1618. <https://doi.org/10.1002/hec.3128>

Blomqvist, Å. (1991). The doctor as double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care. *Journal of Health Economics*, 10(4), 411–432. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(91\)90023-g](https://doi.org/10.1016/0167-6296(91)90023-g)

Boyd H. Gilman. (2000). Hospital response to DRG refinements: the impact of multiple reimbursement incentives on inpatient length of stay. *Health Economics*. [https://doi.org/10.1002/1099-1050\(200006\)9:4](https://doi.org/10.1002/1099-1050(200006)9:4)

Brizioli, E., Fraticelli, A., Marcobelli, A., & Paciaroni, E. (1996). Hospital payment system based on diagnosis related groups in Italy: early effects on elderly patients with heart failure. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 23(3), 347–355. [https://doi.org/10.1016/s0167-4943\(96\)00741-8](https://doi.org/10.1016/s0167-4943(96)00741-8)

Brot-Goldberg, Z., Chandra, A., Handel, B., & Kolstad, J. T. (2017). What does a Deductible Do? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities, and Spending Dynamics*. *The Quarterly Journal of Economics*, 132(3), 1261–1318. <https://doi.org/10.1093/qje/qjx013>

Buczak-Stec, E., Goryński, P., Nitsch-Osuch, A., Kanecki, K., & Tyszko, P. (2017). The impact of introducing a new hospital financing system (DRGs) in Poland on hospitalisations for atherosclerosis: An interrupted time series analysis (2004–2012). *Health Policy*, 121(11), 1186–1193. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.009>

Busato, A., & Von Below, G. (2010). The implementation of DRG-based hospital reimbursement in Switzerland: A population-based perspective. *Health Research Policy and Systems*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4505-8-31>

Bystrov, V., Staszewska-Bystrova, A., Rutkowski, D. T., & Hermanowski, T. (2015). Effects of DRG-based hospital payment in Poland on treatment of patients with stroke. *Health Policy*, 119(8), 1119–1125. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.04.017>

Carter, G. M., Newhouse, J. P., & Relles, D. A. (1990). How much change in the Case Mix Index is DRG creep? *Journal of Health Economics*, 9(4), 411–428. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(90\)90003-l](https://doi.org/10.1016/0167-6296(90)90003-l)

Chanturidze, T., Ugulava, T., Duran, A., Ensor, T., & Richardson, E. (2009). Georgia: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 11(1). https://www.researchgate.net/publication/285717874_Georgia_Health_System_Review

Cutler, D. M. (1995). The Incidence of Adverse Medical Outcomes Under Prospective Payment. *Econometrica*, 63(1), 29. <https://doi.org/10.2307/2951696>

Dafny, L. (2005). How do hospitals respond to price changes? *The American Economic Review*, 95(5), 1525–1547. <https://doi.org/10.1257/000282805775014236>

Dave, D., & Kaestner, R. (2009). Health insurance and ex ante moral hazard: evidence from Medicare. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 9(4), 367–390. <https://doi.org/10.1007/s10754-009-9056-4>

Eichenwald K. (2003). Operating Profits: Mining Medicare; How One Hospital Benefited on Questionable Operations. *nytimes.com*. (2003, August 12). Retrieved from <https://www.nytimes.com/2003/08/12/business/operating-profits-mining-medicare-one-hospitalbenefited-questionable-surgery.html>

Ellis, R. P. (1998). Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economics*, 17(5), 537–555. [https://doi.org/10.1016/s0167-6296\(97\)00042-8](https://doi.org/10.1016/s0167-6296(97)00042-8)

Ellis, R. P., & McGuire, T. G. (1986). Provider behavior under prospective reimbursement. *Journal of Health Economics*, 5(2), 129–151. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(86\)90002-0](https://doi.org/10.1016/0167-6296(86)90002-0)

Ellis, R. P., & McGuire, T. G. (1996). Hospital response to prospective payment: Moral hazard, selection, and practice-style effects. *Journal of Health Economics*, 15(3), 257–277. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(96\)00002-1](https://doi.org/10.1016/0167-6296(96)00002-1)

Fetter, R. B., Thompson, J. D., & Mills, R. E. (1976). A system for cost and reimbursement control in hospitals. *The Yale journal of biology and medicine*, 49(2), 123–136.

Gamkrelidze, A., Atun, R., Gotsadze, G., & MacLehose, L. (2002). Health Care Systems in Transition: Georgia. *European Observatory on Health Care Systems*. <https://dissem.in/p/34043493/health-care-systems-in-transition-georgia>

Gay, E. G., & Kronenfeld, J. J. (1990). Regulation, retrenchment— The DRG experience: Problems from changing reimbursement practice. *Social Science & Medicine*, 31(10), 1103–1118. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90232-h](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90232-h)

Geissler, A., Quentin, W., & Scheller-Kreinsen, D. (2010). Introduction to DRGs in Europe: Common objectives across different hospital systems. In *Diagnosis related groups in Europe: Vol. II* (p. 15). Open University Press.

Goginashvili, K., Nadareishvili, M., & Habicht, T. (2021). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Georgia*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/342815>

Gohil, S. K., Cao, C., Phelan, M., Tjoa, T., Rhee, C., Platt, R., & Huang, S. S. (2016). Impact of policies on the rise in sepsis incidence, 2000–2010. *Clinical Infectious Diseases*, 62(6), 695–703. <https://doi.org/10.1093/cid/civ1019>

Gotsadze, G., Bennett, S., Ranson, K., & Gzirishvili, D. (2005). Health care-seeking behaviour and out-of-pocket payments in Tbilisi, Georgia. *Health Policy and Planning*, 20(4), 232–242. <https://doi.org/10.1093/heapol/czi029>

Grignon, M., Hurley, J., Feeny, D., Guindon, G. E., & Hackett, C. (2018). Moral hazard in health insurance. *Oeconomia*, 8–3, 367–405. <https://doi.org/10.4000/oeconomia.3470>

Hamada, H., Sekimoto, M., & Imanaka, Y. (2012). Effects of the per diem prospective payment system with DRG-like grouping system (DPC/PDPS) on resource usage and healthcare quality in Japan. *Health Policy*, 107(2–3), 194–201. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.01.002>

Health Insurance Authority. (2022). *Health Insurance in Ireland*. Retrieved February 27, 2024, from https://www.hia.ie/sites/default/files/2023-08/hia-market-report_2022_final.pdf

- Helms, L. J., Newhouse, J. P., & Phelps, C. E. (1978). Copayments and demand for medical care: The California Medicaid Experience. *The Bell Journal of Economics*, 9(1), 192. <https://doi.org/10.2307/3003620>
- Kiil, A., & Houlberg, K. (2013). How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. *The European Journal of Health Economics*, 15(8), 813–828. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0526-8>
- Kim, S. J., Park, S., Kim, S. J., Han, K. T., Han, E., Jang, S. I., & Kim, T. H. (2015). The effect of competition on the relationship between the introduction of the DRG system and quality of care in Korea. *European Journal of Public Health*, 26(1), 42–47. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv162>
- Kosecoff, J. (1990). Prospective payment system and impairment at discharge. *JAMA*, 264(15), 1980. <https://doi.org/10.1001/jama.1990.03450150080035>
- Liang, L. L. (2014). Do Diagnosis-Related Group-Based Payments Incentivise Hospitals to Adjust Output Mix? *Health Economics*, 24(4), 454–469. <https://doi.org/10.1002/hec.3033>
- Ljunggren, B., & Sjódn, P. (2001). Patient reported quality of care before vs. after the implementation of a diagnosis related groups (DRG) classification and payment system in one Swedish county. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(4), 283–294. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2001.00046.x>
- Louis, D. Z., Yuen, E. J., Braga, M., Cicchetti, A., Rabinowitz, C., Laine, C., & Gonnella, J. S. (1999). Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy. *Health services research*, 34(1 Pt 2), 405–415.
- Lüngen, M., & Lauterbach, K. W. (2000). Upcoding – eine Gefahr für den Einsatz von Diagnosis - Related Groups (DRG)? *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 125(28/29), 852–856. <https://doi.org/10.1055/s-2000-7019>
- Martinussen, P. E., & Hagen, T. P. (2009). Reimbursement systems, organisational forms and patient selection: Evidence from day surgery in Norway. *Health Economics, Policy and Law*, 4(2), 139–158. <https://doi.org/10.1017/s1744133109004812>
- Monrad Aas, I. (1995). Incentives and financing methods. *Health Policy*, 34(3), 205–220. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(95\)00759-8](https://doi.org/10.1016/0168-8510(95)00759-8)
- Norton, E. C., Van Houtven, C. H., Lindrooth, R. C., Normand, S. L. T., & Dickey, B. (2002). Does prospective payment reduce inpatient length of stay? *Health Economics*, 11(5), 377–387. <https://doi.org/10.1002/hec.675>

OECD (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

OECD. (2022). Health at a glance: Europe. In *Health at a Glance*. <https://doi.org/10.1787/23056088>

OECD. (2023). Health at a glance. In *Health at a Glance*. <https://doi.org/10.1787/19991312>

OECD/European Union (2022). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.

Or, Z. (2014). Implementation of DRG Payment in France: Issues and recent developments. *Health Policy*, 117(2), 146–150. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.05.006>

Or, Z., Bonastre, J., Journeau, F., & Nestrigue, C. (2013). Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A. *RePEc: Research Papers in Economics*. <https://www.irides.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT56SoinsHospitaliersT2A.pdf>

Parkinson, B., Meacock, R., & Sutton, M. (2019). How do hospitals respond to price changes in emergency departments? *Health Economics*, 28(7), 830–842. <https://doi.org/10.1002/hec.3890>

Pauly, V. (1968). The Economics of Moral Hazard: Comment. *The American Economic Review*, 58(3). <https://www.jstor.org/stable/1813785>

Perelman, J., & Closon, M. C. (2007). Hospital response to prospective financing of in-patient days: The Belgian case. *Health Policy*, 84(2–3), 200–209. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.05.010>

Pongpirul, K., & Robinson, C. (2013). Hospital manipulations in the DRG system: a systematic scoping review. *Asian Biomedicine*, 7(3), 301–310. <https://doi.org/10.5372/1905-7415.0703.180>

Pongpirul, K., Walker, D. G., Rahman, H., & Robinson, C. (2011). DRG coding practice: a nationwide hospital survey in Thailand. *BMC Health Services Research*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-290>

Quentin, W., Scheller-Kreinsen, D., Blümel, M., Geißler, A., & Busse, R. (2013). Hospital payment based on Diagnosis-Related groups differs in Europe and holds lessons for the United States. *Health Affairs*, 32(4), 713–723. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0876>

Rakviashvili, A., & Shamugia, E. (2023). Moral Hazard in Government Health Programs - New Evidence from Georgia. *Caucasus Journal of Social Sciences*, 16(1). <http://cjss.ug.edu.ge/index.php/cjss/article/view/240>

Rechel, B., Richardson, E., & McKee, M. (Eds.). (2014). Trends in health systems in the former Soviet countries. In *European Observatory on Health Systems and Policies* (No. 9789289050289).

Richardson, E. (Ed.). (2022). Health systems in action: Georgia. In *European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Europe* (978 92 890 5912 1).

Richardson, E., & Berdzuli, N. (2017). Georgia: Health system review. *Health Systems in Transition, 19*(4). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29972130/>

Rochaix, L. (1989). Information asymmetry and search in the market for physicians' services. *Journal of Health Economics, 8*(1), 53–84. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(89\)90009-x](https://doi.org/10.1016/0167-6296(89)90009-x)

Rosenstein, A. H., O'Daniel, M., White, S., & Taylor, K. R. (2009). Medicare's Value-Based Payment Initiatives: Impact on and implications for improving physician documentation and coding. *American Journal of Medical Quality, 24*(3), 250–258. <https://doi.org/10.1177/1062860609332511>

Rovira, J., Mompo, C., De Wild, K., Schneider, M., & Blasco, I. (1998). Comparing costsharing in European Union Member States: a system-oriented framework. In *Health Care and its Financing in the Single European Market* (pp. 183–212). IOS Press.

Rukhadze, T. (2013). An overview of the health care system in Georgia: expert recommendations in the context of predictive, preventive, and personalised medicine. *EPMA Journal, 4*(1). <https://doi.org/10.1186/1878-5085-4-8>

Sagan, A., & Thomson, S. (Eds.). (2016). *Voluntary health insurance in Europe: Country experience*. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28829535/>

Schreyögg, J., & Grabka, M. M. (2009). Copayments for ambulatory care in Germany: a natural experiment using a difference-in-difference approach. *The European Journal of Health Economics, 11*(3), 331–341. <https://doi.org/10.1007/s10198-009-0179-9>

Schreyögg, J., Stargardt, T., Tiemann, O., & Busse, R. (2006). Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries. *Health Care Management Science, 9*(3), 215–223. <https://doi.org/10.1007/s10729-006-9040-1>

Schubert, S. (2014). Reducing public health insurance expenditure: a numerical analysis for Germany. *Applied Economics, 46*(19), 2228–2241. <https://doi.org/10.1080/00036846.2014.896982>

Sehngelia, L., Pavlova, M., & Groot, W. (2016). Impact of healthcare reform on universal coverage in Georgia: a systematic review. *Diversity and Equality in Health and Care, 13*(5). <https://doi.org/10.21767/2049-5471.100074>

Serdén, L., Lindqvist, R., & Rosén, M. (2003). Have DRG-based prospective payment systems influenced the number of secondary diagnoses in health care administrative data? *Health Policy*, *65*(2), 101–107. [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(02\)00208-7](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(02)00208-7)

Shen, Y. (2003). The effect of financial pressure on the quality of care in hospitals. *Journal of Health Economics*, *22*(2), 243–269. [https://doi.org/10.1016/s0167-6296\(02\)00124-8](https://doi.org/10.1016/s0167-6296(02)00124-8)

Shmueli, A., Intrator, O., & Israeli, A. (2002). The effects of introducing prospective payments to general hospitals on length of stay, quality of care, and hospitals' income: the early experience of Israel. *Social Science & Medicine*, *55*(6), 981–989. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00233-7](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00233-7)

Silverman, E., & Skinner, J. (2004). Medicare upcoding and hospital ownership. *Journal of Health Economics*, *23*(2), 369–389. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2003.09.007>

Steinbusch, P. J., Oostenbrink, J. B., Zuurbier, J. J., & Schaepkens, F. J. (2007). The risk of upcoding in casemix systems: A comparative study. *Health Policy*, *81*(2–3), 289–299. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.06.002>

Williamson, O. E. (1985). *Transaction Cost Economics: The Economic Institutions of Capitalism*. The Free Press.

Zweifel, P., & Manning, W. G. (2000). Chapter 8 Moral hazard and consumer incentives in health care. In *Handbook of Health Economics* (pp. 409–459). [https://doi.org/10.1016/s1574-0064\(00\)80167-5](https://doi.org/10.1016/s1574-0064(00)80167-5)