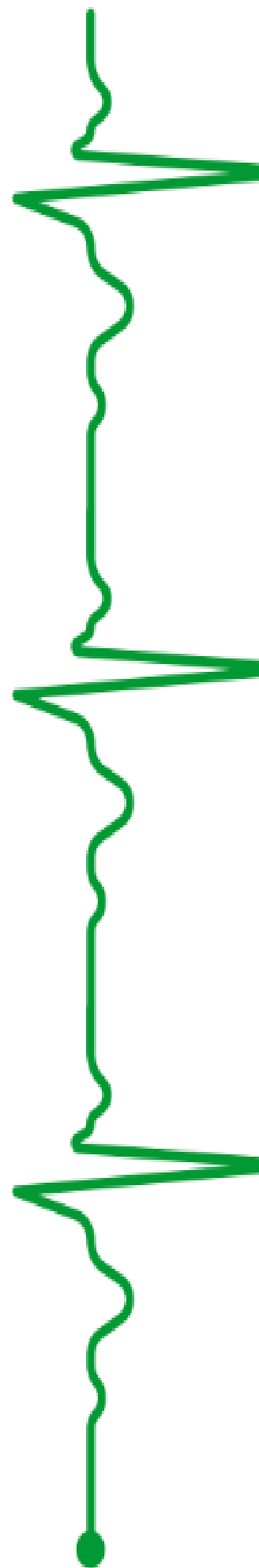
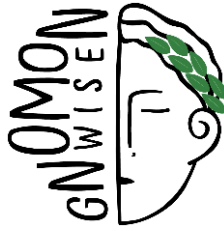


საყოველთაო ჯანდაცვის
პროგრამის რეფორმის
ანალიზი

WORKING PAPER #19/1





ავტორები:



ალექსანდრე რაქვიაშვილი, საქართველოს უნივერსიტეტის პროფესორი



ეგნატე შამუგია, კვლევითი ინსტიტუტის Gnomon Wise-ის მკვლევარი

რედაქტორი:



ანა ხურციძე - კვლევითი ინსტიტუტის Gnomon Wise-ის დირექტორი

მისამართი: მ. კოსტავას 77 ა, თბილისი, საქართველო

ტელ: +995 032 2 55 22 22 (325)

www.gnomonwise.org

სარჩევი

1. საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის ზოგადი დამახასიათებლები	2
2. მსოფლიო/ევროკავშირი - ჯანდაცვის ხარჯების ტენდენცია	4
3. საქართველოს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მდგომარეობა	8
3.1 საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმოხილვა.....	8
3.1.1. ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯები	8
3.1.2 საყოველთაო ჯანდაცვის ხარჯები.....	9
4. დასკვნა.....	14
5. ლიტერატურა.....	16

1. საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის ზოგადი დამახასიათებლები

როგორც მსოფლიო პრაქტიკა და თეორიული კვლევები გვაჩვენებს, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემა ოპორტუნისტული ქცევის და არახელსაყრელი შერჩევის (adverse selection) მაღალი მაჩვენებლით ხასიათდება. თავის მხრივ, ოპორტუნისტული ქცევა და არახელსაყრელი შერჩევა ინფორმაციის ასიმეტრიულობის შედეგია, რაც ნებისმიერი ბაზრისთვის დამახასიათებელია (Akerlof, 1970). თუმცა, ეს უკანასკნელი სადაზღვევო ბიზნესისთვის (მათ შორის, სახელმწიფოს სოციალური პროგრამები) განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია (Grignon et al., 2018). მაგალითად, დაზღვევის გაფორმებამდე მომხმარებელმა შეიძლება არ გააუღეროს სადაზღვევო კომპანიისთვის მნიშვნელოვანი ინფორმაცია (ოპორტუნიზმი ex ante), ხოლო კონტრაქტის გაფორმების შემდეგ, უპირატესობა უფრო რისკიან ქცევას მიანიჭოს (ოპორტუნიზმი ex post). ეს კიდევ უფრო მეტად ვლინდება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამებისადმი (Dave, Kaestner, 2006; Baicker et al., 2013). კერძოდ, დაზღვეული ადამიანები შედარებით უფრო ხშირად მიმართავენ ექიმებს და უფრო ძვირადღირებული მკურნალობის ალტერნატივებს ირჩევენ (Finkelstein, 2007; Baicker et al., 2013), რომლის შედეგი ნეგატიურად აისახება სადაზღვევო კომპანიების მოგებაზე, ხოლო სოციალური პროგრამების შემთხვევაში - სახელმწიფო ბიუჯეტზე.

ამ გამოწვევაზე სტანდარტული პასუხი ჯანდაცვის პროგრამებში თანადაფინანსების პრინციპის შემოღებაა, როცა მომხმარებელი თავის თავზე იღებს ჯანდაცვის მომსახურების საფასურის გარკვეულ ნაწილს. მაგალითად, აშშ-ში გავრცელებულია კონტრაქტები, როცა დაზღვეული პირი კონტრაქტის მოქმედების საწყის ეტაპზე მკურნალობის სრულ საფასურს (ან მის დიდ ნაწილს) იხდის, შემდგომ კი თანადაფინანსების ნაწილი მცირდება და კონტრაქტის ბოლო პერიოდში სადაზღვევო კომპანია სრულად აფინანსებს დაზღვეულის ჯანდაცვის მომსახურების ხარჯებს.

მიუხედავად იმისა, რომ ინტუიტურად ასეთმა სისტემამ მომხმარებლების ოპორტუნისტული ქცევა უნდა შეამციროს, პირიქით, პრაქტიკამ აჩვენა, რომ ჯანდაცვაში თანადაფინანსების სისტემები არსებითად აუარესებს დაზღვეულების მდგომარეობას და მნიშვნელოვნად არ ამცირებს ოპორტუნიზმს. კვლავ აშშ-ს მაგალითს რომ დავუბრუნდეთ, სტატისტიკური კვლევებიდან ჩანს, რომ ამერიკელები ცდილობენ არ მიმართონ ექიმებს მანამ, სანამ თანადაფინანსება მაღალია, ხოლო, როცა მკურნალობას სრულად

აფინანსებს სადაზღვევო კომპანია, პაციენტები უფრო ხშირად მიმართავენ ექიმებს (Einav, Finkelstein 2018).

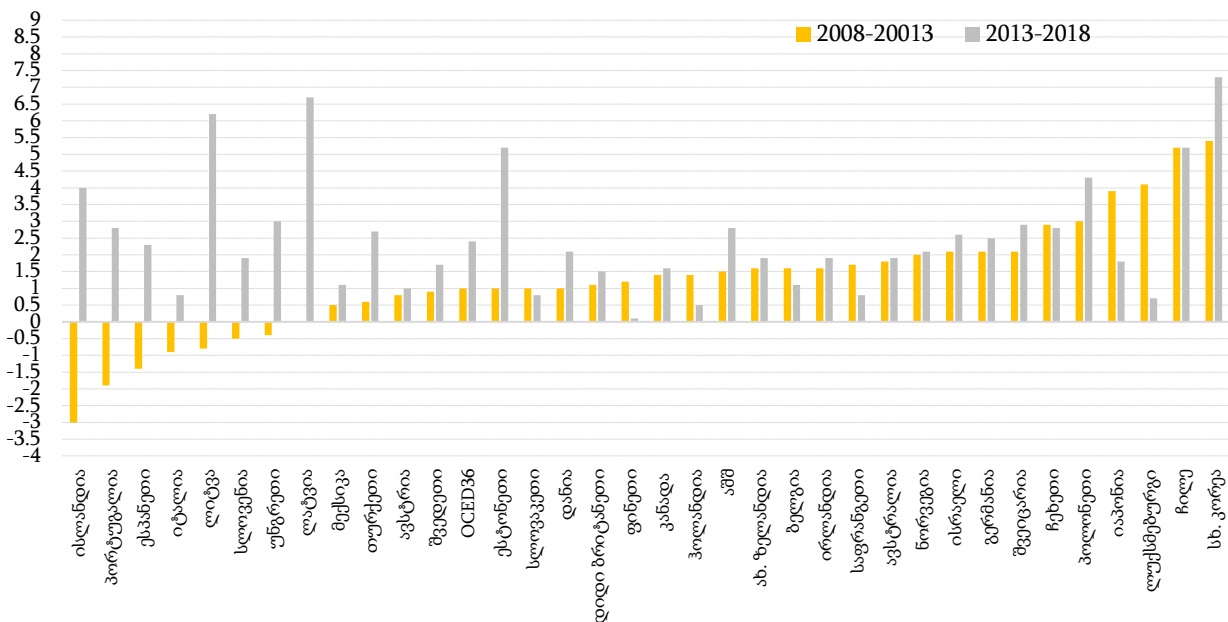
ასევე, თანადაფინანსების სისტემა არ ითვალისწინებს ექიმების, მენეჯერების და კლინიკების კონტრაგენტების (ფარმაცევტული ბიზნესის და სამედიცინო დანადგარების მიმწოდებლების) ოპორტუნისტულ ქცევას. ფაქტობრივად, თანადაფინანსების შესაძლებლობამ ექიმებს სტიმულები გაუჩინა დაუნიშნონ პაციენტებს ზედმეტი პროცედურები, მათ შორის, იმ შემთხვევაშიც, როცა აღნიშნულს პაციენტი არ ითხოვს. ამას ხშირად ფარმაცევტული კომპანიებისა და ექიმების გარიგება ემატება, რაც პაციენტებისთვის უფრო ძვირადღირებული სამკურნალო საშუალებების დანიშვნას გულისხმობს. აგრეთვე, კლინიკების მენეჯმენტი მოთხოვნას ზრდის უფრო მეტად ძვირადღირებულ დიაგნოსტიკურ დანადგარებსა და მკურნალობის მეთოდებზე (Clemens, Gottlieb, 2014; Eliason et al., 2016; Einav, Finkelstein, Mahoney 2017). ეს ტენდენციები ყველაზე ნათლად აშშ-ში გამოვლინდა. ამ ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა მოქალაქეებისთვის მსოფლიოში ყველაზე ძვირია (Finkelstein, 2007). მაგალითად, ფარმაცევტული კომპანიების პროტექციონიზმმა რიგი მედიკამენტებისა და მკურნალობის მეთოდების 1000%-ზე მეტით ზრდა გამოიწვია, რაც, თავის მხრივ, პოლიტიკური დისკუსიის აქტუალური თემაც გახდა (Korobkin, 2014).

ზემოთ აღნიშნული საერთაშორისო გამოცდილებიდან გამომდინარე, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მხრიდან განხორციელებული ცვლილებები, რომლის მიხედვითაც პაციენტმა არ უნდა გადაიხადოს დადგენილ ტარიფზე მეტი, ახსნადია და მსოფლიო ტენდენციებს შეესაბამება (Remmerswaal, Boone, Douven, 2019). თუმცა, ეს არ გამოირიცხავს იმ პრობლემებს, რომლებიც თან ახლავს ნებისმიერ საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემას, იწვევს მის ფინანსურ არამდგრადობას და ითხოვს პერმანენტულ კონტროლს და რეფორმებს.

2. მსოფლიო/ევროკავშირი - ჯანდაცვის ხარჯების ტენდენცია

საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის არამდგრადობის პრობლემა თითქმის ყველა განვითარებული ეკონომიკისთვის არის დამახასიათებელი (OECD, 2019). ემპირიულად დასტურდება, რომ ჯანდაცვაში საჯარო ხარჯების წილი უფრო სწრაფი ტემპით იზრდება, ვიდრე რეალური ეკონომიკა. აქედან გამომდინარე, ჯანდაცვის სისტემა მაღალი დონის ფისკალურ რისკებს წარმოშობს. ჯანდაცვის სისტემის ხარჯების ზრდის ტენდენცია და გრძელვადიანი პერიოდის პროგნოზები მთავრობებს აყენებს გამონვევის წინაშე, რაც მათი მხრიდან საჯარო პოლიტიკის პრიორიტეტად ხარჯების ზრდის კონტროლსა და შეზღუდვას გულისხმობს (OECD, 2015).

გრაფიკი 1. ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის რეალური ხარჯების ზრდა (%)



წყარო: OECD

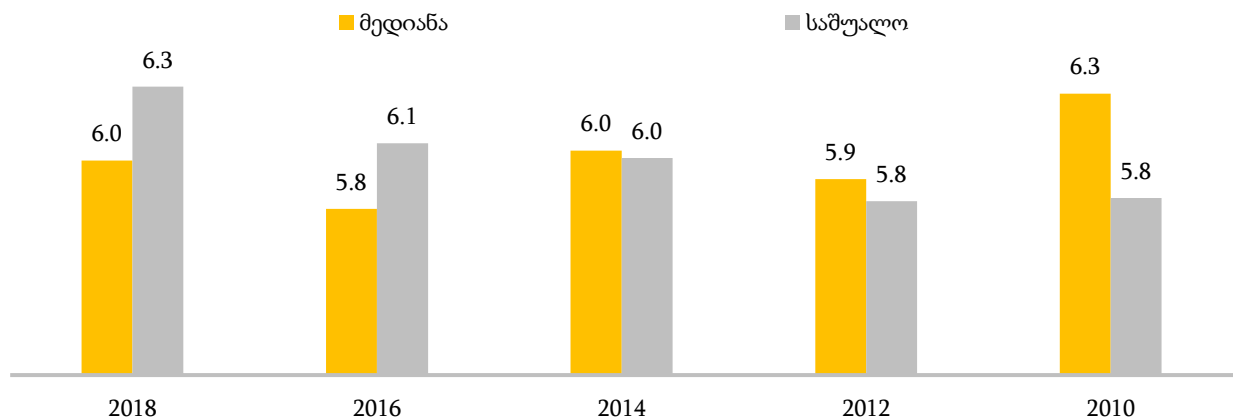
2008-2013 წლებში თუ ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაციის (OECD) წევრ ქვეყნებში ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის რეალური ხარჯები, საშუალოდ, 1.0%-ით გაიზარდა, ბოლო ხუთწლიან პერიოდში (2013-2018 წლები) ზრდის მაჩვენებელი 1.1 პ.პ.-ით უფრო მეტი, 2.4%-ია. აღნიშნული მიუთითებს, რომ ისეთ ქვეყნებში, სადაც ცხოვრების მაღალი სტანდარტები და შესაბამისად, დაავადებათა შედარებით ნაკლები რისკია, ჯანდაცვის ხარჯებს გამოკვეთილი ზრდის ტენდენცია ახასიათებს.

მაგალითად, აღნიშნული მაჩვენებელი აშშ-ში 2008-2013 წლებში 1.5%-ით იზრდებოდა მაშინ, როცა 2013-2018 წლებში იგივე მაჩვენებელი 1.1 პ.პ.-ით მაღალია. გარდა ამისა, საქართველოსთან შესადარისობის თვალსაზრისითაც, აღსანიშნავია ლიეტუვა, ლატვია და ესტონეთი. კერძოდ, ესტონეთში 2008-2013 წლებში ზრდის ტემპმა 1.0% შეადგინა, რაც ბოლო ხუთწლიან პერიოდში 5.2%-ია. ლიეტუვაში კი - 2008-2013 წლების ნულოვანი მაჩვენებელი, 2013-2018 წლებში, 6.7%-იანი ნიშნულს იკავებს, ხოლო ლატვიაში 2008-2013 წლებში 0.8%-იანი არსებული კლება, 2013-2018 წლებში, 6.2%-იანი ზრდის მაჩვენებლით შეიცვალა.

აღსანიშნავია, საბიუჯეტო და სავალდებულო ფონდებიდან (საჯარო) ჯანდაცვის ხარჯების ტენდენცია მთლიან შიდა პროდუქტთან (მშპ) მიმართებით. OECD-ს ქვეყნების ხარჯების წილი, მშპ-სთან მიმართებით, გამოკვეთილი ზრდის ტენდენციით ხასიათდება.

კერძოდ, ჯანდაცვის საჯარო ხარჯების მშპ-სთან ფარდობის საშუალო მაჩვენებელმა 2010 წელს 5.8% შეადგინა, რაც 2018 წლისთვის 0.5 პ.პ.-ით, 6.3%-მდეა გაზრდილი. თუ ცალკეულ ქვეყნებს ვნახავთ, სწრაფი ცვლილება აშშ-ს უკავშირდება, სადაც 2010 წლიდან 2018 წლამდე 6.4 პ.პ.-ით, 7.9%-დან 14.3%-მდე ზრდა დაფიქსირდა.

გრაფიკი 2. OECD-ს საბიუჯეტო და სავალდებულო ფონდებიდან ჯანდაცვის ხარჯების წილი ფარდობა მშპ-სთან, საშუალო მაჩვენებლები (%)



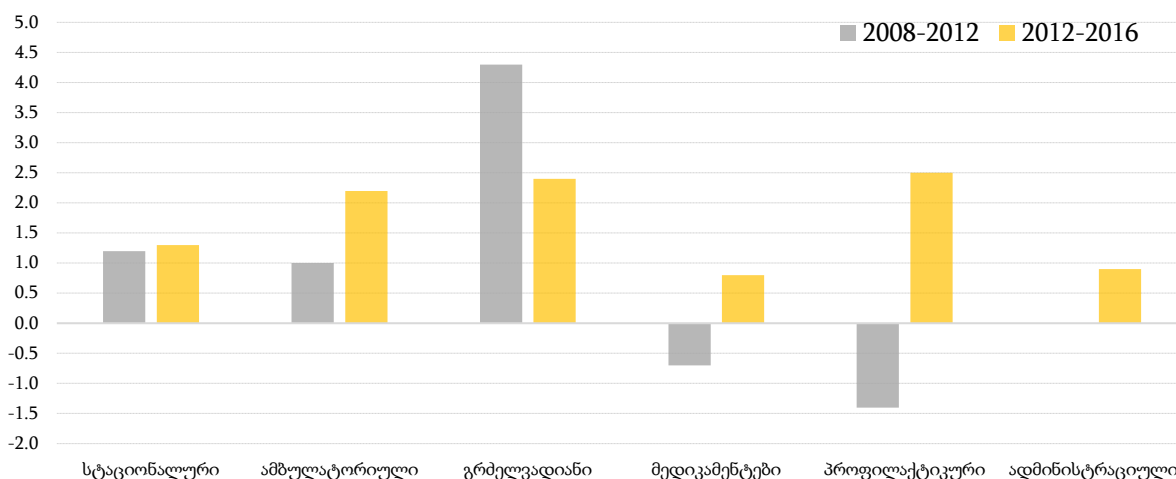
წყარო: OECD; ავტორის გამოთვლები

ამავე პერიოდში, შვეიცარიაში ჯანდაცვის საჯარო ხარჯების მშპ-ში წილი 6.6%-დან 7.8%-მდე გაიზარდა, ნორვეგიაში - 7.5%-დან 8.5%-მდე. ასევე, 2010-2018 წლებში ზრდა იყო ისეთ ქვეყნებში როგორცაა: საფრანგეთი, დიდი ბრიტანეთი, გერმანია და ა.შ. რაც შეეხება კლებას, მშპ-სთან წილი შემცირების ტენდენცია ირლანდიას, ფინეთს, იტალიას და ესპანეთს ახასიათებთ. თავის მხრივ, ჯანდაცვაში მომსახურების მიხედვით, მთლიან ხარჯებში მაღალი წილი სტაციონალურ და ამბულატორიულ მომსახურებას უჭირავს. კერძოდ,

ევროკავშირის საშუალო მაჩვენებლებით სტაციონარული და ამბულატორიული მომსახურების ხარჯის წილები 30%-30%-ია, ხოლო სამედიცინო საქონლის კი, საშუალოდ, 20%-იან წიშნულს იკავებს (OECD/EU, 2018).

ევროკავშირის ქვეყნებში ჯანდაცვის ხარჯების მომსახურების სახეების მიხედვით, ზრდის მაღალი ტემპი გრძელვადიან და ამბულატორიულ მკურნალობას ახასიათებს. აღნიშნული სახეების მომსახურებას 2008-2012 წლებში ზრდის ტემპი გააჩნდა მაშინ, როცა მედიკამენტები და პროფილაქტიკური მომსახურება კლების ტენდენციით ხასიათდებოდა, ხოლო ჯანდაცვის ადმინისტრაციული ხარჯები - უცვლელი იყო. 2012-2016 წლებში სტაციონალური და ამბულატორიული მკურნალობის ხარჯების ზრდის მაჩვენებელი 0.1 პ.პ. და 1.2 პ.პ.-ებით გაიზარდა, ხოლო 1.9 პ.პ.-ით შემცირდა. რაც შეეხება 2008-2012 წლებში კლების ტენდენციის მქონე ჯანდაცვის მომსახურების სახეებს, აღნიშნული მომსახურებები 2012-2016 წლებში ზრდის ტემპით ხასიათდება.

გრაფიკი 3. მომსახურების სახეობის მიხედვით, ერთ სულზე ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის მაჩვენებელი (EU28- საშუალო; %)



წყარო: OECD, Eurostat Database

კერძოდ, პროფილაქტიკური მომსახურების ნაწილში 2.5%-იანი ზრდაა, ხოლო მედიკამენტების შემთხვევაში - 0.8%. 2012-2016 წლებში, ასევე, ზრდაა ჯანდაცვის ადმინისტრირების ხარჯებში. კერძოდ, ამ პერიოდის საშუალო ზრდის მაჩვენებელი 0.9%-ს შეადგენს.

ჯანდაცვის ხარჯების კუთხით, ევროკავშირის ქვეყნების საშუალო მაჩვენებელი შემდეგი სახით ნაწილდება: საბიუჯეტო პროგრამები 36%, სავალდებულო ჯანდაცვის ფონდი 41%, ჯიბიდან 18% და სხვა წყაროები 5%. თუმცა, ცალკეული ქვეყნების კუთხით განსხვავებული სურათია. ზოგიერთ

ქვეყნაში ჯანდაცვის ხარჯების დაფინანსების ძირითადი წყარო სავალდებულო ჯანდაცვის ფონდებია, სადაც მათი წილი მთლიანი ხარჯების 70%-ს აჭარბებს. ასეთი ქვეყნები კი, გერმანია, საფრანგეთი, ჰოლანდია, ლუქსემბურგი, სლოვაკეთი და ხორვატიაა. რაც შეეხება ჯანდაცვის ხარჯების დაფინანსებაში საბიუჯეტო პროგრამების მაღალ წილს, ამ ნაწილში დანია, შვედეთი, დიდი ბრიტანეთი, ნორვეგია და იტალია გამოირჩევა, სადაც საბიუჯეტო პროგრამებიდან ხარჯების წილი 80%-იან ნიშნულს აღემატება. თავის მხრივ, ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში ჯიბიდან დაფინანსების მაღალი წილით ევროპის შედარებით დაბალი შემოსავლის ქვეყნები გამოირჩევა, როგორცაა: კვიპროსი, ალბანეთი, სერბეთი, ბულგარეთი და ა.შ.

ასევე აღსანიშნავია, რომ საშუალო და დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში ჯანდაცვის ხარჯები უფრო სწრაფად იზრდება, ვიდრე განვითარებული ეკონომიკის ქვეყნებში (Xu K. et al., 2018). ეს კი რამდენიმე ფაქტორითაა განპირობებული:

- ეკონომიკურ განვითარებასთან ერთად იზრდება მოთხოვნა სამედიცინო სერვისზე;
- ჯანდაცვის სისტემის განვითარება იწვევს სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდას, ხოლო ასაკოვან ადამიანებს მეტი მოთხოვნა გააჩნია სამედიცინო მომსახურებაზე;
- ჯანდაცვის სისტემის განვითარება გულისხმობს უფრო რთული და მაღალტექნოლოგიური მკურნალობის მეთოდების დანერგვას. აღნიშნული, როგორც წესი, შედარებით ძვირია. შედეგად, ტიპური პაციენტის მკურნალობის ფასი იზრდება.

3. საქართველოს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მდგომარეობა

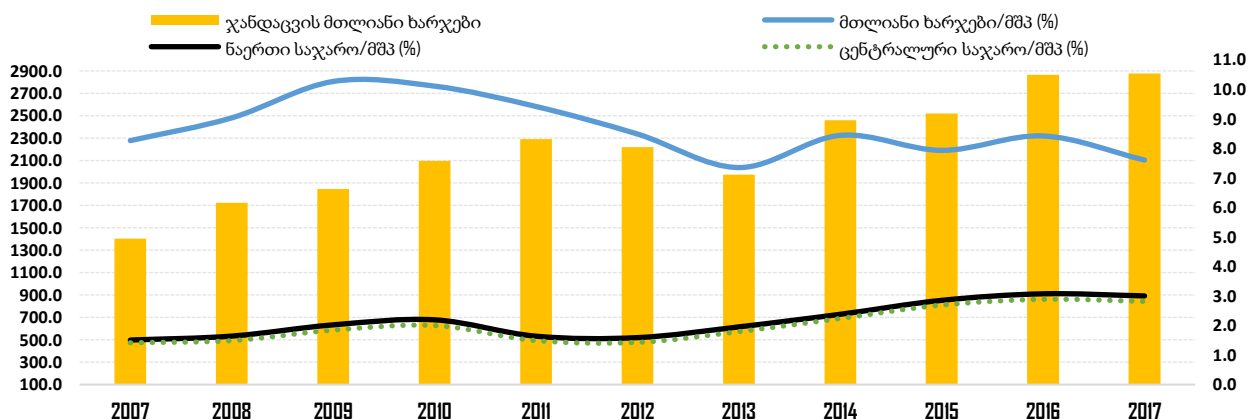
3.1 საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმოხილვა

3.1.1. ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯები

საქართველოში ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების მაჩვენებელი გამოკვეთილი ცვალებადობით გამოირჩევა. 2013 წლამდე აღნიშნული დანახარჯების წილი, მშპ-სთან მიმართებით, კლების ტენდენციით ხასიათდებოდა, თუმცა ამ წლის შემდეგ, ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯების ფარდობითი მაჩვენებელი გაიზარდა, რაც, თავის მხრივ, საჯარო დანახარჯების ზრდას უკავშირდება. 2017 წელს ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების წილმა მშპ-ს 7.6% შეადგინა, რაც 2013 წელს 7.3% იყო. 2013 წლიდან ბიუჯეტის ჯანმრთელობის დაცვის ხარჯები გაიზარდა, რომელიც საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემითაა გამოწვეული. აღსანიშნავია, რომ ამ პერიოდიდან ბიუჯეტში არამართო ჯანდაცვის არამედ, სოციალური დაცვის ხარჯებიც იზრდება. შედეგად, ბიუჯეტის მთლიანი დანახარჯების 1/3-ზე მეტი ინდივიდუალური ტრანსფერები - სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის ხარჯებია, რომელშიც ჯანდაცვის წილი 10%-ს შეადგენს.

საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის ამოქმედებაც აღნიშნულ პერიოდს უკავშირდება, რამაც თვალსაჩინო გავლენა იქონია ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯების ფარდობით ზრდაზე, რადგან ამავე პერიოდში, ჯანდაცვის კერძო დანახარჯების წილი კლების ტენდენციით ხასიათდებოდა. ხოლო, აღნიშნულ პერიოდში საჯარო დანახარჯების ფარდობა მშპ-სთან 1.6%-დან 3.0%-მდე გაიზარდა.

გრაფიკი 4. ჯანდაცვის მთლიანი და საჯარო დანახარჯები (მლნ ლარი, %)



წყარო: საჯარო ფინანსების სტატისტიკა; ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები; ავტორის გამოთვლები

თავის მხრივ, ჯანდაცვის საჯარო დანახარჯების საშუალოდ 92.3% სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ფინანსდება. დანარჩენი კი - სუბნაციონალური ბიუჯეტის ხარჯებია. სახელმწიფო ბიუჯეტიდან - ცენტრალური ხელისუფლების მიერ ჯანდაცვის ხარჯების დაფინანსების საშუალოდ 65.9%, მოსახლეობის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით ასიგნებებს უჭირავს.

3.1.2 საყოველთაო ჯანდაცვის ხარჯები

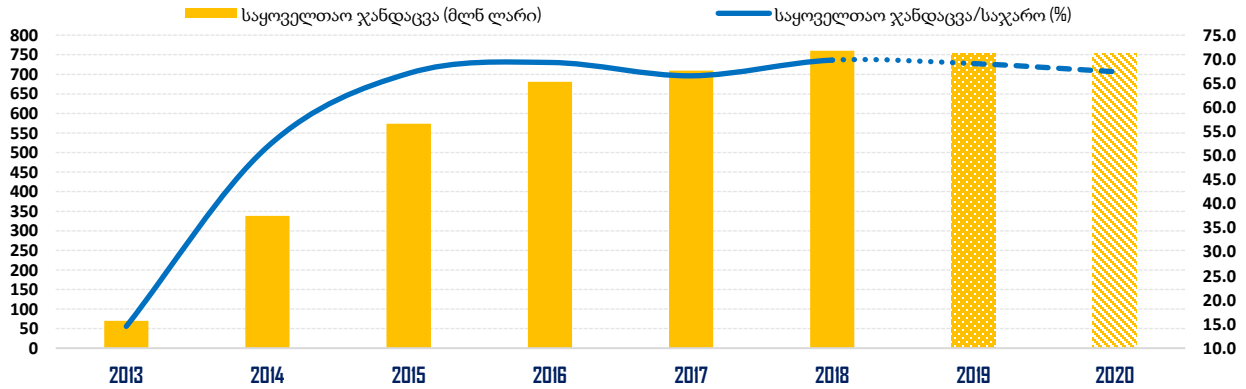
როგორც აღვნიშნეთ, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა 2013 წელს დაიწყო. ამ პერიოდიდან პროგრამის ხარჯები იზრდება. თუმცა აღსანიშნავია, რომ 2017 წელს ეს მაჩვენებელი ოდნავ შემცირდა, მიზეზი კი „საყოველთაოდან“ „მიზნობრივზე“ გადასვლა იყო. კონკრეტულად, 2017 წლის მაისიდან ბენეფიციართა სოციალური სტატუსის მიხედვით, ჯანდაცვის დიფერენცირებული პაკეტი ამოქმედდა. აღნიშნულმა ჯანდაცვის საჯარო დანახარჯები მხოლოდ ამ წელს შეამცირა, რაც მომდევნო წლებში მანამდე არსებულ ნიშნულსაც გასცდა. თავის მხრივ, შედარებით მიზნობრივ სისტემაზე გადასვლის მიზეზი პროგრამის დანახარჯების ზრდისკენ მიდრეკილება და ფისკალური რისკები - პროგრამის ყოველწლიური დეფიციტი იყო. როგორც ჩანს, 2017 წელს გატარებული ღონისძიებები დანახარჯების მკვეთრი ზრდის დამთრგუნველი არ აღმოჩნდა. ამის მიზეზები უშუალოდ ჯანდაცვის დანახარჯების თავისებურებებშია.

ჯანდაცვის დანახარჯების გლობალური ტრენდი ზრდით ხასიათდება და შესაბამისად, არც საქართველოა გამონაკლისი. განსაკუთრებით კი ზრდა დამახასიათებელია (პოლიტიკის უცვლელად დატოვების შემთხვევაში) დანახარჯების საჯარო დაფინანსების ნაწილში. აღსანიშნავია, რომ ჯანდაცვის საბიუჯეტო ხარჯები ინდივიდუალური ტრანსფერების კუმულატიური მაჩვენებელია. თავის მხრივ, საჯარო ფინანსებში ინდივიდუალური ტრანსფერები მთავრობის მიერ მოსახლეობის სოციალური უზრუნველყოფის ნაწილს წარმოადგენს. სოციალური ტრანსფერები კი ზრდისკენაა მიდრეკილი. აღნიშნული მაღალ ფისკალურ რისკებს წარმოშობს.

მიმდინარე წლისთვის მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის დაფინანსება, წინა წელთან შედარებით, ნაკლები მაჩვენებლით იყო დაგეგმილი, რომელიც 2020 წლისთვისაც შემცირებული მოცულობით იგეგმება. მიუხედავად იმისა, რომ დაგეგმვის ეტაპზე მიმდინარე წლის დაფინანსება შემცირებულია, განსხვავებული ფაქტია მოსალოდნელი, რადგან 11 თვის მაჩვენებლით, მთლიანი ასიგნების 98.8% ათვისებულია და

ფისკალური წლის ბოლო თვისთვის ჯამში 8.9 მლნ ლარია დარჩენილი, რაც თანაბარი ხარჯვის პირობებში, 62.8 მლნ ლარი უნდა იყოს.

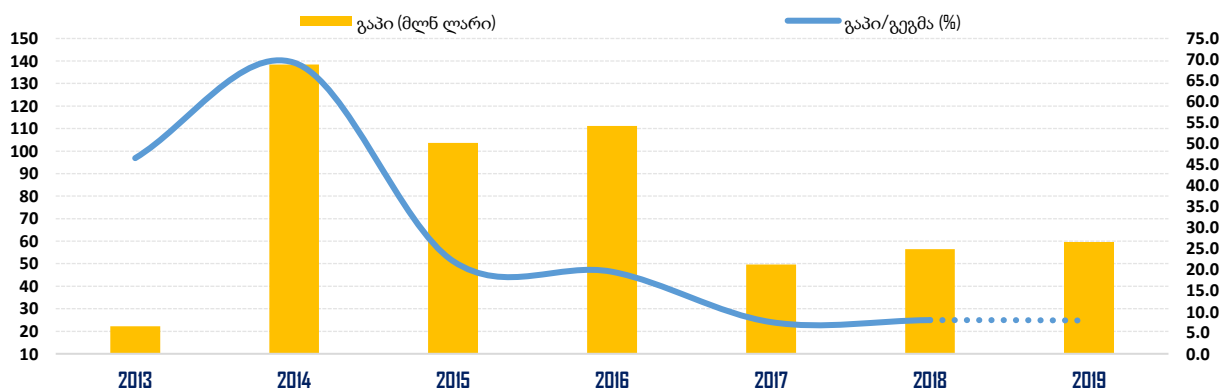
გრაფიკი 5. საყოველთაო ჯანდაცვის დანახარჯები (მლნ ლარი; %)



წყარო: საჯარო ფინანსების სტატისტიკა; ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები; ავტორის გამოთვლები

აღსანიშნავია, რომ 2017 წელს განხორციელებულმა ცვლილებამ პროგრამის დაგეგმილ ხარჯებსა და ფაქტს შორის სხვაობა შეამცირა, თუმცა მან დანახარჯების ზრდის ტემპის შენელება ვერ უზრუნველყო. პროგრამის გეგმიურ მაჩვენებელსა და ფაქტობრივ შესრულებას შორის სხვაობის კუთხით, წინა წლებისა და მიმდინარე პერიოდის გათვალისწინებით, status quo შენარჩუნების პირობებში, მომდევნო წელსაც გასულ პერიოდში არსებული პრობლემების ანალოგიური გამოწვევის დადგომა გარდაუვალია. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სამინისტროს მიერ წარმოდგენილი პოლიტიკით, მდგომარეობის შეცვლა ნაკლებად მოსალოდნელია, რადგან პრობლემის გამომწვევი ერთ-ერთი მიზეზები საჭიროზე მეტი სტაციონალური მომსახურების მიწოდებაშია (იხ. კვლევის მე-6 პარაგრაფი).

გრაფიკი 6. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გაპი (მლნ ლარი; %)



წყარო: სახელმწიფო ხაზინა; ავტორის გამოთვლები

მთლიანი ჯანდაცვის ხარჯების ყველაზე მეტი, დაახლოებით 1/3 ნაწილი სტაციონალურ მომსახურებაში იხარჯება, ხოლო მთლიანი ხარჯების 1/5 - ამბულატორიულ მომსახურებაში. ორივე ტიპის მომსახურება ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების ნახევარს იკავებს. ცალკე აღებულ სტაციონარულ მომსახურების დანახარჯების დაფინანსებაში სახელმწიფო ბიუჯეტის წვლილი 67.3%-ია, ხოლო დანარჩენი 32.7% - კერძო სექტორის. რაც შეეხება ამბულატორიული მომსახურების დანახარჯების დაფინანსების განაწილებას, ამ შემთხვევაში უფრო მეტი წილი - 57.3% კერძო სექტორს გააჩნია, ხოლო დანარჩენი 42.7% - საჯარო სექტორს.

საერთო ჯამში, ბოლო წლების ტენდენცია აჩვენებს, რომ იმ სექტორებში, სადაც საჯარო დაფინანსება ხორციელდება - სტაციონალური და ამბულატორიული, მათი წილი მთლიან ხარჯებში ზრდის ტენდენციით ხასიათდება.

3.2 საყოველთაო ჯანდაცვის სტრუქტურული მახასიათებლები

საქართველოში არსებული საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა თავის თავში ორ განსხვავებულ ელემენტს მოიცავს - სოციალური დახმარება და ჯანმრთელობის დაზღვევა.

დაზღვევა მართებულია ისეთი რისკების შემთხვევაში, რომლის გამოვლენა და გამკლავება ინდივიდუალურ დონეზე რთულია ან/და ძვირია. მაგალითად, იშვიათი დაავადებები ან ტრავმები რთულად პროგნოზირებადია ცალკეული ადამიანის შემთხვევაში, თუმცა, როცა საქმე ადამიანების დიდ ჯგუფთან გვაქვს, სტატისტიკური ანალიზი გვაძლევს ეფექტიან მექანიზმს, თუ როგორ გავზომოთ რისკები. ამიტომ სადაზღვევო კომპანიამ შეიძლება მომგებიანად დააზღვიოს ადამიანები ასეთი რისკებისგან, მიუხედავად იმისა, რომ ცალკეული ინდივიდის მიმართ სადაზღვევო შემთხვევის ალბათობა უცნობი იქნება. ამავდროულად, თუ სადაზღვევო პოლისის ფლობის მსურველი პირი, ქრონიკული დაავადების დიაგნოზით მივა სადაზღვევო კომპანიაში, ის ვერ მიიღებს დაზღვევას, რადგან ამ შემთხვევაში განუზღვრელობას ადგილი არ აქვს.¹ აქედან გამომდინარე, სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ასეთი ტიპის დაავადებების მკურნალობის დაფინანსება თავისი არსით სოციალურ დახმარებას წარმოადგენს. ამიტომ არსებული პროგრამის პრობლემების თუ

¹ გარკვეულ შემთხვევებში სადაზღვევო კომპანიები სთავაზობენ ქრონიკული დაავადებების ან გეგმიური მკურნალობის დაზღვევასაც, თუმცა შინაარსობრივად ეს სერვისი არის მარკეტინგული ხარჯი, რომლის მეშვეობით შეიძლება მოიზიდო მომხმარებელი.

რისკების უკეთ იდენტიფიცირების მიზნით ეს ორი მიმართულება მკაფიოდ უნდა გაიმიჯნოს.

საქართველოში არსებული მდგომარეობა მოიცავს სხვა რისკებსაც, რომლებიც ბუნებრივია ამ სახის პროგრამებისთვის. მაგალითად, უკვე ნახსენები აშშ-ის შემთხვევაში - დაბალი კონკურენცია ფარმაცევტულ ბიზნესში ნეგატიურად აისახება მკურნალობის ხელმისაწვდომობაზე და მედიკამენტების ფასზე.

ასევე გასათვალისწინებელია კლინიკების მენეჯმენტის რეაქცია მოგების შემცირებაზე, რაც პირველ რიგში, სტაციონარული მომსახურების ნაწილში გამოჩნდება. კერძოდ, ეს შეიძლება აისახოს პაციენტის სტაციონარში უფრო დიდი ხნით დატოვებაში, ვინაიდან კლინიკისთვის პაციენტის ყოველი დამატებითი დღით სტაციონარში დარჩენა უფრო ნაკლებ ზღვრულ ხარჯებთანაა დაკავშირებული. აღნიშნული კიდევ უფრო მეტად მოსალოდნელია იმ პირობებში, როცა დღეს არსებული საწოლფონდების დაბალი დატვირთვის მაჩვენებელია. შედეგად, ჯანდაცვის დანახარჯები გაიზარდება, რაც სახელმწიფო ბიუჯეტის დანახარჯებსა და ფისკალურ რისკებს გაზრდის.

გარდა ამისა, იკვეთება ექიმების და კლინიკების მენეჯმენტის ოპორტუნისტული ქცევა:

- სასწრაფოთი გაფორმება, მათ შორის, უკვე საავადმყოფოში მისული პაციენტების;
- ვირტუალური დიაგნოზები პაციენტის ისტორიაში, დამატებითი მკურნალობის დანიშვნის მიზნით და ა.შ.

ამგვარი პრობლემები, როცა საქმე ეხება კერძო სექტორს, სადაზღვევო კომპანიის და კლინიკის შეთანხმებით რეგულირდება, მათ შორის, ფასების საკითხი. ამდენად, ამ გადმოსახედიდან, რეფორმით დაგეგმილი ფასების გათანაბრება შეიძლება იყოს წარმოდგენილი, როგორც სადაზღვევო კომპანიის (ამ შემთხვევაში სამინისტროს) მიერ დადგენილი თანამშრომლობის პირობები. ვინაიდან კლინიკებს აქვთ თავისუფლება არ ჩაერთონ ამ პროგრამაში, ეს არ შეიძლება გახდეს რაიმე მნიშვნელოვანი კრიტიკის საფუძველი, თუ კლინიკებისთვის პროგრამაში არმონაწილეობა არ წარმოშობს რაიმე სპეციფიკურ ვალდებულებებს ან შეზღუდვებს მთავრობის მხრიდან.

ასევე მოსალოდნელია, კლინიკები პაციენტებს კიდევ უფრო აქტიურად დაუნიშნავენ მკურნალობას, რომელშიც არ არის საჭიროება, რომ მასშტაბის ეფექტის მეშვეობით, შეამცირონ ხარჯები და არსებული ტარიფებით არ შეამცირონ მოგება. რაც მთავარია, ეს ყოველივე იქნება სამინისტროს

მიდგომის ფარგლებში ეფექტიანობის ზრდის მაჩვენებელი, რადგან დაბალი სანოლფონდის დატვირთვა, რომელზეც იყო გამახვილებული ყურადღება სამინისტროს [მხრიდან](#), გაიზრდება. თუმცა ეს მოხდება მკურნალობის ხარისხის გაუარესების ხარჯზე.

გასათვალისწინებელია ბიუჯეტის ხარჯების ზრდაც. ის მომხმარებლები, რომლებიც დღეს ნაწილობრივ იხდის სამედიცინო მომსახურების საფასურს, გაზრდიან მოთხოვნას სამედიცინო მომსახურებაზე, ტარიფების გათანაბრების და მთავრობის მხრიდან მკურნალობის საფასურის სრული დაფარვის პირობებში.

4. დასკვნა

შეჯამების სახით შეიძლება აღინიშნოს, რომ ყველა ქვეყანაში საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემა პრობლემების წინაშე დგას, რაც თეორიულ კვლევებზე და დაგროვებულ გამოცდილებაზე დაყრდნობით პროგნოზირებადი იყო დიდი ხნის წინ. მეტიც, ბიუჯეტის ზრდის და ხელმისაწვდომობის შემცირების ტენდენცია, როგორც ღარიბ, ასევე, მდიდარ ქვეყნებში ფიქსირდება. ხოლო, ამ პრობლემების აღმოფხვრის მიზნით უკვე მიღებულმა გადაწყვეტილებებმა, საუკეთესო შემთხვევაში, მხოლოდ გადაავადა სისტემის კრიზისი და არ შეცვალა ძირითადი ტენდენცია.

საქართველოც არ წარმოადგენს გამონაკლისს და სამინისტროს მხრიდან დაგეგმილი რეფორმები, რომლებიც დიდ წილად იმეორებენ საერთაშორისო გამოცდილებას, პრინციპულად ვერ გააჯანსაღებენ სისტემას. მეტიც, მოსალოდნელია დამატებითი რისკების გაჩენა და უკვე არსებული პრობლემების გაღრმავება, მათ შორის:

- სასწრაფოთი გაფორმება უკვე საავადმყოფოში მისული პაციენტების;
- ვირტუალური დიაგნოზები პაციენტის ისტორიაში, დამატებითი მკურნალობის დანიშვნის მიზნით;
- პაციენტისთვის არასაჭირო კვლევების და მკურნალობის დანიშვნა;
- საწოლფონდის დატვირთვის ხელოვნური ზრდა;
- ბიუჯეტის დეფიციტის ზრდა სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის ცვლილების შედეგად;
- პაციენტების სტაციონარში გახანგრძლივებული გაჩერება.

დამატებით რისკებს აჩენს უფრო ზოგადი ეკონომიკური ფონი: ფარმაცევტულ სექტორში დაბალი კონკურენცია და მაღალი ინფლაცია, რომელიც, პირველ რიგში, შედარებით ღარიბ ადამიანების შემოსავალს ამცირებს, ანუ პოტენციურად ზრდის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართული ადამიანების რაოდენობას.

აქედან გამომდინარე, საშუალოვადიან პერიოდში აუცილებელია პროგრამის შიგნით დაზღვევის და სოციალური დახმარების კომპონენტების გაყოფა. ამ შემთხვევაში შეიძლება განსხვავებული მიდგომები იყოს გამოყენებული დაგეგმარებისა და მიზნების ჩამოყალიბების დროს. კერძოდ, სოციალური დახმარების ნაწილში არსებობს ბევრი ალტერნატიული მოდელი, რომელიც უზრუნველყოფს ხარჯების ოპტიმიზაციას. ასევე, გაჩნდება საშუალება ჯანდაცვის კომპონენტი სინქრონიზირდეს სხვა სოციალური

დახმარების პროგრამებთან, რაც ხარჯების ეფექტიანობის ზრდის შესაძლებლობას გააჩენს.

ხოლო გრძელვადიან პერიოდში სისტემის გარდაუვალი კრიზისის გათვალისწინებით, აუცილებელია შემუშავდეს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემცირების და რადიკალური ტრანსფორმაციის გზები.

5. ლიტერატურა

1. Akerlof G. (1970) The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism, Quarterly Journal of Economics, vol. 84, pp. 488–500.
2. Finkelstein A. (2007) The Aggregate Effects Of Health Insurance: Evidence From The Introduction Of Medicare, The Quarterly Journal Of Economics Vol. Cxxii, Issue 1, pp. 1-36
3. Clemens J., Gottlieb J.D. (2014) Do Physicians' Financial Incentives Affect Medical Treatment and Patient Health? American Economic Review, vol. 104(4), pp. 1320-1349
4. Dave D., Kaestner R. (2006) Health Insurance and Ex Ante Moral Hazard: Evidence from Medicare, iHEA 2007 6th World Congress: Explorations in Health Economics Paper, <https://ssrn.com/abstract=993583>
5. Eliason P.J., Grieco P.L.E., McDevitt R.C., Roberts J.W. (2016) Strategic Patient Discharge: The Case of Long-Term Care Hospitals, NBER Working Paper No. 22598
6. Baicker K., Taubman S.L., Allen H.L., Bernstein M., Gruber J.H., Newhouse J.P., Schneider E.C., Wright B.J., Zaslavsky A.M., Finkelstein A.N. (2013) The Oregon Experiment — Effects of Medicaid on Clinical Outcomes, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1212321>
7. Grignon M., Hurley J., Feeny D., Guindon E., Hackett C. (2018) Moral Hazard in Health Insurance, Oeconomia, vol. 8-3, pp. 367-405.
8. Remmerswaal M., Boone J., Douven R. (2019) Selection and moral hazard effects in healthcare, CPB Discussion Paper
9. OECD/EU (2018) Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
10. OECD (2015) Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives. Paris: OECD Publishing, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>
11. OECD (2019) Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
12. Korobkin R. (2014) Health-care costs and the 'moral hazard' problem, <https://www.washingtonpost.com/news/volokh-conspiracy/wp/2014/03/10/health-care-costs-and-the-moral-hazard-problem>
13. Xu K., Soucat A., Kutzin J. et al. (2018) Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends. Geneva: World Health Organization WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/18.3
14. Einav L., Finkelstein A. (2018) Moral Hazard in Health Insurance: What We Know and How We Know, Journal of the European Economic Association, vol. 16(4), pp. 957–982
15. პასუხი ღია წერილზე ჯანდაცვის რეფორმის მიმდინარე ინიციატივების თაობაზე // [საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2019](#)