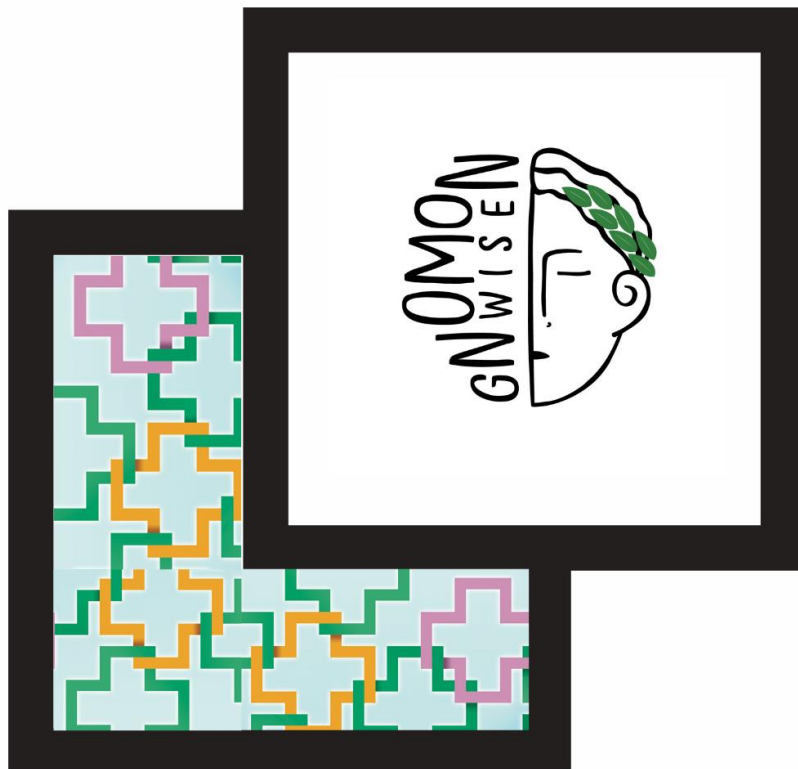


საქართველოს საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემისა და მიმდინარე რეფორმების ანალიზი



თებერვალი, 2020



ავტორები:

ალექსანდრე რაქვიაშვილი - Gnomon Wise-ის უფროსი მკვლევარი, საქართველოს უნივერსიტეტის პროფესორი

ეგნატე შამუგია - Gnomon Wise-ის მკვლევარი

რედაქტორი:

ანა ხურციძე - Gnomon Wise-ის დირექტორი

© კვლევითი ინსტიტუტი „გნომონ ვაიზი“ (Gnomon Wise)

www.gnomonwise.org

აბსტრაქტი

კვლევის ფარგლებში განხორციელებულია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის კომპლექსური ანალიზი. პირველ რიგში, განხილულია დამოუკიდებლობის აღდგენიდან დღემდე გატარებული რეფორმები. ნაჩვენებია, თუ რამდენი განსხვავებული მოდელი იყო დანერგილი სულ რაღაც 25 წლის მანძილზე და რა პრობლემები წარმოქმნა თითოეულმა მათგანმა. თეორიული კვლევების და სხვა ქვეყნების გამოცდილების ანალიზის საფუძველზე მოხდა ჯანდაცვის სისტემის პრობლემების გამოვლენა, რომლებიც ტიპურია რეფორმების განსხვავებული მოდელებისთვის. ყურადღება გამახვილებულია ე.წ. DRG-ის სისტემის დანერგვაზე, რომელიც ხშირად, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის პრობლემების მოგვარების საუკეთესო გზად მოიხსენიება.

სტატისტიკური კრიტერიუმების გამოყენებით შევამოწმეთ, თუ რამდენად თანხვედრაშია საქართველოში არსებული მდგომარეობა იმ ტენდენციებთან, რომლებიც დაფიქსირდა განვითარებულ ქვეყნებში. კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე, 537 909 ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევიდან, სტატისტიკური ანალიზის მეთოდების გამოყენებით შევისწავლეთ 126 248 შემთხვევა. ჩვენ მიერ განხორციელებულ ანალიზზე, სხვა ქვეყნების მიერ გატარებული რეფორმების შედეგად დაგროვილ გამოცდილებაზე და თეორიულ კვლევებზე დაყრდნობით შევიმუშავეთ რეკომენდაციები, თუ როგორ გავზარდოთ ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობა.

სარჩევი

შესავალი	5
1. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ზოგადი აღწერა.....	7
1.1 1995 - 2003 წლები	7
1.2. 2004 - 2012 წლები	8
1.2 2013 - 2017 წლები	10
1.3 2017 წლიდან დღემდე	12
2. ჯანდაცვის სისტემა: მსოფლიო გამოცდილება.....	14
2.1. თანადაფინანსების სისტემა	15
2.2 სამედიცინო სერვისის მიწოდების რეგულირება: დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემა.....	17
3. ჰოსპიტალიზაცია საყოველთაო ჯანდაცვის პირობებში: სტატისტიკური ანალიზი.....	20
3.1 მონაცემები, მეთოდოლოგია და კვლევის ჰიპოთეზა.....	20
3.2 კვლევის შედეგი.....	23
4. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების გზა: რეკომენდაციები	26
ლიტერატურა	30
დანართი. სტატისტიკური ანალიზის შედეგები	33

შესავალი

საქართველოში არსებული საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, მიუხედავად იმისა, რომ მხოლოდ 2013 წელს დაინერგა, რეფორმების მეორე ტალღას განიცდის, რომლის მიზანი პროგრამის ბიუჯეტის ზრდის ტემპის და დაგროვებული დეფიციტის შემცირებაა. ამ დროისთვის არსებული სიტუაცია დამატებით დამძიმებულია ზოგადი პოლიტიკური ფონით, რაც მნიშვნელოვნად ამცირებს პოლიტიკოსების დაგეგმარების ჰორიზონტს და გრძელვადიან რეფორმებთან შედარებით, უპირატესობას მოკლევადიან რეგულირებას ანიჭებს. გარდა ამისა, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემა - მმართველი პარტიის „ქართული ოცნების“ ერთადერთი თუ არა, ერთ-ერთი წარმატებული პროექტია, ყოველ შემთხვევაში თავად [„ქართული ოცნების“ ლიდერები](#) ასე ფიქრობენ; ექსპერტები, რომლებიც ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის ზრდაზე ამახვილებდნენ ყურადღებას (Tan, Dolidze, 2017; Richardson, Berdzuli, 2017); კლინიკების მენეჯერები; ექიმები და [ამომრჩევლების დიდი ნაწილი](#) (Verulava, Demuria, 2015). აქედან გამომდინარე, დისკუსია პოლიტიკოსებსა და პროფესიულ საზოგადოებაში მიმდინარეობს არა ზოგადად ჯანდაცვის სისტემის მოდელზე ან/და მისი არსებობის აუცილებლობაზე, არამედ ლოკალურ და დიდწილად ტექნიკური ცვლილებების ირგვლივ, როგორიცაა, მაგალითად, მთავრობის 520-ე დადგენილება.¹

თუმცა, ჩვენი აზრით, მიმდინარე თუ ახლო მომავალში დაგეგმილი ცვლილებები, როგორიცაა საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის ფარგლებში არსებული ტარიფების ფიქსირება, ფარმაცევტული ბაზრის რეგულირება და სხვა, უფრო ფართო კონტექსტში უნდა იყოს განხილული, რომელიც მოიცავს მთლიანი ჯანდაცვის სისტემის ანალიზს, მათ შორის, ყველა ძირითადი მოთამაშის, ექიმების, პაციენტების, კლინიკების, სადაზღვევო და ფარმაცევტული კომპანიების მენეჯმენტის და პოლიტიკოსების შესაძლო მოტივების ჩათვლით.

სწორედ ასეთი ანალიზის მცდელობას წარმოადგენს წინამდებარე დოკუმენტი, რაც ოთხი ძირითადი ნაწილისგან შედგება. პირველ ნაწილში საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ტალღებია აღწერილი, მათ შორის, ორი ძირითადი რეფორმის, რომლებიც 2013 და 2017 წლებში განხორციელდა. ასევე, წარმოდგენილია დღევანდელი მდგომარეობა, რამაც განაპირობა რეფორმის მესამე ეტაპის დაწყება. მეორე ნაწილი თეორიული კვლევების ანალიზს ეთმობა. ამ

¹ საქართველოს მთავრობის დადგენილება #520 - [„საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე“](#); მიღების თარიღი: 05.11.2019.

ნაწილში ჯანდაცვის სისტემის განვითარების განსხვავებული გზების ეფექტიანობაზე და სხვა ქვეყნებში დაგროვებულ გამოცდილებაზეა საუბარი. მესამე ნაწილში სტატისტიკური კვლევის შედეგებია აღწერილი, რათა უფრო ზუსტად იქნას იდენტიფიცირებული თუ რა ეტაპზეა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარება. და ბოლო, მეოთხე ნაწილში მოყვანილია ჩვენი რეკომენდაციები, თუ როგორ შეიძლება ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესება.

1. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ზოგადი აღწერა

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში რამდენიმე ერთმანეთისგან განსხვავებული მოდელი არსებობდა, რომლებიც დროის მოკლე პერიოდში იცვლებოდა. ჯერ კიდევ საბჭოთა კავშირის დროინდელმა სისტემამ, ე.წ. სემაშკოს მოდელმა 1995 წლამდე იარსება. ამ მოდელში ჯანდაცვის სისტემა სრულად ნაციონალიზებული და ცენტრალიზებულია, ხოლო სამედიცინო სერვისების მიწოდება ყველასათვის უფასოა. თუმცა, შეიძლება ითქვას, რომ ამ სისტემის გარდაქმნა, რომელიც მალევე დაიწყო, ჯერ კიდევ არ არის დასრულებული. სულ რაღაც 20 წლის მანძილზე საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის რამდენიმე ფართომასშტაბიანი რეფორმა განხორციელდა, რომლებიც განსხვავებული შინაარსისა და მიმართულების იყო. შედეგად, არც თუ ისე ხანგრძლივ პერიოდში, სისტემის დეცენტრალიზაციის ისევ ცენტრალიზაციისკენ სვლა მოხდა. რეგულირების პერიოდი ჩანაცვლდა ღერეგულირებით, რომელსაც ხელახალი რეგულაციების პროცესი მოჰყვა. რაც შეეხება დაფინანსებას, ამ კუთხით ოთხი განსხვავებული სისტემა იყო ჩამოყალიბებული, რომელთაგან არცერთი არ აღმოჩნდა ეფექტიანი და სამართლიანი. სწორედ განვლილი რეფორმების მიმოხილვა, მინიმუმ გვაძლევს იმის შესაძლებლობას, რომ არ გავიმეოროთ წარსულში დაშვებული შეცდომები და არსებული პრობლემების გადაწყვეტის უკეთესი გზები ვიპოვოთ.

1.1 1995 - 2003 წლები

საბჭოთა კავშირის დაშლისა და დამოუკიდებლობის აღდგენის შემდეგ, ჯანდაცვის სისტემის პრივატიზაციის პროცესი საკმაოდ გვიან დაიწყო. საწყის ეტაპზე მხოლოდ სტომატოლოგიური კლინიკებისა და ფარმაცევტული ნაწილის პრივატიზაცია განხორციელდა. თუმცა, საავადმყოფოები და სხვა კლინიკები დიდი ხნის განმავლობაში კვლავ სახელმწიფოს საკუთრებაში რჩებოდა, ნაწილი კი ღდესაც არ არის პრივატიზირებული.

მართვის თვალსაზრისით, დამოუკიდებლობის აღდგენის შემდეგ პერიოდში პირველი რეფორმა ცენტრალიზებული სისტემის დეცენტრალიზაციას უკავშირდება. შედეგად, სამედიცინო დაწესებულებების მართვა და ხარჯებით უზრუნველყოფის ფუნქცია სუბნაციონალურ მთავრობებს გადაეცა (Gamkrelidze, et al., 2002). შეიცვალა დაფინანსების წყაროც: 1995 წელს „სავალდებულო სოციალური დაზღვევის“ ფონდი შეიქმნა (1996 წელს კი - მუნიციპალური ფონდები), სადაც დასაქმებული ვალდებული იყო ხელფასის 1%, ხოლო დამსაქმებელი კი - 3% შეეტანა. ფონდის მიზანს

მოსახლეობის სამედიცინო ხარჯების უზრუნველყოფა წარმოადგენდა. რაც შეეხება დანარჩენ მოსახლეობას (უმუშევრები, ბავშვები და პენსიონერები), მათ მინიმალური სამედიცინო მომსახურების მიღების ხარჯებით უზრუნველყოფა საბიუჯეტო ტრანსფერებით ხორციელდებოდა (Gamkrelidze, et al., 2002).

აღნიშნული ფონდი 1996 წელს სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის კომპანიად გადაკეთდა, ხოლო მთავრობამ საბაზისო პაკეტი დაადგინა, რომელიც მოსახლეობის საბაზისო სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს ფარავდა. სამედიცინო ხარჯების უზრუნველყოფას უშუალოდ სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის კომპანია, მუნიციპალიტეტის ჯანდაცვის ფონდები და ცენტრალური ხელისუფლება ახორციელებდა (Shengelia, et al., 2016; Chanturidze, et al., 2009). მოგვიანებით, 2002 წელს სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შენატანები, სოციალური გადასახადის შემოღებით შეიცვალა, რომელიც პირდაპირ გადასახადს წარმოადგენდა. გადასახადის გადამხდელი დამქირავებელი იყო, დაბეგვრის ობიექტი - ხელფასი, ხოლო განაკვეთი - ხელფასის 31%, არანაკლებ 16 ლარისა. განაკვეთი მოგვიანებით 20%-მდე შემცირდა, ხოლო 2007 წელს სრულად გაუქმდა.² სანაცვლოდ საშემოსავლო გადასახადის განაკვეთი 12%-დან 25%-მდე გაიზარდა.

1.2. 2004 - 2012 წლები

2004 წლიდან ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის ახალი ეტაპი დაიწყო, როცა მთავრობის მიერ სოციალური დაზღვევის სისტემის მიზნობრივი სოციალური დახმარებით ჩანაცვლება დაიგეგმა. ამ პერიოდში ჯანდაცვის სისტემის ხელახალი ცენტრალიზაცია განხორციელდა. კერძოდ, სუბნაციონალური მთავრობების უფლებამოსილება ცენტრალური ხელისუფლების ხელში გადავიდა. სისტემის დაფინანსებას კი ცენტრალური მთავრობა უზრუნველყოფდა,³ რომელსაც სამედიცინო სერვისის მიწოდებასა და შესყიდვაში გადაწყვეტილების მიღების სრული ძალაუფლება გააჩნდა (Shengelia, et al., 2016).

2007 წლიდან ჯანდაცვის სისტემის მასიური პრივატიზაცია დაიწყო, რომელიც 2010 წლამდე გაგრძელდა. ამ პერიოდში სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული კლინიკების და ჰოსპიტლების დიდი ნაწილი კერძო საკუთრებაში გადავიდა. გარდა

² საქართველოს კანონი „საქართველოს საგადასახადო კოდექსი“; მოქმედების პერიოდი: 01.01.2005 – 01.01.2011; მოპოვებულია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/32842?publication=0>

³ მოსახლეობის ჯანდაცვის დანახარჯების დაფინანსების ტვირთი კვლავ საბიუჯეტო პროგრამებზე გადავიდა.

ამისა, განხორციელდა ჯანდაცვის სექტორის ღერეგულირება და ლიბერალიზაცია (Chanturidze, et al., 2009). შედეგად ჩამოყალიბდა სისტემა, სადაც მთავრობის მიერ განსაზღვრულ მიზნობრივ ჯგუფებს კერძო სადაზღვევო კომპანიისგან სამედიცინო პოლისის შესყიდვის ვაუჩერი გადაეცემოდა. აღნიშნულ ჯგუფს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი პირები წარმოადგენდა. თავის მხრივ, ვაუჩერით მოსარგებლე პირს სადაზღვევო კომპანიის თავისუფალი არჩევანის შესაძლებლობა ჰქონდა. დაზღვევის წლიური პრემიის საბაზისო ოდენობა 180 ლარს შეადგენდა, რაც ბიუჯეტიდან დაზღვეული პირის კოეფიციენტზე ნამრავლით ანაზღაურდებოდა. კონკრეტულად, ≤ 64 წლის ასაკობრივი კატეგორიისთვის პრემიის კოეფიციენტი 0,86 იყო, ხოლო ≥ 65 წლის ასაკობრივი კატეგორიისთვის - 1,42.

მოგვიანებით, ვაუჩერით მოსარგებლე პირთა წრე გაიზარდა,⁴ ხოლო 2010 წლის მეორე ნახევარში სადაზღვევო კომპანიის თავისუფლად არჩევის პრინციპი გაუქმდა.⁵ ქვეყანა 26 სამედიცინო რეგიონად დაიყო და თითო ასეთ ერთეულში მონოპოლიურად ტენდერის საფუძველზე გამოვლენილი სადაზღვევო კომპანია ოპერირებდა. გარდა ამისა, სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამაში ჩართულ კომპანიებს ამავე რეგიონებში სამედიცინო დაწესებულებების აშენების ვალდებულება დაეკისრათ, სადაზღვევო პრემიის ოდენობა თბილისში, საჩხერესა და გორში 180 ლარიდან 116,4 ლარამდე, ხოლო დანარჩენ 23 სამედიცინო რეგიონში კი 132 ლარამდე შემცირდა.

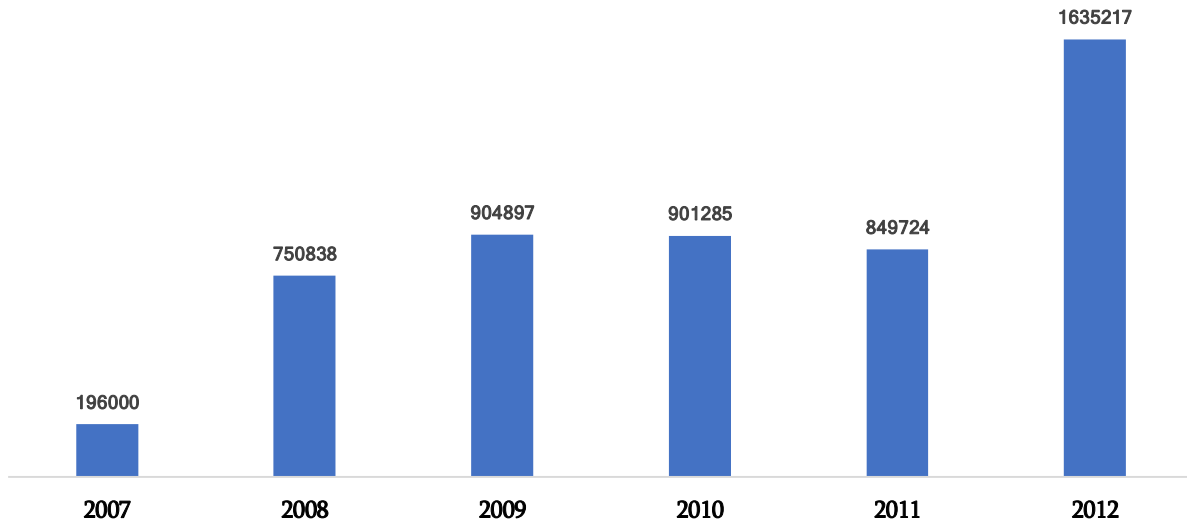
სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის ბენეფიციართა რაოდენობის ზრდის მომდევნო დონისძიებები 2012 წლის მაისში გატარდა და საბიუჯეტო დაზღვევის მიღმა დარჩენილი 0-5 წლის ასაკობრივი კატეგორიის ბავშვები და საპენსიო ასაკის პირები დაემატა.⁶ შედეგად, დაზღვეულთა ჯამურმა რაოდენობამ 1635,2 ათასი პირი შეადგინა.

⁴ 2010 წლიდან პროგრამის ბენეფიციარების ჯგუფი ამ სახით იყო: სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი პირები; იძულებით გადაადგილებული პირები (კომპაქტურ დასახლებაში მცხოვრები), მზრუნველობა მოკლებული ბავშვები, სახალხო არტისტები, სახალხო მხატვრები და რუსთაველის პრემიის ლაურეატები.

⁵ საქართველოს მთავრობის დადგენილება #218 – „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის“, „სახალხო არტისტების, სახალხო მხატვრებისა და რუსთაველის პრემიის ლაურეატების ჯანმრთელობის დაზღვევის“, „კომპაქტურ დასახლებებში მყოფ იძულებით გადაადგილებულ პირთა სამედიცინო დაზღვევის“, „მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა სამედიცინო დაზღვევის“ სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში 2010 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით მოსახლეობისათვის გადასაცემი სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“; მიღებულია: 09.12.2009; მოპოვებულია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4372?publication=0>

⁶ საქართველოს მთავრობის დადგენილება #165 – „ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის ბავშვების, 60 წლის და ზემოთ ასაკის ქალების და 65 წლის და ზემოთ ასაკის მამაკაცების (საპენსიო ასაკის მოსახლეობა) ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი დონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“; მიღებულია: 07.05.2012; მოპოვებულია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/1650266?publication=0>

გრაფიკი 1: სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეთა რაოდენობა, 2007-2012 წლები



წყარო: ლეშაშელი, რ. ჯაღუგიშვილი, შ. სადაზღვევო ბაზრის ისტორია. საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაცია

თუმცა, მრავალი ცვლილების მიუხედავად, ჯანდაცვის ჯამური ხარჯები მშპ-თან მიმართებით საკმაოდ სტაბილური იყო (იხ. გრაფიკი 2). გარდა ეკონომიკური ზრდის მაღალი ტემპებისა, სტაბილურობას დაფინანსების სქემაც განაპირობებდა: თუ ბიუჯეტი მხოლოდ სადაზღვევო პაკეტების შესყიდვას ახორციელებს, ცალკეულ წლებში ხარჯები ფიქსირებული იქნება.⁷ ასევე აღსანიშნავია, ჯიბიდან გადახდების მაღალი მაჩვენებელი, რომელთა უმეტესი წილი წამლებზე მოდიოდა, და რაც ერთ-ერთ ძირითად პრობლემას წარმოადგენდა იმ პერიოდში (Gotsadze, et al., 2005, Rukhadze, 2013).

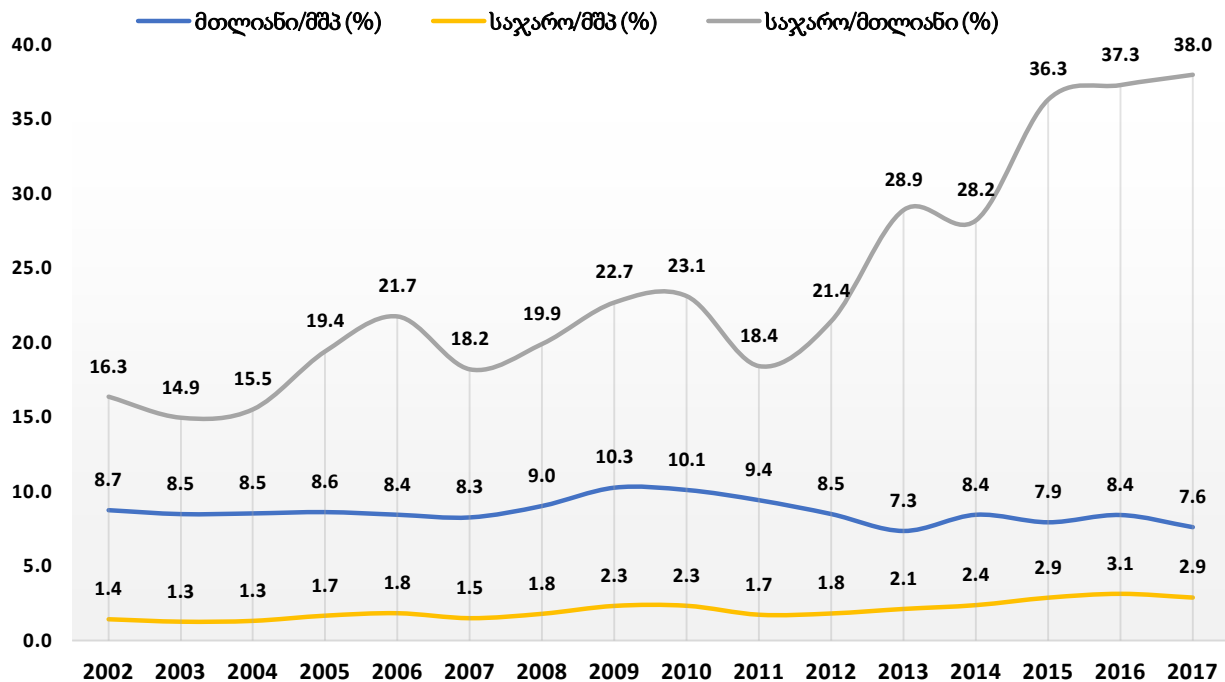
1.2 2013 - 2017 წლები

2013 წელს ჯანდაცვის საბიუჯეტო დაფინანსების სისტემა კვლავ შეიცვალა. თუ ამ პერიოდამდე არსებული საბიუჯეტო პროგრამები მოსახლეობის მიზნობრივ ჯგუფებს, მათი ფინანსური შესაძლებლობის მიხედვით, სამედიცინო სერვისით უზრუნველყოფდა, ახალი მოდელი საყოველთაოობის პრინციპს ეფუძნებოდა და ვრცელდებოდა, როგორც - მაღალშემოსავლიან, ასევე, დაბალი შემოსავლის მქონე

⁷ თუმცა, მსგავსი სისტემა გრძელვადიან პერიოდში ხარჯების ზრდას არ გამოიწვევს. ეს შეიძლება მოხდეს პოპულისტური მიზნებით, ბენეფიციარების წრის გაფართოების (როგორც მოხდა 2010 და 2012 წლებში) ან სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან ლობიზმით განპირობებული ტარიფების ცვლილებების შედეგად.

მოქალაქეებზე. 2013 წლიდან მოქმედი სისტემის გარეთ მხოლოდ ის პირები რჩებოდნენ, რომლებსაც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამდე კერძო დაზღვევა გააჩნდათ.⁸

გრაფიკი 2: ჯანდაცვის მთლიანი და საჯარო დანახარჯები და მშპ-სთან მიმართებით წილი (%)



წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები, საქსტატი, ავტორთა გამოთვლები

პროგრამამ სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა გაზარდა და ამავედროულად მნიშვნელოვნად შეამცირა „ჯიბიდან გადახდები“ (out of pocket).⁹ თუმცა ეს ყველაფერი მიღწეული იყო საბიუჯეტო ხარჯების რადიკალური ზრდის მეშვეობით (იხ. გრაფიკი 2), რამაც სერიოზული ფისკალური პრობლემები გააჩინა. 2014 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დეფიციტი თითქმის 70%-ს შეადგენდა, რამაც სისტემის მდგრადობა ამოქმედების მეორე წელსვე ეჭვის ქვეშ დააყენა და ახალი რეფორმების აუცილებლობა განაპირობა.

⁸პროგრამის 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.

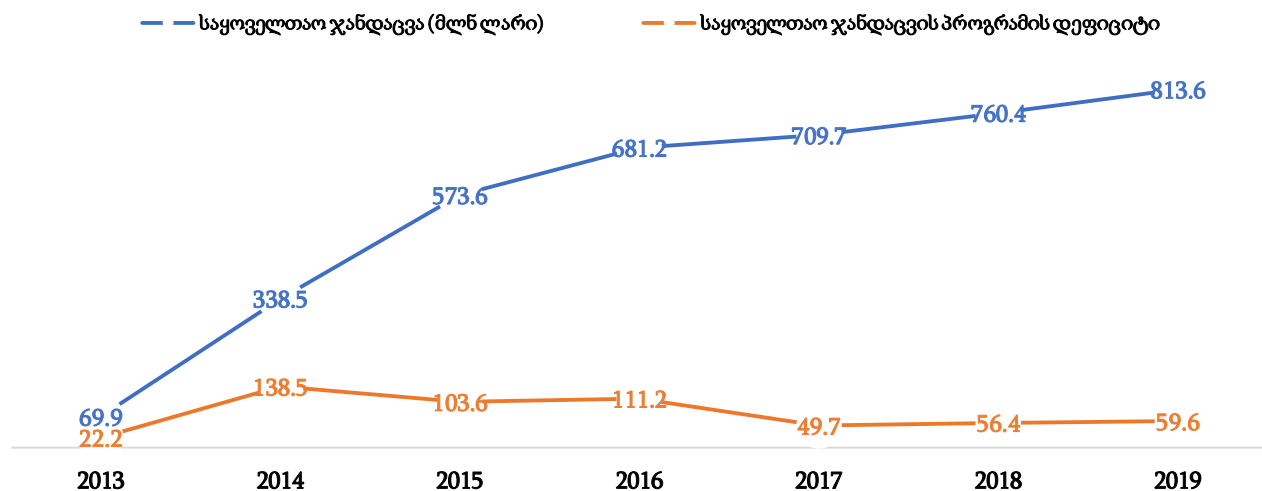
⁹ [ჯანმრთელობის ეროვნული ანგარიშების](#) თანახმად, 2002 წელს ჯიბიდან გადახდები 72,2%-ს შეადგენდა, 2012 წელს 73,4%, ხოლო 2017 წლის მდგომარეობით ეს მაჩვენებელი 54,7%-მდე შემცირდა.

1.3 2017 წლიდან დღემდე

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ხარჯების ზრდის მაღალი ტემპისა და პროგრამის დეფიციტურობის შემცირების მიზნით, 2017 წლის მაისიდან ჯანდაცვის საბიუჯეტო პროგრამა საყოველთაოობის პრინციპიდან - მიზნობრიობისკენ გადაიხარა. განხორციელებული ცვლილებების შედეგად, საბიუჯეტო პროგრამით მოსარგებლეთა წრეს ის პირები გამოეთიშნენ, რომელთა წლიური შემოსავალი 40 ათას ლარს აღემატება, ხოლო დანარჩენი მოსარგებლე პირებისთვის მათი სტატუსისა და სამედიცინო სერვისის სახეების მიხედვით, დიფერენცირებული ლიმიტები და თანაგადახდის მექანიზმი დაწესდა.¹⁰ შედეგად, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას დაახლოებით 43 ათასი პირი გამოეთიშა (Richardson, Berdzuli, 2017).

მიუხედავად ამისა, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემაში ხარჯების ზრდის ტემპის შენელება და დეფიციტურობის აღმოფხვრა ვერ მოხერხდა. მიღებული გადაწყვეტილებებით ხარჯების ზრდის ტემპი მხოლოდ ამავე წელს შემცირდა, თუმცა უკვე შემდეგ წლებში პრობლემა ახალი სიმძაფრით დადგა (იხ. გრაფიკი 3).

გრაფიკი 3: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანახარჯები (მლნ ლარი)



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

¹⁰ 2017 წლის მაისში განხორციელებული ცვლილების შემდეგ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსარგებლეთა კატეგორიას განეკუთვნება: 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 მოქალაქეები და საშუალო შემოსავლის მქონე მოქალაქეები, რომელთა ყოველთვიური შემოსავალი 1000 ლარზე მეტია, მაგრამ წლიური შემოსავალი 40 ათას ლარს არ აღემატება.

ზემოთ თქმული მიზეზებიდან გამომდინარე, 2019 წლის მიწურულს და 2020 წლის დასაწყისში ჯანდაცვის სისტემაში ორი ცვლილება განხორციელდა. კერძოდ, 2019 წლის ნოემბრიდან სამედიცინო მომსახურების ნაწილში პროვაიდერებისთვის ტარიფები გათანაბრდა, ხოლო გარკვეული სამედიცინო სერვისების მიწოდებაზე ფასები სამინისტროს მიერ იქნა დადგენილი.¹¹ მეორე ცვლილება 2020 წლის იანვარში განხორციელდა, რომელიც 2020 წლის მაისიდან ამოქმედდება.¹² აღნიშნული ცვლილება სამ ურბანულ ცენტრში (თბილისი, ქუთაისი და ბათუმი) ე.წ. სელექტიურ კონტრაქტირებას გულისხმობს, რაც ნიშნავს, რომ პირველადი ჯანდაცვის სამედიცინო დაწესებულებებს იმ შემთხვევაში შეეძლებათ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართვა თუ ისინი სამინისტროს მიერ დადგენილ კრიტერიუმებს დააკმაყოფილებენ.¹³

¹¹ საქართველოს მთავრობის დადგენილება N520 (05.11.2019) - „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე“, მოპოვებულია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4698067?publication=0>

¹² საქართველოს მთავრობის დადგენილება N15 (09.01.2020) - „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე“, მოპოვებულია: <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4770185?publication=0>

¹³ იხილეთ ვრცლად: <https://www.moh.gov.ge/news/4854/>

2. ჯანდაცვის სისტემა: მსოფლიო გამოცდილება

მედიცინა იმ ბაზრის კარგი მაგალითია, სადაც ინფორმაციის ასიმეტრია (Akerlof, 1970) დიდია. კერძოდ, პაციენტი ექიმთან შედარებით ნაკლებად ინფორმირებულია, თუ რა სახის მკურნალობა და როგორი ინტენსიურობითაა ოპტიმალური. ხოლო პაციენტს, თავის მხრივ, შესაძლებლობა აქვს არ მიაწოდოს სრული ინფორმაცია წარსულ დაავადებებზე (რაც, კრიტიკულია სადაზღვევო კომპანიებისთვის). ამიტომ ამ ბაზარზე გავრცელებულია როგორც ექიმების, ასევე პაციენტების მხრიდან ოპორტუნისტული ქცევა. განსაკუთრებით კი ეს პრობლემა თავს იჩენს, როცა პოლიტიკური პროცესის შედეგად საყოველთაო (უნივერსალური) ჯანდაცვის სისტემა იქმნება. ასეთ შემთხვევაში, პაციენტების, ექიმებისა და კლინიკების მენეჯმენტის ოპორტუნიზმს ემატება მათი სურვილები, ბიუჯეტის ხარჯზე მიიღონ დამატებითი მკურნალობა და მოგება. ეს კი ხარჯების პერმანენტულ ზრდას იწვევს. ამდენად, სამედიცინო ბაზარზე ოპორტუნისტული ქცევის გათვალისწინება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია.

ეს პრობლემა აკადემიურ სივრცეში პოპულარული ჯერ კიდევ 1960-იან წლებში, კ. ეროუს და მ. პაულის დისკუსიამ აქცია (Arrow, 1963, 1968; Pauly, 1968). მიუხედავად განსხვავებული ხედვებისა, ამ დისკუსიის შედეგია, რომ ოპორტუნისტული ქცევის ელიმინაცია შეუძლებელია. ამიტომ შემდგომი დისკუსია, ფაქტობრივად, იმის ირგვლივ ტრიალებს, თუ როგორი იქნება ამ ოპორტუნისტული ქცევის გამოვლინება განსხვავებული მოტივების პირობებში და რა მექანიზმებმა შეიძლება შეამციროს ასეთი ქცევის ნეგატიური ეფექტები (Grignon et al., 2018, Dave, Kaestner, 2006).

აგრეთვე, ეს საკითხი პოლიტიკოსებისა და ბიუროკრატების ყურადღების ქვეშ მოექცა, რომელთაც რესურსების არაეფექტიანად გამოყენების მასშტაბის შემცირების არაერთი მცდელობა ქონდათ.

მათი გამოცდილება და ეკონომისტების მიერ ჩატარებული კვლევების შედეგები რომ შევაჯამოთ, შეიძლება რეფორმების ყველაზე გავრცელებული სამი მიმართულება გამოვყოთ:

- თანადაფინანსება (მათ შორის, სადაზღვევო კომპანიების ჩართულობით),
- ტარიფების ფიქსირება,
- დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფები (Diagnosis-Related Group, DRG)

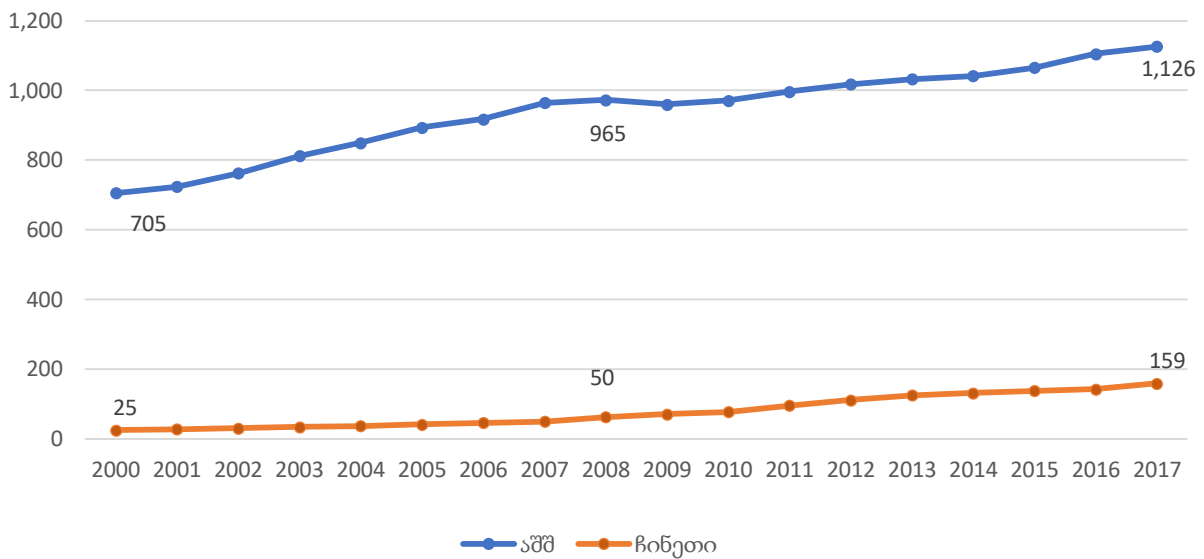
2.1. თანადაფინანსების სისტემა

ზემოთ ხსენებულ პრობლემაზე ყველაზე მარტივი პასუხი ჯანდაცვის პროგრამებში თანადაფინანსების პრინციპის შემოღებაა, როცა მომხმარებელი თავის თავზე იღებს ჯანდაცვის მომსახურების ხარჯების 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 სისტემაში არსებულ პრობლემებს. კვლავ აშშ-ს მაგალითს რომ დავუბრუნდეთ, სტატისტიკური კვლევებიდან ჩანს, რომ ამერიკელები ცდილობენ არ მიმართონ ექიმებს მანამ, სანამ თანადაფინანსება მაღალია, ხოლო, როცა მკურნალობას სრულად სადაზღვევო კომპანია აფინანსებს, პაციენტები გაცილებით უფრო ხშირად მიმართავენ ექიმებს (Einav, Finkelstein 2018).

ასევე, თანადაფინანსების სისტემა არ ითვალისწინებს ექიმების, მენეჯმენტის 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. მნიშვნელოვანია, რომ ასეთი მოტივები ვლინდება იმის და მიუხედავად, თუ ვინაა მზღვეველი. ხარჯების სწრაფი ზრდა ვლინდება ჩინეთში, სადაც მკურნალობის ნაწილი ბიუჯეტიდან ფინანსდება (Zhang et al., 2019) და აგრეთვე აშშ-ში, სადაც დიდი წილი კერძო სადაზღვევო კომპანიებს უჭირავს (OECD, 2017).

ეს კიდევ უფრო მნიშვნელოვანია, თუ გავითვალისწინებთ 2013 წლამდე საქართველოში არსებულ ჯანდაცვის სისტემას და იმ რეფორმირების წინადადებებს, რომლებიც ხშირად [ისმის დისკუსიების დროს](#).

გრაფიკი 4 : ჯიბიდან გადახდება (Out-of-Pocket Expenditure), ერთ სულ მოსახლეზე, \$



წყარო: WHO Global Health Expenditure Database

მათი ძირითადი იდეაა, რომ მთავრობამ შეისყიდოს მოქალაქეებისთვის დაზღვევა კერძო კომპანიებისგან და უკვე თვითონ სადაზღვევო კომპანიები გააკონტროლებენ სამედიცინო მომსახურების ხარისხს, მოცულობას და საფასურს. ერთი მხრივ, ასეთი ცვლილება მოკლევადიან პერიოდში, ჯანდაცვის ბიუჯეტის დეფიციტის ზრდას შეამცირებს, თუმცა ეს მოხდება მოქალაქეების ხარჯის ზრდის შედეგად. არაერთი კვლევა აჩვენებს, რომ კერძო სადაზღვევო სისტემის ფარგლებში „ჯიბიდან გადახდების“ (out of pocket) მაჩვენებელი იზრდება (Ozieh et al., 2019), ამიტომ ბიუჯეტის დეფიციტის ზრდის შეჩერება, ფაქტობრივად, სისტემის ბენეფიციარების ხარჯზე მოხდება. თან ასეთი ცვლილება პირველ რიგში შედარებით ღარიბ ადამიანებზე აისახება (Johnston et al., 2019).¹⁴ გრძელვადიან პერიოდში, სადაზღვევო კომპანიების ლობირების შედეგად, სადაზღვევო პაკეტების, რომელსაც მთავრობა ყიდულობს, ფასები გაიზრდება, რაც საბოლოო ჯამში, გაზრდის ბიუჯეტის ხარჯებს. გარდა ამისა, მსგავსი სისტემა არ არის დაცული პოპულისტი პოლიტიკოსებისგან, რომლებმაც შეიძლება არჩევნების მოგების მიზნით პროგრამის ბენეფიციარების წრე გაზარდოს, როგორც ეს მოხდა აშშ ბ. ობამას შემთხვევაში და, როგორც უკვე იყო ნახსენები, 2012 წელს საქართველოში.

¹⁴ ამავდროულად, აღსანიშნავია, რომ დამატებითი ხარჯების ოდენობა და ზრდის ტემპი არ მხოლოდ დაფინანსების სისტემაზეა დამოკიდებული და იცვლება განსხვავებულ რეგულაციების არსებობის პირობებში (Rice et al., 2018)

2.2 სამედიცინო სერვისის მიწოდების რეგულირება: დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემა

მაშინ, როცა თანადაფინანსება ბიუჯეტის ხარჯების ზრდას ვერ აკავებს, ბიუროკრატები ფასების ფიქსირებას მიმართავენ. თავის მხრივ, კლინიკები პასუხობენ ხარჯების ხელოვნური ზრდით, პაციენტებისთვის ვირტუალური (უფრო მომგებიანი) დიაგნოზების დანიშვნით, მეტი პაციენტების სასწრაფოთი გაფორმებით, მათ შორის, უკვე საავადმყოფოში მისული პაციენტების. ხოლო, ყველაზე გავრცელებული რეაქციაა - სტაციონარში განთავსების პერიოდის გახანგრძლივება. ეს პრობლემა თან ახლავს საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემას (Frank, Lave, 1989; Ellis, McGuire, 1996, Joseph, 1972, Theurl, Winner, 2007), რის გამოც სამედიცინო მომსახურების ხელოვნურ ზრდასთან ერთად შედარებით უფრო დაბალი ფასების პირობებში მოთხოვნის სიდიდეც იზრდება, რაც საერთო ჯამში ბიუჯეტის დეფიციტს უფრო მეტად ზრდის და ინდუსტრიაში ჩართული ყველა მხარის მოტივებს ამახინჯებს. ვინაიდან ეს პროცესი უსასრულოდ ვერ გაგრძელდება, ყველა ქვეყანაში პოლიტიკოსები აღნიშნულ გამოწვევას ახალი რეგულაციებით პასუხობენ. ეს კი, პირველ რიგში, პირდაპირი თუ ირიბი კვოტირების დაწესებაა, როცა მომსახურების მიწოდება იზღუდება.¹⁵ თუმცა პოლიტიკოსების ყველაზე გავრცელებული რეაქცია იყო დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) სისტემის დანერგვა (Schlockermann, 2018). იგულისხმებოდა, რომ DRG ერთდროულად, ხარჯების კონტროლის ზრდას და ხელმისაწვდომობის შემცირებას ხელს შეუწყობდა. პირველი ასეთი რეფორმა 1983 წელს აშშ-ში დაიწყო. ამ სისტემის პირობებში არა ცალკეული მკურნალობის ელემენტზე დგინდება ფასები, არამედ კონკრეტული დაავადების მკურნალობის სრულ მოცულობაზე. თეორიულად, ასეთმა მიდგომამ ექიმებს და კლინიკების მენეჯმენტს უნდა გაუქროს დამატებითი მკურნალობის დანიშვნის მოტივი (რადგან ეს უკვე არ იქნება ანაზღაურებადი), რაც თავის მხრივ, ხარჯების შემცირებას თუ - არა, მათი ზრდის ტემპის შემცირებას შეუწყობდა ხელს.

თუმცა, ბოლო 30 წლის მანძილზე ჩატარებულ კვლევებზე დაყრდნობით, შეიძლება ითქვას, რომ ამ რეფორმამაც ვერ შეამცირა პრობლემის მასშტაბი და მხოლოდ კლინიკების ადაპტაციის მექანიზმები გაართულა. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ - ხარჯების ზრდა არ შემცირდა, რეგულირება გართულდა, ხოლო

¹⁵ აღსანიშნავია, რომ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წარმომადგენლების მიერ არაერთხელ გაქვეყნებული „სელექტიური კონტრაქტირების“ გეგმები და საპილოტე გადაწყვეტილების მიღება ამ მიმართულებით გადადგმული ნაბიჯებია.

კლინიკების მენეჯმენტისა და ექიმების ოპორტუნიტული ქცევა არ გაქრა. მიუხედავად იმისა, რომ პრაქტიკაში შეიძლება ბევრი განსხვავებული მეთოდი არსებობდეს იმის შესახებ, თუ როგორ შეუძლიათ კლინიკების მენეჯერებს „მოატყუონ“ რეგულაციების სისტემა, კვლევების საშუალებით გამოვლენილი იქნა ოთხი ძირითადი „მეთოდი“:

- 1. სერვისის ხარისხის შემცირება** - კლინიკები ცდილობენ მოახდინონ ხარჯების მინიმიზაცია (და ამით გაზარდონ მოგება კონკრეტული DRG-კატეგორიის მკურნალობის დროს), რაც იწვევს მკურნალობის ინტენსიურობის ან ხარისხის შემცირებას (Paddock et al., 2007).
- 2. დისკრიმინაცია** - თუ ჩნდება ასეთი შესაძლებლობა, კლინიკები ცდილობენ უმკურნალონ უფრო „მომგებიან“ პაციენტებს (Ellis, 1998).
- 3. მანიპულაცია DRG-ის კოდებით** - კლინიკები ცდილობენ ზღვრულ სიტუაციებში ერთი და იგივე პაციენტის დაავადება უფრო მაღალანაზღაურებად ჯგუფში გადაიყვანონ. ასეთი მიდგომით, მაგალითად, აშშ-ს კლინიკები ყოველწლიურად დამატებით ასობით მილიონი დოლარის მოგებას იღებენ (Dafny, 2005). ცალკეულ შემთხვევაში კი მსგავსი მანიპულაციები ღია კრიმინალურ ქცევად გარდაიქმნება, როგორც კალიფორნიის ერთერთ კლინიკაში მოხდა, სადაც მასობრივად ტარდებოდა ოპერაციები სამედიცინო საჭიროების გარეშე (Eichenwald, 2003).
- 4. ფოკუსირება შედარებით მომგებიან დაავადებებზე** - აშშ-ში ორი ცალკეული დაავადების მკურნალობის ფასი 32% - 32% -ით გაიზარდა, ხოლო იმ ადამიანთა რაოდენობა, რომლებსაც ეს მკურნალობის ეს მეთოდი დაუნიშნეს, ასევე, 76% და 152%-ით გაიზარდა (ეს სერვისი მართლა იყო მიწოდებული, რადგან არ შეიცვალა არც მკურნალობის ინტენსიურობა, არც ხანგრძლივობა) (Parkinson et al., 2019). უფრო კონკრეტულად რომ ვთქვათ, კლინიკები იწყებენ ისეთ დაავადებების მკურნალობაზე ფოკუსირებას, რომლებიც მათთვის მეტად მომგებიანია, ხოლო სხვა ტიპის მომსახურება ან არ მიეწოდება, ან მიწოდება შეზღუდული მოცულობით ხდება (Ellis, McGuire, 1996, Gilman, 2000, Liang, 2015).

განსაკუთრებულ ყურადღებას ითხოვს ჰოსპიტალიზაციის პრობლემა, რადგან ისეთ პირობებში, როცა კლინიკებს გაწეულ „დამატებით“ მომსახურების ხარჯებს მთავრობა უნაზღაურებს, ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის ზრდა მოგების ზრდის ყველაზე მარტივი საშუალებაა. კლინიკების მენეჯმენტის ამგვარი ოპორტუნიტული ქცევა ჯერ კიდევ 1970-იან წლებში იყო იდენტიფიცირებული (Joseph, 1972) და დღემდე რჩება ერთ-ერთ პრობლემად ბევრ ქვეყანაში (Englum et al., 2016). ამიტომ არ არის

მოულოდნელი, რომ DRG-ის დანერგვის პროცესში, თითქმის ყველა რეგულატორი ჰოსპიტალიზაციის პერიოდის შეზღუდვამდე მივიდა.

შედეგად მოკლევადიან პერიოდში DRG-ის სისტემის ფარგლებში ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის რეგულირებას ამ პრობლემის სიმძაფრის შემცირება მოყვა (Ellis, McGuire, 1996, Tsai et al., 2005). თუმცა, ეს მხოლოდ დროებითი შედეგი აღმოჩნდა. მაგალითად, ცალკეულ შემთხვევებში, ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის საშუალო მაჩვენებლის შემცირება მიღწეული იქნა, მოკლევადიანი ჰოსპიტალიზაციის ზრდის შედეგად, როცა კლინიკები არ ტოვებენ ზედმეტად დიდი ხნით პაციენტებს სტაციონარში, მაგრამ ცდილობენ გაზარდონ მოკლევადიანი ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევები (Norton et al., 2002). ბელგიაში ასეთ რეგულირებას ერთდღიანი ჰოსპიტალიზაციის 42%-იანი ზრდა მოჰყვა (Perelman, 2007). სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, როცა რეგულაციის მიზანი ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობის შემცირება გახდა, ეს მიზანი მოკლევადიანი ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობის ზრდით იყო მიღწეული, რამაც არც ეფექტიანობა გაზარდა და არც დანახარჯები შეამცირა. ამდენად, ყველაზე მეტი, რაც DRG-ის სისტემის დანერგვამ შესაძლოა მოიტანოს ესაა, მოკლევადიან პერიოდში შეამციროს ოპორტუნისტული ქცევა და გრძელვადიან პერიოდში წარმოშვას უფრო სერიოზული და რთულად მართვადი პრობლემები (Perelman, 2007).

3. ჰოსპიტალიზაცია საყოველთაო ჯანდაცვის პირობებში: სტატისტიკური ანალიზი

როგორც აღვნიშნეთ, ჰოსპიტალიზაციის ხელოვნურად გახანგრძლივება კლინიკების მენეჯმენტის ოპორტუნიტული ქცევის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული მაგალითია. თავის მხრივ, კლინიკების მენეჯმენტის მოტივების გათვალისწინება ჯანდაცვის სისტემის ნებისმიერი წარმატებული რეფორმის წინაპირობაა, ამიტომ კრიტიკულად მნიშვნელოვანია დავინახოთ თუ რამდენად აქტუალურია ეს პრობლემა საქართველოსთვის. ეს, ერთი მხრივ, დაგეგმილი რეფორმის შედეგების პროგნოზირების საშუალებას მოგვცემს, ხოლო მეორე მხრივ, ჯანდაცვის სფეროს განვითარების ალტერნატიული გზების იდენტიფიცირებაში დაგვეხმარება.

ამ მიზნის მისაღწევად საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ მოწოდებულ მონაცემებზე¹⁶ დაყრდნობით ჩავატარეთ კვლევა, რათა შევაფასოთ კლინიკების მენეჯმენტის მხრიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ოპორტუნიტულად გამოყენება. მეთოდოლოგიურად ჩვენი კვლევა დიდწილად იმეორებს 2016 წელს აშშ-ში ჩატარებულ კვლევას (Englum et al., 2016). აღნიშნულ კვლევაში ავტორთა ჯგუფმა 884 493 პაციენტის ისტორიის ანალიზის შემდეგ დაადგინა, რომ, საშუალოდ, კერძო კომპანიებში დაზღვეული პაციენტები 0.3 დღით უფრო დიდ ხანს ჩერდებოდნენ სტაციონარში, ვიდრე პაციენტები დაზღვევის გარეშე. ხოლო პაციენტები, რომლებიც სოციალური დაზღვევით სარგებლობდნენ, მათი სტაციონარში ყოფნის პერიოდი 0,9 დღით მეტი იყო.

3.1 მონაცემები, მეთოდოლოგია და კვლევის ჰიპოთეზა

ჩვენ მიერ შესწავლილ იქნა 537 909 ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევა, დარეგისტრირებული საქართველოში 2018-2019 წლებში, საიდანაც ჩვენი კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე, შევარჩიეთ 126 248 შემთხვევა. კვლევისათვის პირველ რიგში, არჩეული იყო 20-59 წლის ასაკობრივი ჯგუფი, რადგან საყოველთაო

¹⁶ მონაცემები იყო მოწოდებული „საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს“ მხრიდან საქართველოს უნივერსიტეტის და სამინისტროს შორის გაფორმებული მემორანდუმის ფარგლებში.

ჯანდაცვის პროგრამა ყველა ასაკის პენსიონერის სამედიცინო ხარჯებს ფარავს.¹⁷ შერჩევა მოიცავს მხოლოდ გადაუდებელ შემთხვევებს (გამოირიცხა გეგმიური). ასევე გამოირიცხა სხვა დაწესებულებაში გადაყვანილი, გარდაცვლილი და მკურნალობა შეწყვეტილი პაციენტები. შერჩევის კიდევ ერთი კრიტერიუმი უშუალოდ ხანგრძლივობის პერიოდი იყო. კერძოდ, შერჩევა მოიცავს ისეთ შემთხვევებს, სადაც ჰოსპიტალიზაციის პერიოდი 60 დღემდე ნაკლებია.

ბოლოს კი ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკატორის (ICD-10) მიხედვით, გამოირიცხა შემდეგი დაავადებებით მიმართვები:

- ზოგიერთი ინფექციური და პარაზიტული დაავადებები (A00-B99);
- ავადობისა და სიკვდილიანობის გარე მიზეზები (V01-Y98);
- ფაქტორები, რომლებიც მოქმედებს ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე და დაკავშირებულია სამედიცინო სამსახურთან (Z00-U85);
- პერინატალურ პერიოდში განვითარებული ზოგიერთი მდგომარეობები (P00 - P96);
- ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები (F00-F99).

ზემოთ მოყვანილ პირველ სამ ჯგუფში კლასიფიცირებული დაავადებების შემთხვევაში განუზღვრელობა არ არსებობს და ინფორმაციის ასიმეტრიულობა ნაკლებია, რადგან რთულად წარმოსადგენია, მაგალითად, რომ პაციენტს აივ ინფექცია და ტუბერკულოზი ჩაეწეროს, დამატებითი დიაგნოსტიკის მისაღებად. პედიატრიული შემთხვევები ეხება ჩვენ მიერ გამორიცხულ ასაკობრივ ჯგუფს. ხოლო ფსიქიატრიული მომსახურების საჭიროების მქონე დიაგნოზების ჯგუფი გამოირიცხა, რადგან ის გრძელვადიან სტაციონარულ მომსახურებას ითხოვს. სულ, გამორიცხულ ჯგუფებზე შემთხვევების 10,56% მოდიოდა.

საბოლოო ჯამში შერჩევის მოცულობამ 126 248 შემთხვევა შეადგინა, სადაც 45 161 შემთხვევა (35,77%) კერძო პირის/ორგანიზაციის მიერ დაფინანსდა, ხოლო 81 087 შემთხვევა (64,23%) - საჯარო (საყოველთაო ჯანდაცვა და ბიუჯეტის სხვა პროგრამები).

¹⁷ ქალების შემთხვევაში საპენსიო ასაკი 60 წელია, კაცების შემთხვევაში 65 წელი. თუმცა, 60-64 წლის ასაკობრივ კატეგორიიდან კაცების შერჩევაში მონაწილეობა გაუმართლებელი იქნებოდა.

უფრო ზუსტი შედეგების მისაღებად, შემდეგ ეტაპზე ICD-10 კლასიფიკატორის მიხედვით, მოხდა ამ ერთობლიობის 16 კლასის ცალ-ცალკე ჯგუფებად განაწილება და შესწავლა (იხ. ცხრილი 1).

ცხრილი 1 კლასების მიხედვით შემთხვევათა რაოდენობის განაწილება და დაფინანსების წყარო, 2018-2019 წლები

კლასი (ICD-10)	განმარტება	რაოდენობა (სულ)	საჯარო დაფინანსების შემთხვევის წილი (%)	კერძო დაფინანსების შემთხვევის წილი (%)
2	სიმსივნეები	1417	52,93	47,07
3	სისხლისა და სისხლმზადი ორგანოების დაავადებები და იმუნური მექანიზმით მიმდინარე ზოგიერთი დარღვევები	1417	72,05	27,95
4	ენდოკრინული სისტემის, კვლევისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით გამოვლენილი დაავადებები	809	70,46	29,54
6	ნერვული სისტემის დაავადებები	7003	71,01	28,99
7	თვალისა და მისი დანამატების ავადმყოფობები	142	73,24	26,76
8	ყურისა და ღვრილისებრი მორჩის დაავადებები	15	13,33	86,67
9	სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	17798	65,22	34,78
10	სასუნთქი სისტემის დაავადებები	15421	69,76	30,24
11	საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები	14999	65,99	34,01
12	კანისა და კანქვეშა ქსოვილების დაავადებები	1856	57,11	42,89
13	ქვალ-კუნთოვანი სისტემის და შემადგენელი ქსოვილების დაავადებები	592	42,57	57,43
14	შარდ-სასქესო სისტემის დაავადებები	6949	58,31	41,69
15	ორსულობა, მშობიარობა და ლოგინობის ხანა	38416	61,03	38,97
17	თანდაყოლილი მანკები, დეფორმაციები და ქრომოსომული დარღვევები	35	42,86	57,14
18	სიმპტომები, ნიშნები და ნორმიდან გადახრილი კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემები, რომლებიც არ არის შეტანილი სხვა კლასიფიკაციებში	4100	63,20	36,80
19	დაზიანება, მოწამვლა და გარე მიზეზების ზემოქმედებები	15279	65,38	34,62

ამ მონაცემებზე დაყრდნობით ჩამოვყალიბეთ შემდეგი საკვლევი ჰიპოთეზა:

$H_a: \mu_{private} < \mu_{public}$ - სტაციონალური მომსახურებისას საჯარო დაფინანსების (საბიუჯეტო პროგრამები) პირობებში პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა მეტია, ვიდრე კერძო (პირები/ორგანიზაციები) დაფინანსების პირობებში.

შესაბამისად, ნულოვანი ჰიპოთეზა იქნება საპირისპირო:

$H_0: \mu_{private} \geq \mu_{public}$ - სტაციონალური მომსახურებისას საჯარო დაფინანსების (საბიუჯეტო პროგრამები) პირობებში პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა ნაკლებია ან ტოლი, ვიდრე კერძო (პირები/ორგანიზაციები) დაფინანსების პირობებში.

პარამეტრების შეფასებისთვის წერტილოვანი და ინტერვალური შეფასების მეთოდი ავარჩიეთ, ვინაიდან გავზარდოთ შეფასების სანდოობა. ამ უკანასკნელისთვის კი გამოყენებულია 95%-იანი ცდომილების ზღვარი.

ჩვენი კვლევის მიზანია ორი შერჩევის საშუალოს შორის განსხვავების სტატისტიკური მნიშვნელობის დადგენა ($\alpha = .001; .05$), რაც საშუალებას მოგვცემს შერჩევის სტატისტიკებზე დაყრდნობით შევაფასოთ კერძო და საჯარო ჯგუფების პარამეტრებს (ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა) შორის განსხვავება. ამ მიზნით, ჩვენ მიერ გამოყენებულ იქნა ორი შერჩევის საშუალოებს შორის განსხვავების t კრიტერიუმი.

3.2 კვლევის შედეგი

მონაცემთა სტატისტიკურმა ანალიზმა გვაჩვენა (დეტალური მონაცემებისთვის იხილეთ ცხრილი 2 და დანართი), რომ ორივე (კერძო, საჯარო) ჯგუფის შემთხვევაში პაციენტის სტაციონარში ყოფნის საშუალო ხანგრძლივობა 3,7 დღეა (CI 95%; [3,66-3,69]), სადაც კერძო დაფინანსების პირობებში ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში საშუალო მაჩვენებელი 3,51 დღე (CI 95%; [3,48-3,54]), ხოლო საჯარო დაფინანსების პირობებში კი - საშუალოდ 3.77 დღე (CI 95%; [3,74-3,79]). ორივე ჯგუფის ჰოსპიტალიზაციის საშუალო მაჩვენებელს შორის სხვაობა 0.26 დღეა (CI 95%; [0,22-0,30]), რაც სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებაა ($t_{მიღებული} = -12,58; P < .05$). აღნიშნული აჩვენებს, რომ საჯარო დაფინანსების პირობებში პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა უფრო მეტია, ვიდრე კერძო დაფინანსების შემთხვევაში. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, მაშინ, როცა პაციენტის სამედიცინო მომსახურების ხარჯები საბიუჯეტო პროგრამებიდან ფინანსდება, ჰოსპიტალიზაციის პერიოდი უფრო მეტია, ვიდრე მაშინ, როცა ხარჯები ჯიბიდან ან კერძო სადაზღვევო კომპანიის მიერ ანაზღაურდება.

ამდენად, კვლევის შედეგები გვაძლევს შესაძლებლობას ვამტკიცოთ, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ოპორტუნისტულად გამოყენება საქართველოშიც გავრცელებული პრაქტიკაა, რაც პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის

გახანგრძლივებაში ვლინდება. მიღებული შედეგები თანხვედრაშია 2016 წელს აშშ-ში ჩატარებული კვლევის შედეგებთან (Englum et al., 2016).

ასევე, ჩვენ მიერ შესწავლილი იქნა ცალკეული დიაგნოზთა ჯგუფები. ყველაზე მაღალი ხვედრითი წილი ორსულობა, მშობიარობა და ლოგინობის ხანის ჯგუფია (30,43%), სადაც დაფინანსების მიხედვით, პაციენტების ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობას შორის სხვაობაც ყველაზე მეტი, საშუალოდ 0,41 დღეა (CI 95%; [0,37 - 0.45]), რაც სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი განსხვავებაა ($t_{\text{მიღებული}} = -20.83$; $P < .05$). მსგავსი შედეგებია კიდე ოთხ კატეგორიებში:

- 1) სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები (ICD კლასი - 9);
- 2) შარდ-სასქესო სისტემის დაავადებები (ICD კლასი - 14);
- 3) სიმპტომები, ნიშნები და ნორმიდან გადახრილი კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემები, რომლებიც არ არის შეტანილი სხვა კლასიფიკაციებში (ICD კლასი - 18);
- 4) კანისა და კანქვეშა ქსოვილების დაავადებები (ICD კლასი - 12).

ცხრილი 2: 2018-2019 წლების ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევების სტატისტიკური ანალიზის შედეგები

ICD-10	კერძო			საჯარო			კერძო-საჯარო			
	N	M	CI 95%	N	M	CI 95%	სხვაობა	CI 95%	t	P
სულ	45161	3.51	3,48 : 3,54	81087	3.77	3,74 : 3,79	-0.26	-0,30 : -0,22	-12.58	.000**
კლასი -15	14971	2.97	2,93 : 3,00	23445	3.37	3,36 : 3,39	-0.41	-0,45 : -0,37	-20.83	.000**
კლასი - 9	6191	3.44	3,34 : 3,54	11607	3.78	3,72 : 3,85	-0.35	-0,47 : -0,23	-5.59	.000**
კლასი - 10	4664	5.45	5,33 : 5,58	10757	5.32	5,25 : 5,39	0.14	-0,01 : 0,28	1.82	.966
კლასი - 19	5289	3.18	3,06 : 3,30	9990	3.00	2,93 : 3,07	0.18	0,04 : 0,32	2.50	.997
კლასი -11	5101	3.93	3,83 : 4,02	9898	3.93	3,87 : 3,99	0.00	-0,12 : 0,11	-0.05	.482
კლასი - 6	2030	3.95	3,76 : 4,14	4973	3.72	3,64 : 3,80	0.23	0,03 : 0,44	2.24	.987
კლასი - 14	2897	2.97	2,84 : 3,10	4052	3.57	3,47 : 3,67	-0.60	-0,76 : -0,44	-7.21	.000**
კლასი - 18	1509	2.71	2,52 : 2,91	2591	3.05	2,92 : 3,18	-0.34	-0,57 : - 0,10	-2.80	.003*
კლასი - 12	796	3.17	2,92 : 3,41	1060	3.43	3,28 : 3,57	-0.26	-0,55 : 0,02	-1.76	.036*
კლასი -2	667	4.91	4,51 : 5,31	750	5.27	4,95 : 5,59	-0.36	-0,88 : 0,15	-1.39	.083
კლასი -3	396	4.26	3,85 : 4,66	1021	4.30	4,10 : 4,51	-0.05	-0,50 : 0,40	-0.22	.414
კლასი - 4	239	3.95	3,56 : 4,33	570	3.98	3,71 : 4,24	-0.03	-0,50 : 0,44	-0.13	.451
კლასი - 13	340	3.55	3,20 : 3,91	252	3.90	3,63 : 4,17	-0.35	-0,79 : 0,10	-1.54	.062
** $P \leq .001$ დონეზე უარყოფილია ნულოვანი ჰიპოთეზა * $P \leq .05$ დონეზე უარყოფილია ნულოვანი ჰიპოთეზა <u>წარმოდგენილი არ არის დანარჩენი სამი კლასი, რადგან შერჩევის რაოდენობა მცირეა, $n < 50$.</u>										

ჯამურად ამ 5 ჯგუფზე მოდის განხილული შემთხვევების დაახლოებით 54,5%, ხოლო სხვა დანარჩენიდან, უმეტეს შემთხვევაში, დაფინანსების მიხედვით, ჯგუფებს შორის ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის სხვაობა სტატისტიკურად მნიშვნელოვანი არ არის.

ამდენად, ნულოვანი ჰიპოთეზა უარყოფითი იყო, რაც ნიშნავს, რომ საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში ჰოსპიტალიზაციის ხელოვნურად გახანგრძლივებას სისტემური ხასიათი აქვს და მთავრობის ბიუჯეტის ხარჯზე კლინიკების მოგების ზრდის მნიშვნელოვან წყაროს წარმოადგენს.

4. ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების გზა: რეკომენდაციები

ჯერ კიდევ კ. ეროუსთან 1960-იანი წლების დისკუსიის დროს, პაულიმ (Pauly, 1968) აღნიშნა, რომ როცა მთავრობა „უფასო“ მკურნალობის შესაძლებლობას აჩენს, არ არის გასაკვირი თუ პაციენტი უფრო მეტ მომსახურებაზე წარადგენს მოთხოვნას. იგივე შეიძლება ითქვას ექიმებზე და კლინიკების მენეჯერებზე. ეს დასტურდება ბევრი ქვეყნის მაგალითზე და ჩვენ დამატებით დავადასტურეთ ზემოთ მოყვანილი კვლევით. სხვა სიტყვებით, ჩვენი კვლევის მთავარი მიგნებაა, რომ საქართველოში არაფერი სპეციფიკური და არანორმალური არ ხდება, ხოლო ჩვენი მოქალაქეების რეაქცია მთავრობის გადაწყვეტილებებზე სრულიად ნორმალური და მოსალოდნელი იყო. აქედან გამომდინარე, მოსალოდნელია, რომ საქართველოში სხვა რეფორმებზეც სხვა ქვეყნებში არსებულის მსგავსი რეაქცია იქნება. კონკრეტულად, ნებისმიერი სხვა ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის გადმოღების შედეგად, ყველაზე მეტი, რაც შეიძლება მოხდეს, შემცირდეს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტის ზრდის ტემპი, მაგრამ გრძელვადიან პერიოდში სიტუაცია კიდევ უფრო დამძიმდება, ხოლო საბიუჯეტო რესურსების გამოყენების ტემპი არ შენეულდება.

520-ე დადგენილებით დაწყებულ რეფორმის მორიგ ტალღას კლინიკები ხარჯების ხელოვნური ზრდით უპასუხებენ, მაგალითად, პაციენტების ვირტუალური (უფრო მომგებიანი) დიაგნოზების დანიშვნით, მეტი პაციენტების გადაუდებელი შემთხვევის კატეგორიაში გაფორმებით და ა.შ. ასეთ შემთხვევას, სავარაუდოდ, მთავრობა ახალი რეგულაციების დაწესებით უპასუხებს. მაგალითად, DRG-ს სისტემის დანერგვით. თუმცა, გრძელვადიან პერიოდში ვერც ეს მოაგვარებს პრობლემებს, მაგრამ გაართულებს ამ სფეროს რეგულირებას და ეფექტიანობასა და სამედიცინო სერვისის ხარისხს შეამცირებს.

შეიძლება ბიუროკრატებმა რაღაც ეტაპზე კიდევ უფრო მეტი რეგულირების გზა აირჩიონ და ავსტრალიის, სავარაუდოდ ყველაზე დეტალური, რეგულაციები (Heslop, 2019) გადმოაკოპირონ, მაგრამ არც ეს იქნება გამოსავალი, რადგან დღევანდელი მდგომარეობით, არცერთ ქვეყანაში არ შექმნილა ისეთი ჯანდაცვის სისტემა, რომელიც გამართულად მუშაობდა ან მუშაობს. თავის მხრივ, გამართულ მუშაობაში იგულისხმება ისეთი სისტემის არსებობა, რომელიც მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებას აწვდის და ამცირებს ოპორტუნიტული ქცევის სტიმულებს. ამგვარი სისტემის არარსებობა სავსებით ბუნებრივია, რაც 50 წლის წინ პაულის მიერ იქნა ნაწინასწარმეტყველები, როცა საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემების დანერგვა გააქტიურდა, რადგან თეორიულად შეუძლებელია, რომ ერთიანი სადაზღვევო

სისტემა (რა ფორმითაც არ უნდა იყოს ის რეალიზებული) ოპტიმალური იყოს ყველა ინდივიდისთვის (Pauly, 1968), ხოლო იდეალური სიტუაცია გულისხმობს ისეთ მდგომარეობას, როცა ადამიანი თვითონ, საკუთარი ნება-სურვილის მიხედვით ხარჯავს საკუთარ ფულს და საკუთარი მიზნებისა და სურვილების შესაბამისად ირჩევს მკურნალობის დაფინანსების განსხვავებულ საშუალებებს. ხოლო ქმედებები და გადაწყვეტილებები, რომლებიც იდეალური სისტემისგან დაგვაშორებს, წარმოშობს ისეთ პრობლემებს, რომელთა სიმძიმე პირდაპირპროპორციულია რეგულაციების და შეზღუდვების რაოდენობასთან. აქედან გამომდინარე, ჯანდაცვის სისტემაში არსებული პრობლემების მოგვარების საშუალება ვერ იქნება სისტემის უფრო მეტად რეგულირება.

უფრო მეტიც, საქართველო ღარიბი და განვითარებადი ქვეყანაა, რაც პირველ რიგში კვალიფიციური ადამიანური რესურსების სიმწირეშიც გამოიხატება. ამდენად, ტექნიკურად, ის რაც შესაძლებელია განვითარებულ ქვეყნებში დაინერგოს, შეუძლებელია ჩვენთან. მაგალითად, თუ მთავრობა პოლიტიკურ დონეზე გადაწყვეტს რთული რეგულაციების დაწესებას (DRG-ს სისტემა და სხვა), აღნიშნულის განხორციელება ითხოვს მაღალკვალიფიციური ადამიანური რესურსის არსებობას. ვინაიდან ამ ტიპის სისტემის ფუნქციონირება არ გულისხმობს ცალკეულ ჯგუფებზე მხოლოდ ერთხელ ფასების დადგენას, არამედ საჭიროებს ყოველდღიურ რეჟიმში ანალიზს და სისტემის ფუნქციონირების უზრუნველყოფას. თუ გავითვალისწინებთ, რა პრობლემები დადგა ბევრად მარტივი რეფორმის განხორციელების დროს (იგულისხმება მთავრობის 520-ე დადგენილება), DRG-ის სისტემის დანერგვამ გაცილებით დიდ ნეგატიურ შედეგამდე შეიძლება მიგვიყვანოს.

აგრეთვე, ლიტერატურაში კარგად შესწავლილია რისკი - ინსტიტუტების დაპყრობა, როცა ბიზნესმენები იყენებენ მთავრობის ინიციატივებს და ისეთ რეფორმებს უჭერენ მხარს, რაც დაეხმარებათ არსებული და მომავალი კონკურენტების ჩამოშორებაში (Stigler, 1961). უკვე ნახსენები სელექტიური კონტრაქტირება მარტივად შეიძლება იყოს მორგებული ბაზრის რამდენიმე მსხვილ მოთამაშეზე, რაც დაბლოკავს მცირე კლინიკების პროგრამაში მონაწილეობას. იგივე, მოსალოდნელია, თუ პროგრამაში მოხდება სადაზღვევო კომპანიების ჩართვა, რადგან რეფორმების მიმართ ლოიალური ბიზნესმენები უფრო დიდი ალბათობით მოახვევენ მთავრობას მათთვის სასურველი თამაშის წესების დადგენას. ეს, ფაქტობრივად, ნებისმიერი მსგავსი რეფორმის გარდაუვალი შედეგია, რადგან როგორც პაციენტები, კლინიკების მენეჯმენტი და ექიმები თავიანთი ინტერესებისთვის იყენებენ მთავრობის პოლიტიკურ გადაწყვეტილებებს, ასევე, ბიზნესმენები რეგულირების მექანიზმს აღიქვამენ ახალი ძალაუფლებისა და

მოგების ზრდის დამატებით წყაროდ, რასაც უნებლიედ თუ განზრახ მთავრობა უწყობს ხელს. თუკი დავუშვებთ, რომ ხელისუფლების წარმომადგენლებს გააჩნიათ პირდაპირი თუ ირიბი დაინტერესება კონკრეტულ ბიზნესის ლობირებაში, სახელმწიფო ინსტიტუტების დაკავება კიდევ უფრო მეტად მოსალოდნელია.¹⁸

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ საქართველოს მდგომარეობა შედარებით უკეთესია, ბევრი განვითარებული ქვეყნისგან განსხვავებით, სადაც მრავალმა რეგულირებამ რადიკალურად დაამახინჯა ჯანდაცვის სისტემაში ჩართული ადამიანების მოტივები. საქართველოში სულ რამდენიმე წელია, რაც სოციალისტური სისტემის პრინციპებზე დაფუძნებული მოდელის დანერგვის ექსპერიმენტი ტარდება. შესაბამისად, უფრო ადვილია უკან დახევა. კვლავ, რომ დავუბრუნდეთ პაულის ლოგიკას - თუ მართლა გვჭირდება გამოსავლის პოვნა, აუცილებელია, სისტემის დერეგულირების გზას დავადგეთ. ბევრი ალტერნატივა, კონკურენცია და ფასების თავისუფალი წარმოქმნა - გარანტიანია იმის, რომ ქვეყანაში არსებული მწირე რესურსები გადანაწილდება მათ სასარგებლოდ, ვინც ყველაზე მეტად საჭიროებს და არა მათ მხარეს, ვინც უფრო მნიშვნელოვან ელექტორალურ ჯგუფს წარმოადგენს ან ვინც უფრო კარგი ურთიერთობა დაამყარა გადაწყვეტილების მიმღებ პირებთან.

ამავდროულად, გასაგებია ის ფაქტორები, რაც პოლიტიკოსებს ზღუდავს საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის სრულ გაუქმებაში. თუმცა, ამ მოცემულობაშიც შესაძლებელია სისტემის ისე მოდიფიცირება, რომ პაციენტებს მეტი არჩევანი გაუჩნდეს, ადმინისტრირების ხარჯები შემცირდეს, დეფიციტი გაქრეს, ხოლო ექიმებს, კლინიკების მენეჯმენტს და სადაზღვევო კომპანიებს საბიუჯეტო რესურსების ხარჯზე მოგების ზრდის ნაკლები შესაძლებლობა დარჩეს. ასეთი სისტემაა მოსახლეობის ინდივიდუალური მიზნობრივი სუბსიდირება, როცა პირს ყოველი წლის დასაწყისში სპეციალურ ანგარიშზე ერიცხება თანხა, რომლის გამოყენება შეუძლია სადაზღვევო პოლისის შესაძენად ან პირდაპირ სამედიცინო მომსახურების მისაღებად.¹⁹ თუკი სუბსიდიით მოსარგებლე ერთი წლის განმავლობაში ამ თანხას არ აითვისებს, ის ავტომატურად მომდევნო წლის ტრანსფერს უნდა დაემატოს. ასეთი ტიპის დანაზოგი, ერთი მხრივ, გაზრდის პაციენტის დაინტერესებას მკურნალობის დროს რესურსების ეფექტიან გამოყენებაში, მეორე მხრივ კი, მისცემს შესაძლებლობას ფული მომავალი მკურნალობისთვის დააგროვოს. მაგალითად, არსებული სისტემის ფარგლებში,

¹⁸ მაგალითად, მმართველი პარტიის წევრებს შორის არაერთი ადამიანია, ვისაც ამ სფეროში აქვს ბიზნეს-ინტერესები და სრულიად მოსალოდნელია, რომ ისინი გამოიყენებენ თავის ადმინისტრაციულ და პოლიტიკურ რესურსს სასურველი გადაწყვეტილების მისაღებად.

¹⁹ ეს თანხა შიძლება დადგინდეს საყოველთაო ჯანდაცვის ბიუჯეტის მოცულობისა და ამ პროგრამაში ჩართული ადამიანების რაოდენობიდან გამომდინარე.

ახალგაზრდა და შედარებით ჯანმრთელი ადამიანი არ სარგებლობს სამედიცინო მომსახურებით და ფაქტობრივად ირიბად აფინანსებს დანარჩენი მოსახლეობის მკურნალობას. შემოთავაზებულ სისტემაში კი ის, ვინც არ იყენებს მთავრობის მხრიდან დარიცხულ თანხას, არ კარგავს მას და ინარჩუნებს მომავლისთვის, როცა დანახარჯები მკურნალობაზე გაიზრდება.

მნიშვნელოვანია, რომ საქართველოში წარსულში დანერგილ და მის ფარგლებს გარეთ არსებული საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემებისგან განსხვავებით, შემოთავაზებულ სისტემაში რესურსების ეფექტიანი ხარჯვის კონტროლი პაციენტის ხელშია, ანუ იმ ერთადერთი ადამიანის, რომელიც პირდაპირ დაინტერესებულია მკურნალობის ეფექტიანობის ზრდით.

და ბოლოს, ასეთი რეფორმა შესაძლებლობას მოგვცემს მაქსიმალურად მოვარგოთ ჯანდაცვის სისტემა ადამიანების ინტერესებს. მაგალითად, ახალგაზრდებისთვის დაზღვევის ყიდვა შეიძლება არ იყოს მომგებიანი და ისინი ფულის დაგროვებას აირჩევენ, ხოლო უფრო ასაკოვანი ადამიანები სადაზღვევოს მიმართავენ და ისეთ სადაზღვევო პაკეტს იყიდიან, რომელიც მათ სურვილებს მეტად შეესაბამება. ასეთი სისტემა ტექნიკურად მარტივია, ფაქტობრივად, იდენტურია თავისუფალი კონკურენციის პირობებისა და ამავდროულად, პოლიტიკურად მარტივად განხორციელებადია, რადგან პოპულისტურ პროგრამებში „ჯანდაცვის პრიორიტეტობასთან“ შესაბამისობაშია.

თუმცა, კიდევ უფრო მნიშვნელოვანია, რომ ნებისმიერი ახალი ცვლილების დაწყებამდე კრიტიკულად შევაფასოთ არსებული ალტერნატივები, რესურსები და შესაძლებლობები. ასეთი შემთხვევის დროს ცხადი გახდება, რომ საქართველოს მსგავს დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნაში სოციალისტური ეკონომიკის ელემენტების გადმოტანა დამღუპველია. ის ფაქტი, რომ უფრო მეტი რესურსებისა და მაღალი შემოსავლის მქონე ქვეყნები (დაწყებული აშშ-დან დამთავრებული ავსტრალიამდე) ჯანდაცვის სისტემაში არსებულ პრობლემებს ვერ უმკლავდებიან, ნიშანი უნდა იყოს საქართველოსთვის იმისა, რომ სხვა ქვეყნის სისტემის გადმოტანა ჩვენი პრობლემების მოგვარების საშუალება ვერ გახდება. და პირიქით, თუ არსებულ მდგომარეობას გონივრულად მივუდგებით, გაჩნდება შანსი მწირი რესურსები უფრო ეფექტიანად გამოვიყენოთ.

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. Arrow K.J. (1963) Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, The American Economic Review, Vol. 53, Issue 5, pp. 941-973
3. Arrow K.J. (1968) The Economics of Moral Hazard: Further Comment, The American Economic Review, Vol. 58, No. 3, Part 1, pp. 537-539
4. Chanturidze T., Ugulava T., Durán A., Ensor T., Richardson E. (2009) Georgia: Health system review. Health Systems in Transition, Vol. 11, No. 8 // [World Health Organization](#)
5. Dafny L.S. (2005) How do hospitals respond to price changes? The American Economic Review, Vol. 95, pp. 1525–1547
6. 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>
7. Eichenwald K. (2003) Operating Profits: Mining Medicare; How One Hospital Benefited on Questionable Operations, The New York Times, August 12, 2003, A1
8. 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.
9. Ellis R.P. (1998) Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins, Journal of Health Economics, Vol. 17, pp. 537–555
10. Ellis R.P., McGuire T.G. (1996) Hospital response to prospective payment: Moral hazard, selection, and practice-style effects, Journal of Health Economics, Vol. 15, pp. 257–277
11. Englum B.R., Hui X., Zogg C.K., Chaudhary M.A., Villegas C., Bolorunduro O.B., Stevens K.A., Haut E.R., Cornwell E.E., Efron D.T., Haider A.H. (2016) Association Between Insurance Status and Hospital Length of Stay Following Trauma, The American Surgeon, Vol. 82(3), pp. 281–288.
12. Frank R.G., Lave J.R. (1989) A comparison of hospital responses to reimbursement policies for Medicaid psychiatric patients, The Rand Journal of Economics, Vol. 20(4), pp. 588-600.
13. Gamkrelidze A., Atun R., Gotsadze G., MacLehose L. (2002) Health Care Systems in Transition: Georgia. European Observatory on Health Care Systems // [World Health Organization](#)
14. Gilman B.H. (2000) Hospital Response to DRG Refinements: The Impact of Multiple Reimbursement Incentives on Inpatient Length of Stay, Health Economics, Vol. 9(4), pp. 277–294
15. Gotsadze G., Bennett S., Ranson K., Gzirishvili D. (2005) Health care-seeking behaviour and out-of-pocket payments in Tbilisi, Health Policy and Planning, Vol. 20(4), pp. 232–242
16. Grignon M., Hurley J., Feeny D., Guindon E., Hackett C. (2018) Moral Hazard in Health Insurance, pp. 367-405

17. Heslop L. (2019) Activity-based funding for safety and quality: A policy discussion of issues and directions for nursing-focused health services outcomes research, *International Journal of Nursing Practice*, Vol. 25, Issue 5, <https://doi.org/10.1111/ijn.12775>
18. Johnston B.M., Burke S., Barry S., Normand C., Ní Fhallúin M., Thomas S. (2019) Private health expenditure in Ireland: Assessing the affordability of private financing of health care, *Health Policy* Volume 123, Issue 10, pp. 963-969
19. Joseph H. (1972) Hospital Insurance and Moral Hazard. *The Journal of Human Resources*, Vol. 7(2), pp. 152-161
20. Liang L. (2015) Do Diagnosis-Related Group-Based Payments Incentivise Hospitals to Adjust Output Mix? *Health Economics*, Vol. 24, pp. 454-469
21. Norton E.C., Van Houtven C.H., Lindrooth R.C., Normand S.T., Dickey B. (2002) Does prospective payment reduce inpatient length of stay? *Health Economics*, No. 11 pp. 377–387
22. OECD (2017) “Health expenditure per capita” in *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris
23. Ozieh M.N., Bishu K.G., Dismuke C.E., Egede L.E. (2019) Trends in Out-of-Pocket Burden in United States Adults with Kidney Disease: 2002–2011, *Medical Sciences*, Vol. 358, Issue 2, pp. 149-158
24. Paddock S.M., Escarce J.J., Hayden O., Buntin M.B. (2007) Did the Medicare Inpatient Rehabilitation Facility Prospective Payment System Result in Changes in Relative Patient Severity and Relative Resource Use? *Medical Care*, Volume 45, No. 2, pp. 123-130
25. Parkinson B., Meacock R., Sutton M. (2019) How do hospitals respond to price changes in emergency departments? *Health Economics*. No. 28, pp. 830–842
26. Pauly M.V. (1968) The Economics of Moral Hazard: Comment, *The American Economic Review*, Vol. 58, No. 3, Part 1, pp. 531-537
27. Perelman J., Closon M. (2007) Hospital response to prospective financing of in-patient days, *The Belgian case Health Policy* Vol. 84, pp. 200–209
28. Rice T., Quentin W., Anell A., Barnes A.J., Rosenau P., Unruh L.Y., van Ginneken E. (2018) Revisiting out-of-pocket requirements: trends in spending, financial access barriers and policy in ten high-income countries, *BMC Health Serv Res*, 18, 371
29. Richardson E., Berdzuli N. (2017) Georgia Health system review, *Health Systems in Transition*, Vol. 19 No. 4 // [World Health Organization](https://www.who.int/publications-detail/georgia-health-system-review)
30. Rukhadze T. (2013) An overview of the health care system in Georgia: expert recommendations in the context of predictive, preventive and personalised medicine, *The EPMA journal*, 4:8
31. Schlockermann J. (2018) Do Provider Incentives Always Affect Health Care Costs? New Evidence From Germany // [World Health Organization](https://www.who.int/publications-detail/georgia-health-system-review)

32. Shengelia 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*, Vol. 13(5), pp. 349-356
33. Stigler G. (1961) The Theory of Economic Regulation // *The Bell Journal of Economics and Management Science*, Vol. 2, No. 1
34. Tan C., Dolidze M. (2017) Georgia - Public expenditure review: building a sustainable future, [World Bank Group](#)
35. Theurl E., Winner H. (2007) The impact of hospital financing on the length of stay: Evidence from Austria *Health Policy*, Vol. 82, pp. 375–389
36. Tsai Y., Chuang Y., Huang W., See L., Yang C., Chen P. (2005) The Effect Of Changing Reimbursement Policies On Quality Of In-Patient Care, From Fee-For-Service To Prospective Payment, *International Journal For Quality In Health Care*, Vol. 17, No. 5, pp. 421–426
37. Verulava T., Demuria M. (2015) Evaluation of Patient Satisfaction with Universal Healthcare // <http://eprints.iliauni.edu.ge/id/eprint/2983>
38. Zhang, Y., Vanneste, J., Xu J., Jiaxin Xu, Liu X. (2019) Critical Illness Insurance to alleviate catastrophic health expenditures: new evidence from China, *International Journal of Health Economics and Management*, Vol. 19, pp. 193-212

დანართი. სტატისტიკური ანალიზის შედეგები

ცხრილი 1: 2018-2019 წლის შემთხვევათა რაოდენობაში ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის საშუალო პერიოდი (M), დაფინანსების წყაროს მიხედვით (დღე)

	N	%	M
კერძო	45 161	35,77	3,51
საჯარო	81 087	64,23	3,77
სულ	126 248	100,00	3,67

ცხრილი 2: 2018-2019 წლების ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევათა რაოდენობის განაწილება საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკატორის (ICD-10) და დაფინანსების წყაროს მიხედვით (შემთხვევა, %)

ICD-10		კერძო		საჯარო		სულ	
კლასი	განმარტება	N	%	N	%	N	%
2	სიმსივნეები	667	47,07	750	52,93	1417	1,12
3	სისხლისა და სისხლმზადი ორგანოების დაავადებები და იმუნური მექანიზმით მიმდინარე ზოგიერთი დარღვევები	396	27,95	1021	72,05	1417	1,12
4	ენდოკრინული სისტემის, კვლევებისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით გამოვლენილი დაავადებები	239	29,54	570	70,46	809	0,64
6	ნერვული სისტემის დაავადებები	2030	28,99	4973	71,01	7003	5,55
7	თვალისა და მისი დანამატების ავადმყოფობები	38	26,76	104	73,24	142	0,11
8	ყურისა და ღვრილისებრი მორჩის დაავადებები	13	86,67	2	13,33	15	0,01
9	სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	6191	34,78	11607	65,22	17798	14,10
10	სასუნთქი სისტემის დაავადებები	4664	30,24	10757	69,76	15421	12,21

ცხრილი 2 (გაგრძელება)

11	საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები	5101	34,01	9898	65,99	14999	11,88
12	კანისა და კანქვეშა ქსოვილების დაავადებები	796	42,89	1060	57,11	1856	1,47
13	ძვალ - კუნთოვანი სისტემის და შემადგენელი ქსოვილების დაავადებები	340	57,43	252	42,57	592	0,47
14	მარდ - სასქესო სისტემის დაავადებები	2897	41,69	4052	58,31	6949	5,50
15	ორსულობა, მშობიარობა და ლოგინობის ხანა	14971	38,97	23445	61,03	38416	30,43
17	თანდაყოლილი მანკები, დეფორმაციები და ქრომოსომული დარღვევები	20	57,14	15	42,86	35	0,03
18	სიმპტომები, ნიშნები და ნორმიდან გადახრილი კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემები, რომლებიც არ არის შეტანილი სხვა კლასიფიკაციებში	1509	36,80	2591	63,20	4100	3,25
19	დაზიანება, მოწამვლა და გარე მიზეზების ზემოქმედებები	5289	34,62	9990	65,38	15279	12,10
	სულ	45161	35,77	81087	64,23	126248	100

ცხრილი 3: 2018-2019 წლის შემთხვევების ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის აღწერითი სტატისტიკები, საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკატორის (ICD-10) მიხედვით (დღე)

კლასი	განმარტება	N	M	S.E.	CI 95%	
					←	→
2	სიმსივნეები	1417	5,10	0,13	4,85	5,35
3	სისხლისა და სისხლმზავი ორგანოების დაავადებები და იმუნური მექანიზმით მიმდინარე ზოგიერთი დარღვევები	1417	4,29	0,09	4,11	4,47
4	ენდოკრინული სისტემის, კვლევისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით გამოვლენილი დაავადებები	809	3,97	0,11	3,75	4,19

ცხრილი 3 (გაგრძელება)

6	ნერვული სისტემის დაავადებები	7003	3,78	0,04	3,71	3,86
7	თვალისა და მისი დანამატების ავადმყოფობები	142	1,35	0,23	0,88	1,81
8	ყურისა და დვრილისებრი მორჩის დაავადებები	15	4,13	0,83	2,35	5,92
9	სისხლის მიმოქცევის სისტემის დაავადებები	17798	3,66	0,03	3,61	3,72
10	სასუნთქი სისტემის დაავადებები	15421	5,36	0,03	5,30	5,42
11	საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები	14999	3,93	0,03	3,88	3,98
12	კანისა და კანქვეშა ქსოვილების დაავადებები	1856	3,32	0,07	3,18	3,45
13	ძვალ - კუნთოვანი სისტემის და შემადგენელი ქსოვილების დაავადებები	592	3,70	0,12	3,47	3,94
14	შარდ - სასქესო სისტემის დაავადებები	6949	3,32	0,04	3,24	3,40
15	ორსულობა, მშობიარობა და ლოგინობის ხანა	38416	3,22	0,01	3,20	3,23
17	თანდაყოლილი მანკები, დეფორმაციები და ქრომოსომული დარღვევები	35	4,57	0,90	2,74	6,40
18	სიმპტომები, ნიშნები და ნორმიდან გადახრილი კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემები, რომლებიც არ არის შეტანილი სხვა კლასიფიკაციებში	4100	2,93	0,06	2,82	3,04
19	დაზიანება, მოწამვლა და გარე მიზეზების ზემოქმედებები	15279	3,06	0,03	3,00	3,12

ცხრილი 4: 2018-2019 წლის შემთხვევების ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის სტატისტიკური ანალიზის შედეგები, საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკატორის (ICD-10) მიხედვით (დღე)

ICD-10	Obs <i>private</i>	Obs <i>public</i>	Mean <i>private</i>	Mean <i>public</i>	Std. Dev. <i>private</i>	Std. Dev. <i>public</i>	[95% Conf. Int.] <i>private</i>		[95% Conf. Int.] <i>public</i>		mean <i>private-public</i>	Std. Err. <i>diff</i>	df	t	[Ha: diff < 0]Pr(T < t)
2	667	750	4.907046	5.270667	5.256518	4.506642	4.507402	5.306691	4.947614	5.593719	-.3636202	.2617356	1319.83	-1.3893	0.0825
3	396	1,021	4.255051	4.304603	4.081834	3.269927	3.851787	4.658314	4.103792	4.505415	-.0495528	.2292306	601.672	-0.2162	0.4145
4	239	570	3.945607	3.975439	3.036399	3.275208	3.558686	4.332527	3.705991	4.244886	-.0298319	.2395736	479.158	-0.1245	0.4505
6	2,03	4,973	3.949261	3.717072	4.310164	2.818559	3.761652	4.13687	3.638716	3.795428	.2321889	.1036772	2764.81	2.2395	0.9874
7	38	104	1.973684	1.115385	5.349851	.4685796	.2152318	3.732137	1.024258	1.206512	.8582996	.869076	37.2076	0.9876	0.8351
9	6,191	11,607	3.436278	3.782717	4.051139	3.711113	3.335346	3.537211	3.715197	3.850238	-.3464389	.0619472	11719.2	-5.5925	0.0000
10	4,664	10,757	5.454974	5.319234	4.492053	3.626144	5.326023	5.583926	5.250702	5.387766	.1357403	.0744903	7413.56	1.8223	0.9658
11	5,101	9,898	3.925701	3.928369	3.554032	3.057038	3.828147	4.023255	3.868137	3.988602	-.0026685	.0584841	9052.53	-0.0456	0.4818
12	796	1,06	3.165829	3.427358	3.533507	2.423797	2.919985	3.411673	3.281279	3.573438	-.2615293	.1456976	1331.28	-1.7950	0.0364
13	340	252	3.552941	3.900794	3.343663	2.150252	3.196257	3.909626	3.634024	4.167563	-.3478525	.2263408	579.272	-1.5369	0.0624
14	2,897	4,052	2.969279	3.570582	3.564145	3.230578	2.839438	3.099119	3.471082	3.670083	-.6013039	.0834302	5853.57	-7.2073	0.0000
15	14,971	23,445	2.965667	3.374835	2.087504	1.489913	2.932226	2.999108	3.355762	3.393907	-.4091678	.0196407	24629.1	-20.8326	0.0000
18	1,509	2,591	2.713718	3.049402	3.847415	3.439251	2.519441	2.907995	2.916912	3.181891	-.3356841	.1198947	2875.59	-2.7998	0.0026
19	5,289	9,99	3.178295	2.996997	4.567299	3.649279	3.055177	3.301412	2.925428	3.068566	.1812976	.0726439	8926.81	2.4957	0.9937
all	45,161	81,087	3.510064	3.765622	3.653758	3.083874	3.476365	3.543763	3.744396	3.786848	-.2555581	.0203198	81002.5	-12.5768	0.0000