მართული ჯანდაცვის სექტორის ორგანიზება საქართველოში

ლელა ინასარიძე
სტუ დოქტორანტი

რეზიუმე

გასული საუკუნის 20-იანი წლებში აშშ-ში შეიქმნა ჯანდაცვის „მართული სისტემა“, იგივე „სამედიცინო მომსახურების ინტეგრირებული სისტემა“. მისი ჩამოყალიბების აუცილებლობა იმავე ფაქტორებმა გამოიწვია, რომელი ფაქტორებიც ამჟამად არსებობენ საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში. ეს არის:

• ჯანდაცვის სისტემის ფრაგმენტაცია;
• სტრუქტურული დისპროპორცია;
• სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კოორდინაცის არარსებობა;
• პაციენტების მხრიდან ნდობის დაბალი ხარისხი;
• სახლმწიფოს ტვირთი ჯანდაცვის სექტორის დაფინანსებაში;

მართული ჯანდაცვა წარმოადგენს მართვითი, ორგანიზაციულ-ეკონომიკური და კლინიკური ღონისძიებების ერთობლიობას, რომლებიც მიმართულია სამედიცინო დახმარების მიწოდებისა და დაფინანსების სისტემის ფრაგმენტულობის დასაძლევად და სამედიცინო დაწესებულებების მთელი კომპლექსის უფრო მაღალი ხარჯთ-ეფექტურობით ფუნქციონირების უზრუნველსაყოფად. მართული ჯანდაცვა, სახელმწიფოს გარდა, კერძო სექტორის ჩართვას უზრუნველყოფს ჯანდაცვის სექტორის დაფინანსებაში. ასეთი ტიპის ორგანიზაციები ხელს უწყობენ კონკურენტუნრიანი გარემოს ჩამოყალიბებას და მაღალხარისხიანი სამედიცინო მომსახურეობის მიწოდებას.

საკვანძო სიტყვები: ჯანდაცვა; მართული ჯანდაცვა; არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაცია; ექიმი; პაციენტი; დაზღვევა.

შესავალი

მართული ჯანდაცვა კომპლექსურ სისტემაა, რომელიც ახორციელებს სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისა და დაფინანსების აქტიურ კოორდინაციას, ინტეგრაციას და ურთიერთშეთანხმებას. მართული ჯანდაცვის მოდელი დაფუძნებულია სამედიცინო დახმარების მყიდველების როლის გააქტიურებაზე სამედიცინო დახმარების მიწოდების ოპტიმალური მოცულობისა და სტრუქტურის ფორმირებაში, მოცული მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაქსიმალური მაჩვენებლების მისაღწევად. მისი მიზანია სქემაში გაწევრიანებულ პირთათვის მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურების მიწოდება წინასწარ დადგენილი ბიუჯეტის ფარგლებში.

ძირითადი ნაწილი

მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციების სტრუქტურის და მექანიზმის ანალიზი, მისი მნიშვნელობა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემისთვის. ჯანდაცვის მეტად სერიოზული ნაკლოვანება არის მის დაწესებულებებს შორის ინტეგრაციის სისუსტე, ამბულატორია-პოლიკლინიკები და სტაციონარი დაწესებულებები ერთმანეთისგან მოწყვეტილად მუშაობენ. არ არსებობს მათ საქმიანობაში კოორდინაცია. მართული ჯანდაცვის მოდელის საფუძველზე იქნება სამედიცინო დახმარების დაფინანსებისა და მიწოდების ინტეგრირებული სისტემა, მაგალითად, როგორც ზოგადი პრაქტიკის ექიმების, სპეციალიზებული საექიმო პრაქტიკების, პარაკლინიკური სამსახურების,ასევე სტაციონარული მომსახურების გაერთიანება, სადაც საქმიანობის ძირითად მიმართულებას წარმოადგენს ყველა რგოლისათვის საერთო ეკონომიკური სტიმულების შექმნა და შეთანხმებული წესებით მათი ფუნქციონირების უზრუნველყოფა.

მაშასადამე, შეიქმნება მართული ჯანდაცვის, ჩვენს შემ-

თხვევაში ჰოსპიტალური სექტორის ორგანიზაცია, რომლის შემადგენელი ნაწილებია:

1. სადაზღვევო ორგანიზაცია;

2. სამედიცინო ორგანიზაცია (ზოგადი პრაქტიკის ექიმები, საავადმყოფოები, კლინიკურ-დიაგნოსტიკური ცენტრები);

3. პაციენტი.

ჩვენი აზრით, საქართველოში ასეთ გაერთიანებაში უნდა შემოვიდნენ აფთიაქებიც (ერთი ან რამოდენიმე).

მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციის ძირითადი სახეებია:

• **ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ორგანიზაცია** (Health Maintenance Organization - HMO);

• **ჯანდაცვის არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაცია** (Preferred Provider Organization - PPO);სწორედ ამ სახეს ვუწევთ რეკომენდაციას.

• **ექსკლუზიური პროვაიდერების ორგანიზაცია** (Exclusive Provider Organizations - EPO);

• **მომსახურების პუნქტის გეგმა** (Plan - POS).

არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციები (PPO) მართული ჯანდაცვის ერთ-ერთ სახესხვაობას წარმოადგენენ, რომლებიც შექმნილია საავადმყოფოების, ექიმების, სამედიცინო ჯგუფებისა და სადაზღვევო კომპანიების ურთიერთშეთანხმების საფუძველზე. ხელშეკრულებას აფორმებს დამოუკიდებელ პრაქტიკის ექიმებთან, საავადმყოფოებთან და ჯანდაცვის სხვა პოვაიდერებთან. ისინი მისთვის არჩეულ ე. წ. „პრივილეგირებულ“ მომწოდებლებს წარმოადგენენ. არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციები დამზღვევებს სთავაზობენ შედარებით დაბალ ფასებს, წაყენებულ მოთხოვნებზე სწრაფ რეაგირებას, რაც კომპენსირდება მოსახლეობის დიდი ნაწილის მოცვით. არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციები ვალდებულებას იღებენ უზრუნველყონ უკეთესი მოცვა და მომსახურების დაბალი ფასები, რითაც კონკურენციას უწევენ ჯანდაცვის კერძო მომწოდებლებს. არჩეულ მომწოდებელთა ორგანიზაციების (PPPOO) უმრავლესობა სადაზღვევო კომპანიების და დამოუკიდებელი ინვესტორების საკუთრებას წარმოადგენენ და

პროვაიდერების შერჩევა ხდება გარკვეული ობიექტური კრიტერიუმების გამოყენებით (მაგალითად, ლიცენზირება, აკრედიტაცია და ა. შ.).

აღსანიშნავია, PPO იხდის სამედიცინო მომსახურების ისეთ ხარჯებს, რომლებიც კონტრაქტით არის განსაზღვრული. როდესაც ბენეფიციარს სურს სამედიცინო დახმარების მიღება PPO-ს ქსელის გარეთ არსებული პროვაიდერისგან, მასზე გავრცელებული სარგებელი მცირდება. ასე, მაგალითად, როდესაც ბენეფიციარი სამედიცინო დახმარებას ღებულობს PPO-ს ქსელის შიგნით, სარგებელი შეადგენს 90-100%-ს. როდესაც ბენეფიციარს სურს სამედიცინო დახმარების მიღება P PPO-ს ქსელის გარეთ, თანაგადახდის პროცენტი იზრდება.

მართული ჯანდაცვის ორგანიზაცია ექიმების ანაზღაურებისათვის იყენებს შემდეგ მეთოდებს:

- სულადობრივი ანაზღაურება;
- სერვისების მიხედვით ანაზღაურება;
- ფიქსირებული ხელფასი;
- სტიმულირებადი ანაზღაურება (მაგალითად, ბონუსები).

სულადობრივი ანაზღაურება. მართული ჯანდაცვის ყველაზე პოპულარულ ანაზღაურების მეთოდს წარმოადგენს. ექიმები მათთან გაწევრიანებულ ბენეფიციართა რაოდენობის მიხედვით ღებულობენ ფიქსირებულ ანაზღაურებას, რომელიც არ არის დამოკიდებული მათ მიერ მათთვის გაწეულ მომსახურების მოცულობაზე.

სულადობრივი ანაზღაურება შეიძლება დამოკიდებული იყოს ბენეფიციართა ასაკზე და სქესზე. ასაკოვანი ადამიანები უფრო მეტ სამედიცინო მომსახურებას მოითხოვენ, ვიდრე ახალგაზრდები, ახალგაზრდა ქალები უფრო მეტ სამედიცინო მომსახურებას საჭიროებენ, ვიდრე ახალგაზრდა მამაკაცები. სულადობრივი ანაზღაურება შეიძლება დამოკიდებული იყოს გეოგრაფიულ არეალზეც. მაგალითად, თუ იგი საქართველოში დაინერგება, მესტიაში არსებული საავადმყოფოს ექიმის ანაზღაურება უნდა აღემატებოდეს მცხეთის საავადმყოფოს ექიმის ანაზღაურებას.

სულადობრივ ანაზღაურებას უფრო ხშირად იყენებენ ჯანმრთელობის ხელშემწყობი ორგანიზაციები (PPO-ების 70%).

ჩვენს მიერ ზემოთგანხილული მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციის სახეები ჯანდაცვის, მათ შორის ჰოსპიტალური სექტორის, ალტერნატიული ფორმებია. ამჟამად ისინი ფართოდ გავრცელდნენ განვითარებულ ქვეყნებში. იქ, მათი იურიდიული სტატუსი მკაცრად განსაზღვრულია კანონმდებლობით. ეს ორგანიზაციები სამედიცინო მომსახურების სახელმწიფო დაფინანსების ალტერნატიულ დაფინანსებას სთავაზობენ მოსახლეობას. ძირითადი პირობა ყველგან ერთია - მოსახლეობა წინასწარ (ავადმყოფობის დადგენამდე) უნდა გაწევრიანდეს ამ ორგანიზაციაში და იხადოს საწევრო. არცერთი ასეთი ორგანიზაცია საქართველოს ჯანდაცვაში არ არის შექმნილი. აშშ კი თუ 30-იან წლებში (დიდი დეპრესიის წლები) 30 ასეთი მართვადი მედიცინის კომპანია არსებობდა, 2000 წელს კი მათი რიცხვი 1500-ს აღემატებოდა.

ᲓᲐᲡᲙᲕᲜᲐ

საქართველოში მართული მედიცინის კომპანიები ჯანდაცვის ჰოსპიტალურ სექტორშიც შეიძლება შეიქმნას და სხვაგანაც. ისინი ავადმყოფების განკურნების ხარჯებს მათთან გაწევრიანებულ მოსახლეობის საწევროებით ფარავენ. ამ საწევროებს, როგორც აღვნიშნეთ, ისინი წინასწარ გადაიხდიან და ამ გზით სახელმწიფოს შეუმცირდება მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებისთვის გასაწევი ხარჯი.

ამით იმის თქმა გვინდა, რომ სიახლის დანერგვის ინიციატორი არ არის აუცილებელი სახელმწიფო იყოს. ამის სრული უფლება აქვთ მედიცინის სპეციალისტებს. გასათვალისწინებელია მხოლოდ ერთი, თუ რამდენად ცნობადი არიან ისინი მოსახლეობისთვის, როგორც კარგი პროფესიონალები. ეს არის პირველი პირობა იმისა, რომ მოსახლეობა მათთან წევრად დარეგისტრირდეს.

საქართველოს ჯანდაცვას, მით უფრო ჰოსპიტალურ სექტორს ასეთი პროფესიონალები მრავლად ყავს. მათ მთელ

მსოფლიოში იცნობენ. ასე რომ, საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი ყამირია ამ სიახლის დასანერგად.

ლიტერატურა:

1. ჯაყელი კ., ხაჭაპურიძე გ.,ჯანმრთელობის დაცვის ეკონომიკის განვითარების მნიშვნელოვანი მიმართულებები მსოფლიოს გამოცდილების გათვალისწინებით. ჟურნალი „საქართველოს სტრატეგიული კვლევებისა და განვითარების ბიულეტენი“, #5, 2002, გვ. 35-36.

2. Glied, Sherry, „Managed Care” Handbook of Health Economies, vol. 1A, Anthony J. Culyer and Joseph P., Newhouse, eds (amsterdam: Elsevier, 2000), გვ. 98.

3. ვერულავა თ., ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა, თბ., გვ. 730.

LITERATURE:

1) Jakeli K., Khachapuridze G., Important directions for the development of the healthcare economics, taking into account the experience of the world. Magazine ,,Bulletin of Strategic Researches and Development of Georgia'', # 5, 2002, p. 35-36 .

2) Glied, Sherry, „Managed Care” Handbook of Health Economies, vol. 1A, Anthony J. Culyer and Joseph P., Newhouse, eds (amsterdam: Elsevier, 2000), გვ. 98.

3) Verulava T., Healthcare Economics and Insurance, Tb., p. 730.

ORGANIZING MANAGED HEALTHCARE SECTOR IN GEORGIA

Lela Inasaridze
PhD Student , GTU

RESUME

In the United States, managed healthcare model is widely spread, which provides high quality healthcare services for the member persons in the frameworks of the prescribed budget. The components of this model are: insurance organization, medical organization, doctors of general practice, hospitals, and clinical-diagnostic centers, patient.

The companies of managed medicine can be created in the healthcare system of Georgia, too. They will cover the cost of curing sick patients with the money of the member population. In this way the reimbursement cost will reduce for the state for the medical service of the population.

Key words: Healthcare; Managed healthcare; Organization of selected suppliers; Doctor; Patient; Insurance.