

თემა 8. ჯანდაცვა

თემის შესწავლის შემდგომ თქვენ შეძლებთ:

- დაახასიათოდ ჯანდაცვის ბაზარზე სახელმწიფოს ჩარევის მიზეზები
- ახსნათ მორალური რისკის პრობლემა
- შეაფასოთ არაინფორმირებულობის შედეგები

ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის ზოგადი მდგომარეობა განისაზღვრება ამ ქვეყნის სოციალურ-დემოგრაფიული და ეკონომიკური მდგომარეობით, მაგალითად, დემოგრაფიული მდგომარეობა იზომება სიკვდილიანობისა და შობადობის მაჩვენებლით, როგორია მოსახლეობის მატება, მისი დაბერება, გაახალგაზრდავება, სქესობრივი თანაფარდობა, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა და ა.შ. ამ მაჩვენებლების გათვალისწინებით ქვეყნები განსაზღვრავენ ჯანდაცვის დაფინანსების მასშტაბებსა და პრიორიტეტებს.

უკანასკნელი ათწლეულის განმავლობაში გამოიკვეთა ახალი ტენდენციები, რომლებიც მკვეთრად ცვლის ქვეყნების დემოგრაფიულ მდგომარეობას. სწორედ ეს ტენდენციები გახდა მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციისთვის ყურადღების საგანი. სოციალ-ეკონომიკური დისბალანსი, საზოგადოების ჯანმრთელობის საერთო მდგომარეობის გაუარესება, არაინფექციური დაავადებები და მათთან დაკავშირებული რისკ-ფაქტორები, სიკვდილიანობა, ავადობა და სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემები გლობალური მასშტაბისაა.

არსებობს ჯანდაცვის სისტემის რამოდენიმე მოდელი, როგორცაა „ბისმარკის“, „სემაშკოს“, „ბევერიჯის“, „ამერიკული“ მოდელები. ისინი თავისი მახასიათებლებით გამოირჩევა. ზოგი მათგანი ორიენტირებულია სახელმწიფო დაფინანსებაზე, ზოგი სადაზღვეო სისტემაზე, ზოგიც კერძო დაფინანსებაზე, რაც სახელმწიფოს ჩარევას მნიშვნელოვნად ამცირებს. ყველა განვითარებული ქვეყნისთვის სადაზღვეო სისტემა და თანადაფინანსება მნიშვნელოვან როლს თამაშობს, ხოლო განვითარებად და ზოგ დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ჯერ კიდევ ცენტრალიზებული სახელმწიფო დაფინანსების მოდელი „სემაშკო“-ა აქტუალური.

ბისმარკის სოციალური დაზღვევის მოდელის (1883) ძირითადი მახასიათებელია შემოსავლებიდან მიღებულ გადასახადებზე დაფუძნებული სოციალური დაზღვევის სისტემა. ეს მოდელი არის გერმანიაში, ბელგიაში, საფრანგეთში, ნიდერლანდებში. მისი დანერგვა მიმდინარეობს საქართველოშიც.

სემაშკოს მოდელის (1918) მახასიათებელია ჯანდაცვის ცენტრალიზებული სისტემა სახელმწიფო დაფინანსებით. ეს მოდელი იყო ყოფილ საბჭოთა ქვეყნებში.

ბევერიჯის მოდელის (1947) მახასიათებელია ჯანდაცვის ცენტრალიზებული სისტემა სახელმწიფო დაფინანსებით, კერძო დაზღვევისა და მომსახურების მეტი შესაძლებლობით. იგი არის დიდ ბრიტანეთში, შვედეთში, ნორვეგიასა და ფინეთში.

ამერიკის მოდელის (1960) მახასიათებელია შერეული ფორმა, სახელმწიფოს როლი დაფინანსებაში მინიმალურია და არის აშშ-ში.

ჯანმრთელობის დაცვა უნიკალური მომსახურებაა, რომელიც სიკვდილ-სიცოცხლის საკითხს უკავშირდება. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მთავრობა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს. იგი უფლებამოსილია ექიმების ლიცენზირებაზე, გარემოში ჯანმრთელობის წინაშე არსებული საფრთხის მონიტორინგზე, ფლობს საავადმყოფოებს, დაავადებათა პროფილაქტიკისა და გაუვნებელყოფის მიზნით აფინანსებს კვლევებს, სათავეში უდგას ბავშვების იმუნიზაციის პროგრამებს და ატარებს ბევრ სხვა ღონისძიებას.

ჯანმრთელობის დაცვის ბაზრის ფუნქციონირებაში სახელმწიფოს ჩარევის მიზეზებია:

მწირი ინფორმაცია. მომხმარებელი შესაძენი პროდუქტის მახასიათებლების შესახებ ზოგადად კარგადაა ინფორმირებული. ასე მაგალითად: როდესაც თქვენ ვაშლს ყიდულობთ, ზუსტად იცით, თუ როგორი გემო და სხვა ნიშან-თვისება აქვს მას. თუმცა, ავადმყოფობის პერიოდში ჩვენ წარმოდგენა არ გვაქვს აუცილებელი სამკურნალო პროცედურების შესახებ. ამ შემთხვევაში ჩვენ ნდობას ვუცხადებთ ექიმს და მითითებულ რჩევას ვასრულებთ. ექიმი კი, ის ადამიანია, რომელიც თავის მომსახურებას ჩვენზე ყიდის. ცხადია არსებობს ბევრი სხვა მომსახურება, რომლის ირგვლივ განუსაზღვრელობა და ასიმეტრიული ინფორმაცია (თუნდაც სახლის სარემონტო სამუშაოები) არსებობს. მაგრამ ასეთ ვითარებაში ინფორმაციის მოსაგროვებლად ბევრად მეტი დრო გვაქვს ხოლმე, ვიდრე მაშინ როდესაც სამედიცინო დახმარება გადაუდებელია.

არახელსაყრელი შერჩევა და მორალური რისკი. ჯანმრთელობის დაცვის დანახარჯი შესაძლოა წარმოუდგენლად მაღალი იყოს. ასეთ სიტუაციაში ადამიანს დაზღვევა დასჭირდება.

- სადაზღვევო კომპანია მოცემული ჯგუფის (მაგალითად, ქალაქში მაცხოვრებელი საშუალო ასაკის ქალბატონები) წარმომადგენლებზე გარკვეულ ფასად ყიდის მომსახურების პაკეტს. აღნიშნულ პაკეტს სწორედ ის შეიძენს, ვინც ყველაზე მაღალი რისკის მატარებელია. ასე მაგალითად, თუ მონიკა გულის შეტევის მაღალი რისკის წინაშე დგას, ხოლო რეიჩელი კი სრულიად ჯანმრთელია, მათ სადაზღვევო კომპანია თანაბარი ღირებულების სადაზღვევო პაკეტს შესთავაზებს, არსებობს იმის დიდი ალბათობა, რომ სადაზღვევო პაკეტს სწორედ მონიკა იყიდის. *არახელსაყრელი შერჩევის პრობლემის თანახმად, სადაზღვევო პაკეტის საშუალო მყიდველი უფრო მაღალი რისკით ხასიათდება, ვიდრე მის ჯგუფში სხვა საშუალო ადამიანი.* სადაზღვევო კომპანია, რომლის ბევრი კლიენტი ავადაა, დაკარგავს ფულს. იმისთვის, რომ კომპანიამ არ იმუშაოს წაგებაზე, მან უნდა გაზარდოს სადაზღვევო შენატანი (გადასახადი). მაღალი შენატანების შემთხვევაში, შედარებით დაბალრისკიანი ინდივიდი ბაზარს დატოვებს (მაღალი გადასახადის პირობებში მონიკა მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეიძენს სადაზღვევო პაკეტს, როდესაც ნამდვილად დარწმუნებული იქნება, რომ მას გულის შეტევა ემუქრება). *ამდენად, ბაზარმა სხვა თანაბარ პირობებში შესაძლოა სათანადო და ჯეროვანი ჯანმრთელობის დაზღვევა ვერ უზრუნველყოს.*
- დაზღვევა ინდივიდის ქცევას ამახინჯებს. ინდივიდი, რომელმაც იცის, რომ დაზღვეულია, ნაკლებად ეცდება, რისკი აიცილოს. დაზღვეულმა ინდივიდმა შესაძლოა ცხოვრების არაჯანსაღ სტილს მისდიოს: ჭამოს მეტი მაღალკალორიული, დაბალი კვებითი ღირებულების საკვები, და არ ივარჯიშოს იმ იმედით, რომ ასეთი ქმედების ყველა შესაძლო უარყოფით შედეგს დაზღვევა გაანეიტრალებს. გარდა ამისა, დაზღვეულ ინდივიდს სურს, ჭარბი სამედიცინო დახმარებით ისარგებლოს, რადგან სადაზღვევო კომპანია იხდის ყველა ან ზოგიერთი მომსახურების გადასახადს. აღნიშნული ფენომენი **მორალური რისკის** სახელწოდებითაა ცნობილი.

მორალური რისკის ანალიზი

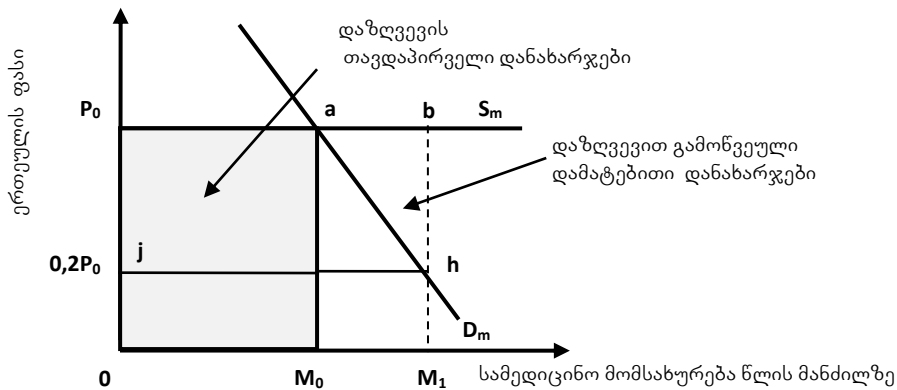
ეს ანალიზი შესაძლებელია განვახორციელოთ მოთხოვნა-მიწოდების პირობითი დიაგრამის საშუალებით. ნახაზზე 8.1 წარმოდგენილია სამედიცინო მომსახურებაზე საბაზრო მოთხოვნის მრუდი D_m . სიმარტივისთვის დავუშვათ, რომ სამედიცინო მომსახურების განევის ზღვრული ღირებულება P_0 მუდმივია. მიწოდების მრუდი - S_m წარმოადგენს P_0 -ის ჰორიზონტალურ მონაკვეთს. როგორც ყოველთვის წონასწორობა მოთხოვნის და მიწოდების მრუდების გადაკვეთის წერტილში მიიღწევა: ფასი P_0 და რაოდენობა M_0 . სამედიცინო მომსახურებაზე განეული მთლიანი დანახარჯი უდრის ერთეულის ფასის ნამრავლს ერთეულთა რაოდენობაზე, ანუ $OP_0 \cdot OM_0 = P_0OM_0a$ მართკუთხედს.

უნდა შევნიშნოთ, რომ ნახაზზე 8.1 მოცემული მოთხოვნის მრუდი კლებადია. ნუთუ ავადმყოფი, ფასის მიუხედავად, არ ასრულებს ექიმის დანიშნულებას? ნუთუ თქვენ გამწვავებული აპენდიციტის

დროს ექიმს ვაჭრობას დაუწყებთ? სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის მრუდი აბსოლუტურად არაელასტიკურია (ვერტიკალურია). პაციენტი თავდაპირველად, გადანყვეტილებას იღებს იმის შესახებ, იზრუნოს თუ არა საკუთარი ჯანმრთელობის დაცვაზე. კონფლიქტ-ინტერესის მიუხედავად, პაციენტი არცთუ იშვიათად ექიმის დანიშნულებას არღვევს.

რა ზემოქმედებას ახდენს დაზღვევა ბაზარზე? სიმარტივისთვის დავუშვათ, რომ დაზღვევა ჯანმრთელობის დაცვის დანახარჯების 80%-ს ანაზღაურებს. დანარჩენ ნაწილს, ანუ 20%-ს (რაც „თანადაზღვევის განაკვეთის“ სახელწოდებითაა ცნობილი), იხდის პაციენტი. დაზღვევის ზემოქმედების შესაფასებლად წარმოიდგინეთ, რომ თანადაზღვევის განაკვეთი, ანუ 20%, პაციენტის მიერ გადასახდელი ფასის 80%-იანი შემცირების ექვივალენტურია – თუ საავადმყოფოს დღიური ზრდადი ხარჯი 800\$-ია, პაციენტი იხდის მხოლოდ 160\$. როგორც ნაჩვენებია ნახაზზე 8.1 პაციენტი არ იხდის P_0 , არამედ მის 20%-ს ანუ $0,2P_0$. ასეთი დაბალი ფასის პირობებში მოთხოვნა იზრდება M_1 -მდე, ხოლო პაციენტის მიერ სამედიცინო მომსახურებაზე განეული დანახარჯი შეადგენს $OjhM_1$ მართკუთხედით გამოსახულ ფართობს.

მყარდება ახალი წონასწორობა: პაციენტი იხდის $0,2P_0$ ფასს, თუმცა სამედიცინო მომსახურების განევის ზღვრული ღირებულება ჯერ კიდევ P_0 ; სხვაობას ანუ P_0 -ის 80%-ს კი სადაზღვევო კომპანია იხდის. ამდენად, მთლიანი დანახარჯი უდრის OP_0 გამრავლებული OM_1 -ზე, ანუ მართკუთხედის P_0OM_1b ფართობს. აქ სადაზღვევო კომპანიების მიერ განხორციელებული გადახდა შეადგენს P_0bhj მართკუთხედს. ამრიგად, დაზღვევის არსებობის შედეგად სამედიცინო მომსახურების დანახარჯები aM_0M_1b არეალით იზრდება.



ნახ. 8.1. მორალური რისკი სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე

ცხადია დანახარჯების ზრდის ფაქტიური თანხა მოთხოვნის მრუდის ფორმაზეა დამოკიდებული. ამ მიზნით ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა, რომ მომსახურების ფასის 10%-ით ზრდის შედეგად სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის მოცულობა 2%-ით მცირდება [Newhouse et al., 1993].

გარე ეფექტი. ინდივიდის მიერ სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობა, როგორც დადებით, ასევე უარყოფით გარე ეფექტს წარმოქმნის. თუ თქვენ გრიპის საწინააღმდეგო აცრას გაიკეთებთ, მაშინ წარმოიქმნება დადებითი გარე ეფექტი – სხვა ინდივიდების გრიპით ინფიცირების საშიშროება მცირდება. თუმცა, მეორე მხრივ, ინდივიდს მიერ ანტიბიოტიკებით ბოროტად სარგებლობის შემთხვევაში, იმუნური ბაქტერიის ახალი შტამი ვითარდება და მდგომარეობა უარესდება. გარე ეფექტის არსებობის შემთხვევაში სახელმწიფო ინტერვენცია ჭეშმარიტად ზრდის ეფექტიანობას.

პატერნალიზმი. ინდივიდმა შესაძლოა ვერ გაიგოს, თუ როგორ ფუნქციონირებს სადაზღვევო სისტემა. ინდივიდმა შესაძლოა, სადაზღვევო მომსახურების პაკეტი წინდაუხედაობის გამო არ შეიძინოს. პატერნალიზმის არგუმენტის თანახმად, ინდივიდისთვის სადაზღვევო პაკეტის შეძენა სავალდებულო უნდა იყოს, რადგან იგი ინდივიდის სარგებლიანობას და მეტნაკლებად სტაბილურ მდგომარეობას უზრუნველყოფს. ამ მიმართულებით არსებული მრავალი მოსაზრების ფონზე, არსებობს ერთი საზოგადოებრივი კონსენსუსი – **თითოეული ინდივიდისთვის სულ მცირე ძირითადი სამედიცინო მომსახურება მაინც უნდა იყოს ხელმისაწვდომი.**

აშშ-ში, როგორც „მედიქეარისა“¹ და „მედიქეიდის“² მომსახურების ცენტრის მიერ მოწოდებული ინფორმაციით ირკვევა (ალსანიშნავია, რომ ამ ორი პროგრამის გარდა აშშ-ში მოქმედებს კერძო სადაზღვევო სისტემა(ც), მომხმარებელი საკუთარი ჯიბიდან დანახარჯების მხოლოდ 17%-ს იხდის. დანარჩენი „მესამე მხარის“ მიერ გადაიხდება – ჯანმრთელობის დაზღვევაში კერძო სექტორი იხდის დანახარჯების 35%, სახელმწიფო – 43%, ხოლო დანახარჯების დანარჩენი ნაწილი კი ფილანტროპული (საქველმოქმედო) შენატანებიდან და სხვა წყაროებიდან იფარება.

ალსანიშნავია, რომ კერძო დაზღვევისა და დაზღვევის სავალდებულობის პირობებში, არადემოკრატიულ და მაღალი უმუშევრობის მქონე განვითარებად ქვეყნებში კერძო კომპანიების მიერ ექიმებზე ზენოლის შედეგად, მცირე მომსახურების განევა წარმოადგენს კომპანიის მაღალი მოგების გარანტიას, რისი მაგალითიც საქართველოში ჯანდაცვის საყოველთაო პროგრამის შემოღებამდე არსებობდა, როცა სადაზღვევო კომპანიების მოგება 70%-ზე მეტი იყო. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში არსებული ხარვეზების შესამცირებლად მიმდინარეობს რეფორმების პაკეტის მომზადება.

ხარისხი, ჯანდაცვა და უსაფრთხოება. ინფორმაციის მოპოვება ძვირია და მისი მოპოვების გართულებამ შეიძლება გამოიწვიოს არაეფექტიანი განაწილება. მაგალითად, მუშამ, რომელმაც არ იცის, რომ მისმა ბენზინთან სიახლოვემ შეიძლება ის კიბოთი დაასწელოს, კმაყოფილია რომელიმე ქიმიურ ქარხანაში მუშაობით. მაგრამ თუ შეიტყობდა ამის შესახებ, მაშინ ის ალბათ არჩევდა უფრო დაბალანაზღაურებად სამსახურს სხვა ფირმაში. მრავალ ქვეყანაში ხელისუფლებამ დიდი როლი იკისრა ჯანდაცვის, უსაფრთხოების და ხარისხის სტანდარტების რეგულირებაში, რადგან გააცნობიერეს ბაზრის უუნარობის (ფიასკოს) შედეგად მოსალოდნელი საშიშროება.

დიდ ბრიტანეთში სახელმწიფო რეგულირების მაგალითია სამუშაოზე ჯანდაცვისა და უსაფრთხოების კანონები, საკვებისა და წამლების წარმოების კანონმდებლობითი კონტროლი, სამართლიანი ვაჭრობის კანონი, რომელიც ითვალისწინებს მომხმარებლის დაცვას და სხვადასხვა სატრანსპორტო და საავტომობილო საქმის მონესრიგებას. ამგვარად, კანონმდებლობას ორი მიზანი აქვს: ინფორმაციით დაინტერესების ნახალისება, რაც საშუალებას მისცემს ინდივიდებს, უფრო გულმოდგინედ განსაზღვრონ დანახარჯები და მოგება, და დაანესოს სტანდარტები, რომლებიც შეამცირებენ სოცოცხლის ხელყოფისა და სიკვდილიანობის რისკს.

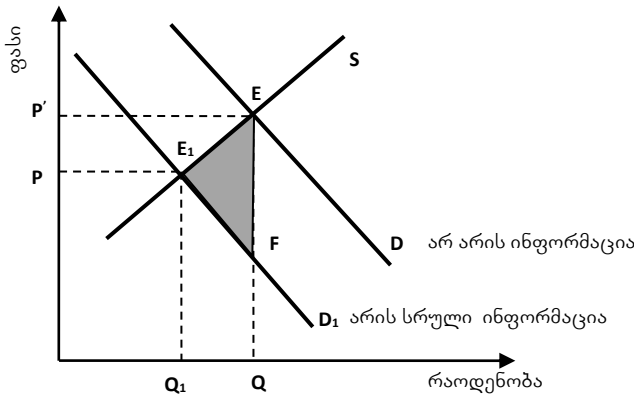
ინფორმაციის უზრუნველყოფა. ნახაზზე 8.2 გამოსახულია მიწოდების S მრუდი წამლისთვის, რომელიც პოტენციურად საზიანოა ჯანმრთელობისთვის. D არის მოთხოვნის მრუდი, როცა მომხმარებელმა არ იცის წამლის საშიშროების შესახებ. E წერტილში წონასწორობისას Q რაოდენობა იწარმოება და მოიხმარება. საშიშროების შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციის საფუძველზე ხალხი იყიდის ამ წამლის ნაკლებ რაოდენობას. D_1 მოთხოვნის მრუდი გვიჩვენებს მომხმარებლის ზღვრულ სარგე-

¹ პროგრამა „მედიქეარი“ აშშ-ში 1965 წელს დაინერგა და იგი 65 წლის და მეტი ასაკის მოსახლეობას და ინვალიდებს უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის დაზღვევით.

² დაბალი შემოსავლის მქონე ოჯახებისა და ბავშვების ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამა.

ბელს სრულყოფილი ინფორმაციის შემთხვევაში. ახალი E_1 წონასწორობა თავიდან აიცილებს წამლის ჭარბი წარმოებით გამოწვეულ EE_1F სამკუთხედის ტოლ დანახარჯებს.

თუ ინფორმაციის მოძიება იოლი იქნებოდა, ყველას ეცოდინებოდა ნამდვილი რისკის შესახებ. საზოგადოებრივი მოგებიდან უნდა გამოვრიცხოთ ის რესურსები, რომელსაც ადამიანები ხარჯავენ ამ ინფორმაციის მოპოვებისას. თავისუფალი ბაზრის წონასწორობა აღინიშნება E წერტილში.



ნახ. 8.2. ინფორმაცია და უსაფრთხო პროდუქტი

საზოგადოდ, თითოეულ ინდივიდს არ უღირდა და ვერც შეძლებდა, პირადად შეემონებინა ბაზარზე არსებული ყველა წამალი, მაგრამ საზოგადოებისთვის უმჯობესი იქნებოდა შექმნილიყო შემონმების მარეგულირებელი ორგანო და კანონი, რომლის გამოყენებით მყიდველები გასაყიდ წამლებს უსაფრთხოდ ჩათვლიდნენ.

აუცილებელი არ არის ხარისხისა და უსაფრთხოების სერთიფიკატი გასცეს სახელმწიფომ. „სოტ-ბი“ ადასტურებს რემბრანდტის ნახატის ხარისხს და კერძო საუნივერსიტეტო კოლეჯი ადასტურებს თავისი სტუდენტების განათლების დონეს. დიდ ბრიტანეთში სამართალდამცავების მიერ ნასვამ მდგომარეობაში დაკავებულ ადამიანს უფლება აქვს შესამონმებლად აღებული სისხლის მეორე ნახევარი გააგზავნოს კერძო სერთიფიკაციის სააგენტოში პოლიციის ანალიზის შედეგების დასამონმებლად.

აღნიშნულის მიუხედავად, არსებობს **ორი ფაქტორი**, რომელიც აფერხებს კერძო სერთიფიკაციის გამოყენებას ჯანდაცვისა და უსაფრთხოების ბევრ სფეროში.

პირველი, ეხება სიმართლის თქმის სურვილს. თუ კერძო სერთიფიკატის გამცემ ფირმებს აძლევენ ნაწარმის ხარისხისა და უსაფრთხოების სერთიფიკატს, ნებისმიერ მოცემულ ფასად პროდუქტის გაყიდვის უფლებისთვის, ნუთუ ფირმებს არ გაუჩნდებათ სერთიფიკატის გამცემის მოქრთამვის სურვილი? ვინ დაიჯერებს, რომ ეს ასე არ იქნება? ფირმები, რომლებიც ყალბ სერთიფიკატებს უშვებენ, შეიძლება სასამართლოს გადასცენ, მაგრამ ეს ძვირი დაჯდება. კერძო ინდივიდს შეიძლება არ ჰქონდეს მატერიალური სახსრები ასეთი პროცესისთვის და საზოგადოებას კი შეიძლება არ სურდეს ბევრი რესურსის დახარჯვა სასამართლო საქმეებისთვის.

მეორე, სერთიფიკაციის კერძო სააგენტომ უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება სტანდარტებზე. ცდომილების რა ზღვარია დადებული უსაფრთხოების რეგულირებაში? რამდენად უსაფრთხო უნდა იყოს წამალი, სანამ ის სერთიფიკატს მიიღებს? ეს ის კითხვებია, რომლებზეც ნებისმიერ საზოგადოებას საკუთარი შეხედულება აქვს. ისინი მოიცავენ გარე ეფექტებს და აქვთ გამანაწილებელი მნიშვნელობა. იქაც კი, სადაც საზოგადოება ეყრდნობა კერძო სააგენტოებს, რეგულირების მონიტორინგისთვის სასურველი იქნებოდა სტანდარტების დაწესება.

სტანდარტების დაწესება. საზოგადოების ინტერესი განსაკუთრებულ მნიშვნელობას მაშინ იძენს, როდესაც ცოტა რამ არის ცნობილი პროდუქტის შესახებ და ნებისმიერი შეცდომა შეიძლება

კატასტროფული აღმოჩნდეს. ცოტას თუ სჯერა, რომ უსაფრთხოების სტანდარტები ატომური ელექტროსადგურებისთვის შეიძლება ადექვატურად განსაზღვრულიყო კერძო სექტორში.

სტანდარტების დანესების დროს ხელისუფლება წარმოების კერძო დანახარჯს ზრდის იმით, რომ ხელს უშლის ფირმის ხარჯების მინიმუმამდე შემცირების ადაპტაციას, რომელსაც ისინი სხვა შემთხვევაში გამოიყენებდნენ. ზოგჯერ გამართლება ის არის, რომ ხელისუფლებას ხელი მიუწვდება უკეთეს ინფორმაციაზე, ვიდრე კერძო სექტორს, და საზღვრავს რეალურ საზოგადოებრივ დანახარჯს კერძო დანახარჯებზე დამატებით.

ხშირად სტანდარტების დანესება წმინდა შეფასებითი განსჯაა, რომელიც დამყარებულია გარკვეულ მოსაზრებებზე. ამ პირობებში განსაკუთრებით საკამათოა თვით ადამიანის სიცოცხლის შეფასება.

პოლიტიკოსები ხშირად აცხადებენ, რომ ადამიანის სიცოცხლე ეკონომიკურ გამოთვლებზე მაღლა დგას და მას უნდა მიეცეს აბსოლუტური პრიორიტეტი ნებისმიერი დანახარჯის დროს. აღნიშნულის საპასუხოდ ეკონომისტი წინა პლანზე დააყენებს ორ საკითხს: პირველი, სრულიად შეუძლებელია ასეთი მიზნის განხორციელება. რესურსების მხრივ უბრალოდ ძალიან ძვირია ნაადრევი სიკვდილის ყველა რისკის ფასი და სინამდვილეში ჩვენ არც ვაკეთებთ ამას. მეორე, პროფესიისა და გასართობი სახეობის არჩევნისას (მაგალითად, ცხენოსნობა ან ალპინიზმი) ადამიანები რისკზე მიდიან. ასეთ შემთხვევაში როგორ უნდა განისაზღვროს არასასურველი რისკისგან თავდაცვა?

ამგვარად, რაღაც წერტილის ზემოთ შემდგომი რისკის შემცირების ზღვრული საზოგადოებრივი სარგებელი გადააჭარბებს ზღვრულ საზოგადოებრივ დანახარჯს. სამყარო, ცოტა მაინც უსაფრთხო რომ გახდეს, კაცობრიობას უზარმაზარი ძალისხმევა და რესურსი დასჭირდება, რაც შეიძლება გამოყენებულიყო სადმე სხვაგან, უფრო დიდი ეფექტით. ეკონომიკური თვალსაზრისით ნულის ტოლ რისკს აზრი არ აქვს. ეკონომისტები დიდი ხანია თვლიან, უსაფრთხოების რეგულირებას დანახარჯისა და სარგებლის ანალიზის საგნად. საჭიროა გამოანგარიშებული გვექონდეს ცოტა უფრო უსაფრთხო სამყაროს მისაღებად საჭირო დანახარჯები და საჭიროა საზოგადოების ნახალისება, რათა გადაწყვიტოს, რამდენად უღირს მას ეს მოგება.

მიუხედავად იმისა, რომ საზოგადოებას გადაწყვეტილი აქვს ადამიანის სიცოცხლის გადარჩენის სარგებლის შეფასება, ეფექტიანი განაწილება დაუშვებდა ჯანმრთელობის და უსაფრთხოების რეგულირებას იმ წერტილამდე, სადაც სიცოცხლის გადარჩენის ზღვრული საზოგადოებრივი დანახარჯი თითოეული და ყოველი საშუალებით სიცოცხლის ზღვრული საზოგადოებრივი სარგებლის ტოლია. დანახარჯებისა და სარგებლის საგულდაგულო განსაზღვრის „არასასიამოვნო“ ამოცანებისთვის თავის არიდებით, საზოგადოებამ შეიძლება აწარმოოს ძალიან არაეფექტიანი განაწილება, რომელშიც სხვადასხვა წარმოების ზღვრული დანახარჯები და ზღვრული სარგებელი ძალიან განსხვავდება ერთმანეთისგან.

დავუშვათ, ყოველი რეგულირება მიყვანილია იმ წერტილამდე, სადაც სიცოცხლის გადარჩენის ზღვრული დანახარჯი და ზღვრული სარგებელი ტოლია. თუ შესაძლებელია ზღვრული დანახარჯის პირდაპირ გამოთვლა, შესაძლებელი იქნება სიცოცხლის გადარჩენის ზღვრული სარგებლის გამოთვლა იმავე საქმიანობის საშუალებით. ეკონომისტები ხშირად ჩივიან, რომ ასეთი გამოთვლები ავლენენ ძალიან განსხვავებულ ნაგულისხმევ ზღვრულ სარგებელს საქმიანობებში, რაც არ არის გასაკვირი, რამდენადაც ის, ვინც პასუხისმგებელია უსაფრთხო სტანდარტებზე მშენებლობაში, საავტომობილო მრეწველობაში, მედიცინასა და სხვა სფეროებში, არ ცდილობს მიაღწიოს სიცოცხლის გადარჩენისგან მიღებული ზღვრული საზოგადოებრივი სარგებლის საერთო შეფასებას. მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში სიცოცხლის გადარჩენისგან მიღებული ზღვრული საზოგადოებრივი მოგების შეფასების ზღვარი მერყეობს 20 მლნ გირვანქა სტერლინგიდან (სამშენებლო რეგულირების შემთხვევაში, რომელიც წარმოდგენილი იყო რონან პოინტის კატასტროფის შემდეგ) 50 გირვანქა სტერლინგამდე იმ ტესტისთვის, რომელიც დაიცავდა ორსულ ქალბატონებს მკვდარი ნაყოფის დაბადებისგან. ასეთი დიდი

უთანასწორობა სიცოცხლის გადარჩენის ზღვრულ საზოგადოებრივ დანახარჯში გულისხმობს, რომ საზოგადოებას შეუძლია დიდი სარგებელი მიიღოს ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების რეგულირების დანახარჯი-სარგებლის ანალიზისადმი ინტეგრირებული მიდგომით.

ჯანდაცვის პროგრამები, რეფორმები და სამართლებრივი რეგულირება საქართველოში

ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა სახელმწიფო პოლიტიკის პრიორიტეტული ნაწილია და მის მიზანს წარმოადგენს განახორციელოს ისეთი სტრატეგია, რომელიც ძირითადად მიმართული იქნება მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებაზე.

სახელმწიფო პოლიტიკა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში გამოიხატება შემდეგი მიმართულებებით:

- სამედიცინო მომსახურებისადმი თანასწორუფლებიანობა;
- მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების თანაბარი ხელმისაწვდომობა;
- ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვა, პაციენტის პატივის, ღირსებისა და მისი ავტონომიის აღიარება;
- კანონის ფარგლებში განსაკუთრებით ექიმის და სხვა სამედიცინო პერსონალის დამოუკიდებლობის ცნობა;
- მოსახლეობის სრული ინფორმირება სამედიცინო მომსახურების ყველა არსებული ფორმისა და მისი მიღების შესაძლებლობის შესახებ;
- სახელმწიფო პასუხისმგებლობა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე;
- მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის მავნე ქმედებისათვის კანონით განსაზღვრული ადმინისტრაციული სანქციების გამოყენება.

სისტემაში პოლიტიკისა და სტრატეგიის შემუშავება ხდება სამთავრობო პროგრამის მიხედვით, რომელსაც ქვეყნის ხელისუფლება ახორციელებს. საერთაშორისო სააგენტოებისა და დონორი ორგანიზაციების მონაწილეობა წარმოებს ურთიერთსარგებლიანი ინტერესების გათვალისწინებით.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გენერალურმა ასამბლეამ 1990 წელს მხარი დაუჭირა სხვადასხვა ქვეყნის ჯანდაცვის სტრატეგიების შეჯერების აუცილებლობას, რის შედეგად გლობალური მასშტაბით საქართველოში მოსახლეობის ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებლად შემუშავდა ქვეყნის პოლიტიკური და ეკონომიკური მდგომარეობის შესატყვისი დებულება.

საერთოდ მიღებულია, რომ ქვეყნის ჯანდაცვის განვითარება და სტრატეგიის განხორციელება ძირითადად სახელმწიფოს საქმეა და მათი კოორდინაცია, ორგანიზაცია და კონტროლი შედის ჯანდაცვის სამინისტროს კომპეტენციაში.

საქართველოში ისევე, როგორც სხვა ქვეყანებში შექმნილია ერთიანი სახელმწიფო სტრუქტურა, რომელშიც გაერთიანებულია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის საკითხები. 1999 წელს გამოქვეყნდა „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა“ და დამტკიცდა „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა“, რომლის თანახმადაც მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესება განსაკუთრებულ პრიორიტეტადაა აღიარებული:

1. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა;
2. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები;
3. ონკოლოგიური დაავადებები;
4. ტრავმატიზმი;
5. გადამდები და სოციალურად საშიში დაავადებები;
6. ფსიქიკური ჯანმრთელობა;
7. ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება;
8. ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა.

ძირითადი კანონი, რომელიც ანესრიგებს ჯანდაცვის სფეროს საქართველოში არის კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ (მიღებული 1997 წლის 12 ნოემბერს, 1139-ლ), რომელშიც მიღების შემდგომ მრავალი ცვლილება და დამატება იქნა შეტანილი. 2013 წლის 28 თებერვალს ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომელმაც მნიშვნელოვნად შეუწყო ხელი ქვეყნის მოსახლეობის ჯანდაცვაზე ზრუნვას. აღნიშნულს ადასტურებს ის ფაქტი, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედებამ 10 თვის მანძილზე თითქმის 1,5 მლნ-ით გაზარდა ექიმთან მიმართვიანობა წინა წელთან შედარებით.

თემაში განხილული მაჩვენებლები და სათანადო სტატისტიკური ინფორმაცია შესაძლებელია იხილოთ საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის ვებ-გვერდზე (www.geostat.ge).

ძირითადი ტერმინები:

მორალური რისკი

სემაშკოს მოდელი

თანადაზღვევის განაკვეთი

პატერნალიზმი

ბევერიჯის მოდელი

სახელმწიფო სტანდარტები

შპკითხვები ბაზმორებისთვის:

1. ახსენით ჯანდაცვის სისტემი მოდელები;
2. ჩამოთვალეთ ჯანდაცვის ბაზარზე სახელმწიფოს ჩარევის მიზეზები;
3. ახსენით და გრაფიკულად გამოსახეთ მორალური რისკი სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე;
4. ახსენით და გრაფიკულად გამოსახეთ კავშირი ინფორმაციასა და უსაფრთხო პროდუქტის წარმოებას შორის;
5. ისაუბრეთ სტანდარტების დანესების აუცილებლობაზე.

ბამოყენებული ლიტერატურა:

1. ეკონომიკა – დ. ბეგი, ს. ფიშერი, რ. დორნბუში, თარგმანი ინგ., თბ., 1999, გვ. 225-227.
2. როუზენი ჰ.ს., საჯარო ფინანსები, ტომი პირველი, თბ., 2006, გვ. 196-199; 242-263;
3. ამყოლაძე გ., ფირცხალავა მ., ლომსაძე-კუჭავა მ., კიკნაველიძე გ., ამყოლაძე ი., გიორგიშვილი ნ., სოზიაშვილი თ., ჩხენკელი მ., ხვიჩია თ., ხაჩიძე მ., ჯანდაცვის სისტემების ობიექტების საქმიანობის საქმიანობის ორგანიზაცია და განვითარება, (სამეცნიერო-მეთოდური და საცნობარო ნაშრომი) (ნიგნი 3) თბ., 2009.
4. Economics, Begg D., Fisher S., Dornbusch R., Third Edition, McGRAW-HILL BOOK COMPANY, UK, 1991, p. 276-278.
5. www.geostat.ge