

„საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო“

საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი



ხორციელდება ნიდერლანდების სამეფოს საელჩოს მხარდაჭერით



„საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო“

თბილისი, 2012 წელი

წინამდებარე ანგარიში მეორეა იმ სამი ანგარიშიდან, რომლებიც საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში არსებულ მდგომარეობას ეძღვნება. ამ პროექტის მიზანია ჯანდაცვის სექტორში მიმდინარე რეფორმებისა და მოვლენების შესწავლა და მათ შესახებ საზოგადოების ინფორმირება. პროექტი ფოკუსირებულია ფარმაცევტულ, სადაზღვევო და ჰოსპიტალურ სექტორებზე. ანგარიშის შინაარსი და მასში გამოთქმული მოსაზრებები „საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველოს“ ეკუთვნის და შეიძლება არ ასახავდეს საქართველოში ნიდერლანდების სამეფოს საელჩოს პოზიციას.

შინაარსი

რეკომენდაციები.....	5
შესავალი.....	6
კვლევის მეთოდი	6
ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის რეფორმა	7
ჰოსპიტალური სექტორის ამჟამინდელი პოლიტიკა.....	7
პრივატიზაცია.....	8
პოლიტიკის გავლენა ჰოსპიტალურ სექტორზე	10
საავადმყოფოების საკუთრება	10
ვინ რას ფლობს და რამდენს?.....	10
სოციალური დაზღვევა და საავადმყოფოები	12
სოციალური დაზღვევის რეგიონული სისტემა	13
ვერტიკალური მონოპოლიზაცია	14
ვერტიკალური მონოპოლიზაციის შედეგები	15
ინტერესთა კონფლიქტი.....	15
მომსახურების ფასები.....	16
ფარმაცევტული კომპანიები, რომლებიც საავადმყოფოების მფლობელი სადაზღვევო კომპანიების მესაკუთრენი არიან	17
პატარა საავადმყოფოების მდგრადობა	17
ახალი საავადმყოფოების მდგრადობა.....	18
ექიმების მდგომარეობა.....	19
ხელფასი.....	19
შრომითი უფლებები.....	20
მედიაციის სამსახური	20

მოკლე მიმოხილვა

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში საქართველოს მთავრობის სტრატეგიის მიზანი საავადმყოფოების ხელმისაწვდომობის, მდგრადობისა და ხარისხის გაუმჯობესების გზით სამედიცინო მომსახურების დონის ამაღლებაა. ამ სტრატეგიის მნიშვნელოვანი კომპონენტია თანამედროვე აპარატურით აღჭურვილი, მრავალპროფილური საავადმყოფოების სწრაფი მშენებლობა საქართველოში. სტრატეგია ფართომასშტაბიან პრივატიზებას ითვალისწინებს, რომლის ფარგლებშიც თითქმის ყველა საავადმყოფო, ბოლო რამდენიმე წლის განმავლობაში, კერძო მფლობელების ხელში გადავიდა. ახალი საავადმყოფოების სწრაფი მშენებლობის მიუხედავად, მიმდინარე რეფორმას მნიშვნელოვანი ნაკლოვანებები ახასიათებს, რაზეც ამ ანგარიშში ვისაუბრებთ. ქმედითი საკანონმდებლო მექანიზმების არარსებობის პირობებში, ისეთ გარემოში, სადაც კომპანიების ვერტიკალური ინტეგრაცია შეიმჩნევა, ხოლო პაციენტთა და სამედიცინო პერსონალის უფლებები იგნორირებულია, ჰოსპიტალური სექტორის სრული პრივატიზება სხვადასხვა პრობლემას წარმოშობს და ნაკლებ სავარაუდოა, ჯანდაცვის სექტორის გრძელვადიანი გაუმჯობესება მოიტანოს. სექტორში ამჟამად არსებული ვითარება კონკურენციას ზღუდავს და შესაბამისად, საეჭვოა, რომ დასახული მიზნები ინსტიტუციური დაცვის მექანიზმების გარეშე იქნეს მიღწეული. არაკონკურენტულ გარემოში საბაზრო მექანიზმების მეშვეობით ჯანდაცვის სექტორის გაუმჯობესება, ალბათ, ვერ მოხერხდება. ამიტომ, ინსტიტუციური მექანიზმების არსებობა (ბაზრის შიგნით ან მთავრობის უფრო აქტიური ჩარევის ფორმით) მნიშვნელოვანია საავადმყოფოების ხელმისაწვდომობის, მდგრადობისა და ხარისხის უზრუნველსაყოფად. ამ ანგარიშის მთავარი მიგნებები შემდეგია:

მთავარი მიგნებები:

- ჰოსპიტალური სექტორის პრივატიზების სამთავრობო სტრატეგიის შედეგად მთელი საქართველოს მასშტაბით სწრაფად შენდება თანამედროვე აღჭურვილი მრავალპროფილური საავადმყოფოები და ძველი საავადმყოფოების ახლებით ჩანაცვლება მიმდინარეობს.
- საქართველოში თითქმის ყველა საავადმყოფოს მესაკუთრეები კერძო ინვესტორები არიან. საქართველოში არსებული საავადმყოფოების თითქმის 40%-ს სადაზღვევო კომპანიები ფლობენ, 30%-ს - ფიზიკური პირები, ხოლო 20%-ს სხვადასხვა ტიპის კომპანიები.
- ბევრ შემთხვევაში საავადმყოფოს რეალური მფლობელი უცნობია. ზოგჯერ, საავადმყოფოს მფლობელი ფიზიკური პირის არც ვინაობაა ცნობილი და არც რაიმე სხვა ინფორმაციაა. შეუძლებელია ინფორმაციის მოპოვება საავადმყოფოების მფლობელი ზოგი კომპანიის წარსული საქმიანობის ან მათი მეპატრონეების შესახებ. სიცხადის ასეთი ნაკლებობა ეჭვს აჩენს ამ მფლობელების მონაწილეობის, გამოცდილების და მათ საკუთრებაში არსებულ საავადმყოფოებთან დაკავშირებული გრძელვადიანი გეგმების შესახებ.
- რეგიონების უმეტესობაში ახალი საავადმყოფოების მშენებელი და ოპერატორი და სოციალური დაზღვევის ექსკლუზიური მიმწოდებელი ერთი და იგივე კომპანიაა. ჰოსპიტალურ სექტორში სადაზღვევო კომპანიების ვერტიკალური ინტეგრაცია ინტერესთა კონფლიქტის წყაროა. ეს გავლენას სოციალური დაზღვევის მფლობელზე ახდენს, რადგან შეიცავს საფრთხეს, რომ პაციენტს მკურნალობას მხოლოდ და მხოლოდ სამედიცინო მოსაზრებებზე დაყრდნობით არ სთავაზობენ.
- როგორც ჩანს, საავადმყოფოების მშენებლობა და ოპერირება სადაზღვევო კომპანიებს თავს მოახვიეს იმის მიუხედავად, რომ მათთვის ეს მომგებიან ბიზნესი არ არის. ამის საკომპენსაციოდ, გაუქმდა სოციალური დაზღვევის ძველი ვაუჩერული სისტემა და სადაზღვევო კომპანიებს უფლება მიეცათ, ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონში მონოპოლისტი პროვაიდერები გამხდარიყვნენ. სოციალური დაზღვევის ვაუჩერული სისტემიდან რეგიონულ სისტემაზე გადასვლის შედეგად, პაციენტებმა შესაძლებლობა დაკარგეს, სოციალური დაზღვევის პროვაიდერი ან საავადმყოფო თავად აირჩიონ.

- საშუალო- და გრძელვადიან პერიოდში სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის არავითარი გარანტია არ არსებობს. სატენდერო კონტრაქტების თანახმად, ინვესტორებმა შესყიდული საავადმყოფოების პროფილი კონტრაქტის ხელმოწერიდან 7 წლის განმავლობაში უნდა შეინარჩუნონ. საქართველოში არსებული საავადმყოფოების 65%-ში საწოლების რაოდენობა 50-ზე ნაკლებია, 34%-ში კი, 11-დან 20-მდე მერყეობს. რადგან ამ საავადმყოფოების, განსაკუთრებით რეგიონული საავადმყოფოების, მოგებიანობა ნაკლებ სავარაუდოა, საბაზისო სამედიცინო მომსახურების (ან სულაც თავად საავადმყოფოების) გაქრობის სერიოზული რისკი არსებობს.
- დაუზღვეველი პაციენტებისთვის ფასები სწრაფად იზრდება, რადგან სადაზღვევო კომპანიები თავიანთ საავადმყოფოებში ასეთ პაციენტებს გაცილებით მეტს ახდევინებენ, ვიდრე მათ მიერვე დაზღვეულ პაციენტებს. ამის შედეგი მხოლოდ ის კი არ არის, რომ ერთსა და იმავე მომსახურებაში დაუზღვეველ პაციენტს დაზღვეულ პაციენტზე ორჯერ მეტს ახდევინებენ, არამედ ისიც, რომ სოციალური დაზღვევის არმქონე ადამიანები მათთვის საჭირო ქირურგიულ ოპერაციას თუ მკურნალობას ვერ იტარებენ.
- სადაზღვევო და ჰოსპიტალურ ბაზარზე უმსხვილესი ფარმაცევტული კომპანიები სულ უფრო აქტიურდებიან. ფარმაცევტული კომპანია „ავერსი“ სადაზღვევო კომპანია „ალფას“ მფლობელია, ეს უკანასკნელი კი თბილისის რამდენიმე მომცრო რაიონის მოსახლეობის სოციალური დაზღვევის მიმწოდებელი. „ავერსი“/„ალფას“ საკუთრებაში რამდენიმე საავადმყოფო და კლინიკაა თბილისსა და მის შემოგარენში. შედეგად, ზოგი წყაროს ინფორმაციით, საავადმყოფოებში დანიშნული მედიკამენტების ძირითადი მომწოდებელი საავადმყოფოების მესაკუთრე ფარმაცევტული კომპანიაა.
- სუსტია ის საკანონმდებლო და ინსტიტუციური მექანიზმები, რომლებიც მომსახურების ხარისხისა და პაციენტების უფლებების დაცვას უზრუნველყოფს. პაციენტს, რომლის უფლებებიც დაირღვა, შეუძლია საჩივარი ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახურში შეიტანოს. ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახურს არ გააჩნია საკმარისი უფლებამოსილება, რომ დამრღვევ კომპანიას პაციენტისთვის კომპენსაციის გადახდა დააკისროს. მედიაციის სამსახურს მხოლოდ მხარეებს შორის მოლაპარაკების წარმოება შეუძლია. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შემოწმების არარეგულარობა და მედიაციის სამსახურის უუნარობა, დაიცვას პაციენტის უფლებები, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობასა და ხარისხს რისკის ქვეშ აყენებს.
- შემფოთებას იწვევს ექიმების მდგომარეობა. რამდენიმე ექიმმა და ჯანდაცვის სპეციალისტმა ყურადღება ექიმების, განსაკუთრებით რეგიონებში მომუშავე ექიმების დაბალ ხელფასებზე და ექიმთა უფლებების დაუცველობაზე გაამახვილა. კომპანიებიცა და ხელისუფლებაც პროფესიულ კავშირებს ხელს უშლიან, ჩაერიონ დამქირავებლისა და დაქირავებულის ურთიერთობაში. ექიმთა დაბალი ხელფასი და შრომითი უფლებების არარსებობა, ჯიბიდან ნაღდი ფულით გადახდის ფორმით კორუფციის რისკს ზრდის და ექიმებს უბიძგებს, იმ ქვეყნებში წავიდნენ, სადაც მათ უკეთესი პირობები ექნებათ.

რეკომენდაციები

- სავადმყოფოების და სამედიცინო მომსახურების გრძელვადიანი არსებობის გარანტიები. სატენდერო კონტრაქტი სავადმყოფოს მფლობელს ავალდებულებს, სავადმყოფოს პროფილი 7 წლით შეინარჩუნოს. ხელისუფლების ვარაუდს, რომ ამ ვადის გასვლის შემდეგ სავადმყოფოები საკმარისად მოგებიანი გახდებიან, ძირითადი მოთამაშეები ეჭვის თვალით უყურებენ. სამედიცინო მომსახურების გარეშე რეგიონების დარჩენის რისკი ფინანსური სტიმულებით, სავადმყოფოთა მფლობელებისთვის დამატებითი ვალდებულებების დაწესებით და რეგიონებში სამედიცინო მომსახურებისა და სავადმყოფოების გაქრობაზე დროული რეაგირების პროგრამის შემუშავებით უნდა შემცირდეს.

- ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახურის უფლებამოსილების გაზრდა. ამ სამსახურს ამჟამად მისთვის განსაზღვრული ფუნქციების შესრულების უფლებამოსილება არა აქვს. გარდა ამისა, მისი ქმედება მხოლოდ პაციენტთა საჩივრებზეა დამოკიდებული. გრძელვადიან პერსპექტივაში ეს სისტემა ვერ უზრუნველყოფს ვერც ჯანდაცვის ხარისხის და ვერც პაციენტთა უფლებების დაცვას. კონკურენციის ნაკლებობის პირობებში საჭიროა, უფრო რეგულარულად შემოწმდეს საავადმყოფოები მომსახურების ხარისხის და სანიტარიული ნორმების შეფასების, არასწორად დასმული დიაგნოზების და პაციენტთა უფლებების შელახვის შემთხვევების გამოვლენის მიზნით. ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახურს უნდა ჰქონდეს თავისივე გადაწყვეტილებების აღსრულების უფლებამოსილება.
- ექიმთა მდგომარეობის გაუმჯობესება. ექიმების მინიმალური სახელფასო ზღვარი უნდა გაიზარდოს. მათ მეტი შესაძლებლობა უნდა მიეცეს, შექმნან და გაერთიანდნენ პროფკავშირებში. ეს ერთადერთი გზაა იმის უზრუნველსაყოფად, რომ სპეციალისტებმა ქვეყანა არ დატოვონ, ხოლო სხვა ქვეყნებში მომუშავე სპეციალისტები საქართველოში დაბრუნდნენ.
- არსებული პოლიტიკის შედეგების უკეთ გააზრებისთვის საჭიროა საავადმყოფოების შესახებ მეტი ინფორმაცია და მათი უფრო ინტენსიური მონიტორინგი, რათა დროულად მოხდეს გამოწვევებზე რეაგირება და რეფორმა სწორი მიმართულებით წარიმართოს.

შესავალი

ამ ანგარიშში შეფასებულია საქართველოს ჰოსპიტალურ სექტორში არსებული მდგომარეობა და მიმდინარე პოლიტიკის შედეგები. აღწერილია პრივატიზაციის გავლენა როგორც სამედიცინო მომსახურების ხარისხსა და ხელმისაწვდომობაზე, ასევე პაციენტთა და სამედიცინო პერსონალის უფლებებზე. მნიშვნელოვანი ელემენტია ვერტიკალური ინტეგრაცია სექტორში, სადაც კომპანიები დაზღვევის, ჰოსპიტალურ და ფარმაცევტულ სფეროებში მოქმედებენ. ანგარიშში გაანალიზებულია მიმდინარე პოლიტიკის გავლენა საავადმყოფოების მდგომარეობაზე გრძელვადიან პერსპექტივაში.

კვლევის მეთოდი

ბაზრის შეფასება ეფუძნება აღმავალ, „ქვევიდან-ზევით“ მიდგომას და მოიცავს დოკუმენტური მასალების შესწავლას, პირდაპირ ინტერვიუებს, სტატისტიკური მონაცემების დამუშავებას და სავსე კვლევებს. შემთხვევებისდაგვარად სწორი შეფასების მისაღებად, ინფორმაცია მრავალ წყაროსთან დაზუსტდა.

ჩაღრმავებული ინტერვიუები ღია კითხვებით ექიმებთან და ჯანდაცვის სფეროს სპეციალისტებთან.

დოკუმენტური მასალის შესწავლა: ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმირების და მისი შედეგების შესახებ მომზადებული ანგარიშების ანალიზი. დამატებით წყაროებად სამეცნიერო ლიტერატურა და მედიაში გამოქვეყნებული მასალები იქნა გამოყენებული.

სტატისტიკური მონაცემები: არსებული სტატისტიკური მონაცემების ანალიზი. გამოკითხვა ჩატარდა მიმდინარე რეფორმების შესახებ მოქალაქეთა მოსაზრებების შესაფასებლად. მთავრობისგან გამოვითხოვეთ დაუმუშავებელი მონაცემები საავადმყოფოების, სოციალური დაზღვევის, ბენეფიციარების და საავადმყოფოების ადგილმდებარეობების შესახებ, რომლებიც საკუთრების სტრუქტურებისა და საბაზრო წილების გამოსაანგარიშებლად გამოვიყენეთ.

სავლე კვლევები ჩატარდა რამდენიმე რეგიონისა და თბილისის საავადმყოფოებში, სადაც პერსონალი და პაციენტები გამოიკითხა.

ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის რეფორმა

საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის რეფორმირება 1995 წლიდან მიმდინარეობს. რეფორმის პირველ წელს, ჯანდაცვის სახელმწიფო სექტორი, რომელიც ცენტრალიზებულად დაგეგმილ, საბჭოურ, სემაშკოს სისტემას წარმოადგენდა, კერძო სისტემად გარდაიქმნა. ამავე წელს სისტემაში საბაზრო მექანიზმები დაინერგა, რაც აფთიაქების და სტომატოლოგიური კლინიკების პრივატიზებაში გამოიხატა¹. პირველი ნაბიჯები საავადმყოფოების პრივატიზების მიმართულებით 1996 წელს გადაიდგა. საავადმყოფოებისა და პოლიკლინიკების ადმინისტრირება დამოუკიდებელი გახდა და შიდა საორგანიზაციო და მენეჯმენტის საკითხებს თავად უძღვებოდნენ². ეს საავადმყოფოების პრივატიზაციის პროცესის დასაწყისი იყო, რადგან სახელმწიფომ ისინი კერძო ინვესტორებს მიჰყიდა. წინა წლების სარეფორმო პოლიტიკას ხშირად მკაფიო ხედვის არარსებობისა და განხორციელების ფაზისადმი უყურადღებობის გამო აკრიტიკებდნენ - იმისთვის, რამაც საბოლოოდ ამ სტრატეგიის წარუმატებლობა განაპირობა³. ნევროლოგიური და ნეირორეაბილიტაციის ცენტრის განყოფილების ყოფილი გამგის შეფასებით, ეს რეფორმა სტიქიურად მიმდინარეობდა და მას ისეთი ხალხი ახორციელებდა, ვისაც არც სამედიცინო გამოცდილება და არც წარმოდგენა ჰქონდა, უკეთესი სისტემა როგორ შეექმნა⁴.

1999 წელს ჰოსპიტალური სექტორის გენერალური გეგმა შემუშავდა, რომელშიც საავადმყოფოები სამ კატეგორიად დაჯგუფდა: 1) საავადმყოფოები, რომელთა სახელმწიფოს საკუთრებაში დატოვება ჯობდა; 2) საავადმყოფოები, რომელთა პრივატიზება სამედიცინო პროფილის შენარჩუნებით შეიძლებოდა; 3) საავადმყოფოები, რომელთა გასხვისება სამედიცინო პროფილის შეუნარჩუნებლად, უძრავი ქონების სახით შეიძლებოდა⁵. 2004 წელს ახალმა მთავრობამ საავადმყოფოების ამ გეგმის განხორციელება ოფიციალურად შეწყვიტა და 2006 წელს ახალი სტრატეგიით ჩაანაცვლა.

ჰოსპიტალური სექტორის ამჟამინდელი პოლიტიკა

2003 წელს ჰოსპიტალური სექტორი სერიოზული პრობლემების წინაშე იდგა, რაც სამედიცინო მომსახურების ხარისხსა და ხელმისაწვდომობაზე უარყოფითად მოქმედებდა. ამ პრობლემებს ახალი მთავრობა უნდა გამკლავებოდა. ყველაზე სერიოზულ პრობლემებად სახელდებოდა:

- მოძველებული ინფრასტრუქტურა
- არაკონკურენტული გარემო
- არაადეკვატური და უხარისხო მომსახურება
- სუსტი რეგულაციები და მათი არასათანადო აღსრულება
- მომსახურების საფასურის ჯიბიდან გადახდის და კორუფციის მაღალი დონე⁶
- ქვეყანაში სამედიცინო მომსახურების არათანაბარი ხელმისაწვდომობა⁷.

¹ Gotsadze G. (2009) *Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implications*, Curatio International Foundation BMC Health services Research.

² Chanturidze T. Et. Al. (2009) *Health Systems in Transition: Georgia Health System Review*, World Health Organization, page:19.

³ Gotsadze G. (2009) *Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implications*, Curatio International Foundation BMC Health services Research.

⁴ ექიმი და მედიცინის მკვლევარი მერაბ ლომია.

⁵ Hauschild T. (2009) *Health-Care Reform in Georgia: A Civil Society Perspective: Country Case Study*, Oxfam International, Chanturidze T. Et. Al. (2009) *Health Systems in Transition: Georgia Health System Review*, World Health Organization

⁶ Hauschild T. (2009) *Health-Care Reform in Georgia: A Civil Society Perspective: Country Case Study*, Oxfam International

2006 წელს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ და რეფორმების კოორდინაციის საკითხებში სახელმწიფო მინისტრის აპარატმა ჯანდაცვის პოლიტიკის 2007-2009 წლების მთავარი მიმართულებები განსაზღვრეს. ახალი პოლიტიკის მიზანი საბაზრო მექანიზმების დანერგვით ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების შექმნა და ინფრასტრუქტურის გაუმჯობესება იყო. მნიშვნელოვანი სიახლე იყო „ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმა“, რომელიც 2007 წელს შემუშავდა და საავადმყოფოების არსებული ინფრასტრუქტურის სრულ შეცვლას ითვალისწინებდა. ამ პოლიტიკის მიხედვით, სახელმწიფოს საკუთრების ყველა უფლება კერძო სექტორისთვის სამი წლის ვადაში უნდა გადაეცა. რეგიონებში მრავალპროფილური საავადმყოფოები უნდა აშენებულიყო, რომელთა სიდიდე შესაბამისი რეგიონის მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით განისაზღვრებოდა და 25-50 საწოლიანი ან 50-100 საწოლიანი იქნებოდა⁸.

ცოტა ხნის წინ გამოქვეყნებულ დოკუმენტში - „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგია 2011-2015 წლებისთვის“, პრივატიზებაზე ორიენტირებული ძველი პოლიტიკა შენარჩუნებულია⁹. ახალი დოკუმენტის მიმართულებებსა და პრინციპებში ხაზგასმულია, რომ სამედიცინო მომსახურების ბაზარზე პირდაპირი ჩარევა არ მოხდება, ხოლო საავადმყოფოების და პირველადი სამედიცინო მომსახურების ობიექტების პრივატიზება სრულად განხორციელდება¹⁰.

პრივატიზაცია

ჯანდაცვის სისტემის სტრატეგიაში გადამწყვეტი როლი პრივატიზებას ენიჭება. პრივატიზაციისგან პაციენტების ხარისხიანი და ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფას და შედეგად, სექტორის ეფექტიანობას ზრდას მოელიან¹¹. პრივატიზების ამ პოლიტიკის სამი მიზეზი სახელდება: 1) იგი შესაბამისობაშია უფრო ფართო სტრატეგიულ მიდგომასთან, რომელიც ეფუძნება მინიმალურ რეგულირებასა და საბაზრო მექანიზმების მაქსიმალურ შეუზღუდაობას; 2) ჯანდაცვის სამინისტროს არა აქვს საკმარისი რესურსები საავადმყოფოების მოკლე ვადაში ასაშენებლად¹²; 3) ყველაზე ხშირად დასახელებული მიზეზია რწმენა იმისა, რომ პრივატიზაცია და საბაზრო მექანიზმები ხარისხიან და ხელმისაწვდომ სამედიცინო მომსახურებასთან მიგვიყვანს¹³. კონკურენტული გარემოს ხელშესაწყობად რეგულირების ლიბერალიზაცია და სამედიცინო მომსახურების მინიმალური სტანდარტების დაწესებაა გათვალისწინებული.

მიიჩნევა, რომ საბაზრო მექანიზმებით ჯანდაცვის სექტორში მაქსიმალური ეფექტიანობისა და ხარისხის მიღწევა შეიძლება. თუმცა ზოგიერთ ექსპერტს ამაში ეჭვი ეპარება და მიაჩნია, რომ საბაზრო მექანიზმები ჯანდაცვის სფეროში ისეთივე წარმატებით ვერ იმუშავებს, როგორც სხვა, მაგალითად, ტანსაცმლისა და სურსათის სექტორებში. რამდენიმე რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ ჯანდაცვა არ არის ერთი რიგითი სექტორი და მას, როგორც „ჩვეულებრივ ბაზარს“ არ უნდა მიუდგეს¹⁴. ყველაზე მეტად

⁷ Gotsadze G. (2009) *Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implications*, Curatio International Foundation BMC Health services Research.

⁸ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (2011) *საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგია: ხელმისაწვდომი ხარისხიანი ჯანდაცვა*. http://www.moh.gov.ge/files/2011/failebi/xarisxiani-jandacva/jandacva_GEO.pdf

⁹ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (2011) *საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგია: ხელმისაწვდომი ხარისხიანი ჯანდაცვა*. http://www.moh.gov.ge/files/2011/failebi/xarisxiani-jandacva/jandacva_GEO.pdf

¹⁰ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (2011) *საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგია: ხელმისაწვდომი ხარისხიანი ჯანდაცვა*. http://www.moh.gov.ge/files/2011/failebi/xarisxiani-jandacva/jandacva_GEO.pdf

¹¹ Chanturidze T. Et. Al. (2009) *Health Systems in Transition: Georgia Health System Review*, World Health Organization, page 102.

¹² საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ადმინისტრაციაში მომუშავე ოფიციალური პირის მიერ 2008 წლის 2 აპრილს გაკეთებული განცხადება, როგორც ციტირებულია გამოცემაში: Hauschild T. (2009) *Health-Care Reform in Georgia: A Civil Society Perspective: Country Case Study*, Oxfam International page 31.

¹³ Chanturidze T. Et. Al. (2009) *Health Systems in Transition: Georgia Health System Review*, World Health Organization.

¹⁴ საქართველოს მედიცინის, ფარმაციისა და სოციალური დაცვის მუშაკთა დამოუკიდებელი პროფესიული კავშირის პრეზიდენტი ჯონი ჯანაშია და სხვები.

პრივატიზებულ ჯანდაცვის სექტორებშიც კი, მაგალითად, ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ინსტიტუციური მექანიზმები მინიმალურ დონეზე მაინც არსებობს¹⁵¹⁶.

ექიმები და ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლები ჩვენთან ინტერვიუებში ხშირად აღნიშნავდნენ, რომ მომსახურების ხარისხის საბაზისო სტანდარტების გარანტირებისათვის, პრივატიზებასთან ერთად მთავრობის უფრო აქტიური მონაწილეობაც არის საჭირო. ექიმების თქმით, საბაზრო მექანიზმები რეგულირებაში არსებულ ხვრელებს ვერ ავსებს და ამდენად ქმედითი ნაბიჯების გადადგმა საჭირო¹⁷. არსებულმა ვითარებამ შეიძლება უარყოფითი შედეგი მოიტანოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის კუთხით. ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ გამოქვეყნებულ დოკუმენტებში „ჯანდაცვის ეროვნული სტრატეგიის სიტუაციური ანალიზი“ და „ეროვნული ჯანმრთელობის და ჯანდაცვის სისტემის მდგომარეობა“ - დიდი ადგილი პრობლემების განხილვას ეთმობა. დოკუმენტში აღნიშნულია, რომ:

„კერძო ინვესტორების ეკონომიკურმა ინტერესებმა შეიძლება პაციენტისთვის სამედიცინო მომსახურების რეგულარულ უზრუნველყოფას ძირი გამოუთხაროს, რაც ნეგატიურად აისახება ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ეს რისკები კანონმდებლობის და/ან რეგულირების დონეზე გერჯერობით არ არის შემცირებული.“¹⁸

„აქედან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია არსებული რეგულაციების ძირეულად შეცვლა და მათი ფოკუსირება: ა) მომხმარებლის დაცვაზე სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის მიზნით; ბ) ეკონომიკურ რეგულირებაზე, რომელიც უზრუნველყოფს ხარისხიანი მომსახურების უწყვეტად მიწოდებას, ბაზარზე შესვლისა და ბაზრიდან გასვლის რეგულირების გზით.“¹⁹

რეგულირება სამედიცინო მომსახურების მინიმალური ხარისხის და ხელმისაწვდომობის გარანტია იქნება, როდესაც საბაზრო მექანიზმები ჰოსპიტალურ ბაზარზე არსებული ვითარების გამო ვერ იმუშავებს. დღეისათვის წესების უმეტესობა არ არის ამოქმედებული და მათი შესრულება კეთილ ნებაზეა დამოკიდებული²⁰.

როდესაც ამ პოლიტიკის განხორციელება ახალი დაწყებული იყო, საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველომ ერთ-ერთ წინა ანგარიშში, „ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის მონიტორინგის ხელშეწყობა“, შეაფასა ექიმების ხედვა²¹. ზემოხსენებულ ანგარიშში აისახა ზოგიერთი ის საკითხი, რომლებიც სამედიცინო პერსონალის შემფოთებას იწვევდა. ერთ-ერთი ძირითადი დასკვნა, რომელიც ამ შეფასებიდან გამომდინარეობდა, ის იყო, რომ რესპონდენტებს მდგრადი, ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფისთვის რაიმე ფორმის რეგულირების არსებობა მიაჩნდათ საჭიროდ. როგორც ანგარიშშია აღნიშნული, გამოკითხული სამედიცინო პერსონალის 31%-ს მიაჩნია, რომ საქართველოს მთავრობამ სრულად უნდა იკისროს პასუხისმგებლობა ჯანდაცვის სისტემის გამართულ ფუნქციონირებაზე, ხოლო 61%-ი თვლის, რომ ეს პასუხისმგებლობა ჯანდაცვის სფეროში არსებულ პროფესიულ ასოციაციებს უნდა დაეკისროს²².

¹⁵ საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველო (2008) *ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის მონიტორინგის ხელშეწყობა*.

¹⁶ საქართველოს მედიცინის, ფარმაციისა და სოციალური დაცვის მუშაკთა დამოუკიდებელი პროფესიული კავშირის პრეზიდენტი ჯონი ჯანაშია.

¹⁷ საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველო (2008) *ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის მონიტორინგის ხელშეწყობა*.

¹⁸ Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia (2011) *THE STATE OF NATION'S HEALTH AND HEALTH SYSTEM: The Situation Analysis for the National Health Care Strategy Development: For official use only*, page 23.

¹⁹ Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia (2011) *THE STATE OF NATION'S HEALTH AND HEALTH SYSTEM: The Situation Analysis for the National Health Care Strategy Development: For official use only*, page 23.

²⁰ ჯანდაცვის სპეციალისტი, რომელმაც ანონიმურად დარჩენა ისურვა, Chanturidze T. Et. Al. (2009) *Health Systems in Transition: Georgia Health System Review*, World Health Organization.

²¹ საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველო (2008) *ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის მონიტორინგის ხელშეწყობა*.

²² საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველო (2008) *ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის მონიტორინგის ხელშეწყობა*.

პოლიტიკის გავლენა ჰოსპიტალურ სექტორზე

ბოლოდროინდელმა პოლიტიკამ შესაძლებელი გახადა მთელ საქართველოში თანამედროვე აპარატურით აღჭურვილი საავადმყოფოების სწრაფი მშენებლობა, თუმცა, ამავე დროს, გარკვეული რეგრესიც გამოიწვია. მომდევნო ქვეთავში განხილულია ის შედეგები, რომლებიც არსებულმა პოლიტიკამ და პრივატიზაციამ ჰოსპიტალურ სექტორს მოუტანა, მათ შორის ვერტიკალური ინტეგრაცია, ინტერესთა კონფლიქტი და სამედიცინო პერსონალის მდგომარეობა.

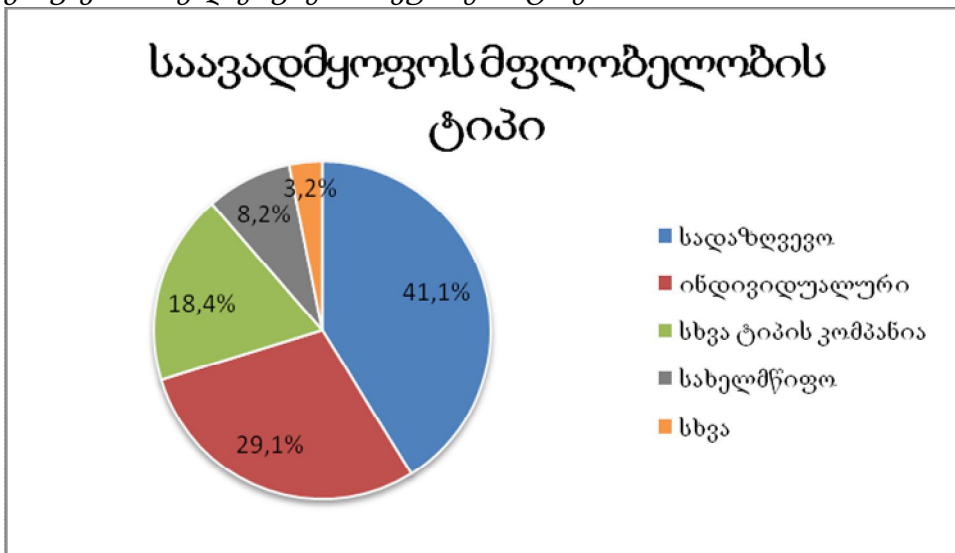
საავადმყოფოების საკუთრება

ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმირების გეგმა კრიტიკის ქვეშ 2007 წელს, თითქმის მისი ამოქმედებისთანავე, მოექცა და მნიშვნელოვან წინააღმდეგობებს წააწყდა. მსოფლიო ეკონომიკური კრიზისისა და 2008 წლის რუსეთ-საქართველოს კონფლიქტის შედეგად ქვეყანაში ინვესტიციების დონემ იკლო, რამაც ჰოსპიტალურ სექტორში დაგეგმილ რეფორმებზე უარყოფითად იმოქმედა. ამ წინააღმდეგობების დასაძლევად მთავრობამ, საავადმყოფოების ასაშენებლად, პროცესში სადაზღვევო კომპანიები ჩართო²³. რადგან არანაირი რეგულაცია არ განსაზღვრავდა ინვესტორთა კატეგორიებს, რომლებსაც საავადმყოფოს ყიდვის ან აშენების უფლება ექნებოდათ, და არც რაიმე შეზღუდვა იყო დაწესებული ინვესტორთა კატეგორიებზე, პროცესში ფარმაცევტული კომპანიებიც ჩაერთვნენ, რომლებმაც საავადმყოფოები შეიძინეს და საკუთარი კლინიკები აიშენეს²⁴.

ვინ რას ფლობს და რამდენს?

2013 წლის ბოლომდე მთელ საქართველოში 151 საავადმყოფოს ამოქმედება იგეგმება. მათგან 87 უკვე ფუნქციონირებს²⁵. პრივატიზაციის და ჰოსპიტალურ პროგრამაში სადაზღვევო კომპანიების ჩართვის შედეგად, ამ საავადმყოფოთა 42% სადაზღვევო კომპანიებს ეკუთვნის. წარმოდგენილ გრაფიკში ნაჩვენებია პროცენტული წილები საავადმყოფოს საკუთრების ტიპის მიხედვით. ინვესტორთა ტიპები დეტალურად ქვემოთ არის განხილული.

გრაფიკი 1. საავადმყოფოების საკუთრების ტიპები²⁶



²³ Chitanva M. et.al (2011) *Public and Expenditures on Education and Health in Georgia Before and During the Global Crisis*, Case Network Reports, No.101/2011, page 71

²⁴ www.Aversi.ge

²⁵ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ მოწოდებული ინფორმაცია.

²⁶ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ მოწოდებული ინფორმაცია; პროცენტები ემყარება საავადმყოფოების რაოდენობას ერთ მესაკუთრეზე.

ფიზიკური პირები

ფიზიკური პირები საქართველოში არსებული საავადმყოფოების დაახლოებით 30%-ის მფლობელები არიან. რეალური მესაკუთრეების დადგენა ძნელია. ფორმალური მფლობელების სახელების გაგება შესაძლებელია, მაგრამ დამატებითი ინფორმაციის მოპოვება რთულია. შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ ზოგი მათგანი ექიმი და სამედიცინო სფეროს წარმომადგენელია და საკუთარ კლინიკებს ამუშავებენ, ზოგი კი - ბიზნესმენი.

კომპანიები

საავადმყოფოების მფლობელი კომპანიების შესახებ დეტალური ინფორმაციის მოპოვება, ზოგ შემთხვევაში, შეუძლებელია, რაც საავადმყოფოების მართვაში მათ გამოცდილებაზე კითხვებს, ხოლო სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებულ ამოცანებსა და სტრატეგიაზე ეჭვებს აჩენს. მაგალითად, IHOPE ერთ-ერთი ასეთი კომპანიაა, რომელიც საქართველოში 9 საავადმყოფოს მესაკუთრეა. IHOPE-ის აქციათა 78% კომპანია T-Service-ს ეკუთვნის. T-Service-ის მფლობელი ჯერ ალექსანდრე ბერგერი იყო, შემდეგ კი - ელენა ლევინა²⁷. არც ერთ ამ პიროვნებაზე ინფორმაცია არ მოიპოვება. საქართველოში 9 საავადმყოფოს მფლობელ IHOPE-ის რეალური მეპატრონის და თავად ამ კომპანიის შესახებ ინფორმაციის მოძიების მცდელობა წარუმატებელი აღმოჩნდა. მართალია, ბოლოს ერთ ვებგვერდს მივაგენით, რომლის თანახმადაც ალექსანდრე ბერგერი ადვოკატია, მაგრამ იმ შტატში, რომელშიც ბერგერი, ვებგვერდის ინფორმაციით, მუშაობს, ის ადვოკატად რეგისტრირებული არ არის მიუხედავად იმისა, რომ პრაქტიკოსი ადვოკატების რეგისტრაცია იქ სავალდებულოა²⁸. აბსოლუტურად გაუგებარია, რას წარმოადგენს კომპანია IHOPE და არანაკლებ გაუგებარია, T-Service LTD-ი რას საქმიანობს. არ არის გამორიცხული, რომ ისინი ქართული ფირმების ფასადური კომპანიებია, თუმცა რაიმეს დანამდვილებით მტკიცება, ინფორმაციის ნაკლებობის გამო, შეუძლებელია. IHOPE-ის შემთხვევა ერთადერთი არ არის. არის სხვა კომპანიებიც, რომელთა შესახებ ბევრი არაფერია ცნობილი. ამ კომპანიებზე ინფორმაციის არარსებობა (ბევრ მათგანს ვებგვერდიც კი არა აქვს) საავადმყოფოებთან დაკავშირებით მათ გრძელვადიან გეგმებს და მათ მიერ სამთავრობო წესების ნებაყოფლობით შესრულებას საეჭვოს ხდის.

სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული საავადმყოფოები

სახელმწიფოს საკუთრებაში, ძირითადად, ფსიქიატრიული და/ან სპეციფიკური სამედიცინო მომსახურების გამწევი საავადმყოფოები რჩება. ამ ტიპის სხვა საავადმყოფოები აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოსა (USAID) და სამედიცინო უნივერსიტეტების დახმარებით აშენდა.

დაზღვევა

სადაზღვევო კომპანიები საქართველოს საავადმყოფოების 42%-ის მფლობელები არიან. რამდენიმე შერწყმისა და შესყიდვის შედეგად სადაზღვევო კომპანიების რიცხვმა იკლო და მხოლოდ რამდენიმე მსხვილი კომპანია დარჩა, რომლებიც საავადმყოფოების მესაკუთრეები არიან²⁹. რამდენიმე კომპანიის საკუთრების გაანალიზება გვიჩვენებს, რომ საქართველოში არსებული საავადმყოფოებისა და კლინიკების 80%-ის მფლობელი სამი სადაზღვევო კომპანიაა³⁰. ამ მონაცემებში ერთი ყურადსაღები საკითხი „ავერსისა“ და „ალფას“ მიერ საავადმყოფოების/კლინიკების საკუთრებაა. „ავერსი“ სადაზღვევო კომპანია „ალფას“ მფლობელია. „ავერსს“ ერთი საავადმყოფო აქვს, „ალფას“ - 2. გარდა ამისა, „ავერსს“ საქართველოში 5 კლინიკა და თბილისში არსებული კლინიკის ორი ფილიალი

²⁷ საჯარო რეესტრის მიერ მოწოდებული ინფორმაცია.

²⁸ ვებგვერდი:

http://www.mywsba.org/Default.aspx?tabid=177&ShowSearchResults=TRUE&LastName=Berger&SortExpression=Member_Last_Name%20ASC

http://www.sos.wa.gov/corps/search_detail.aspx?ubi=602465415

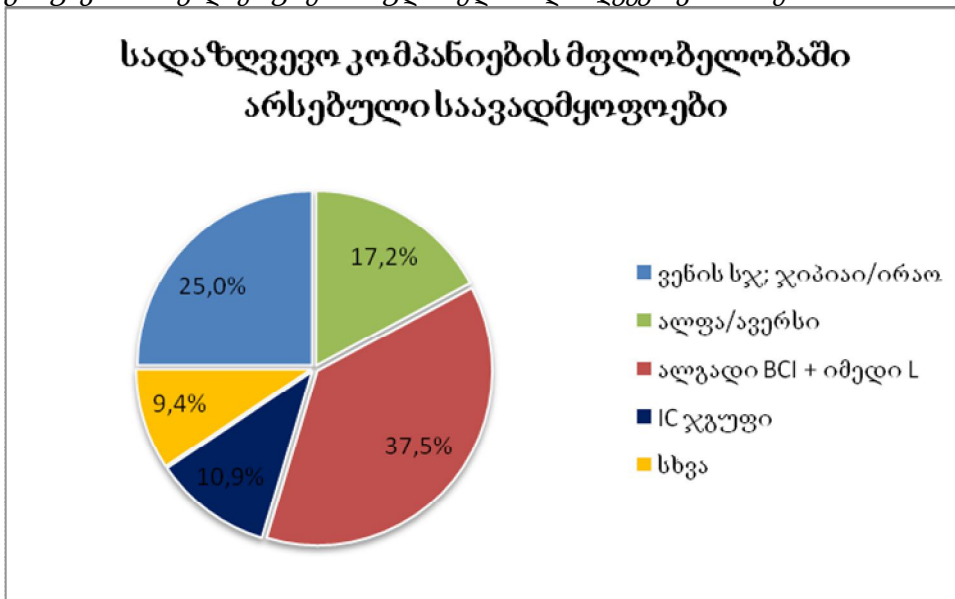
²⁹ მესაკუთრის ტიპის მიხედვით საავადმყოფოების რაოდენობაზე დაყრდნობით.

³⁰ სადაზღვევო კომპანიების საკუთრებაში არსებული საავადმყოფოების რაოდენობაზე დაყრდნობით.

ეკუთვნის. სამედიცინო დაწესებულებები, რომლებსაც კლინიკებს ემახიან, პაციენტებს ისეთსავე მომსახურებას უწევენ (ზოგ შემთხვევაში, უფრო მრავალფეროვანსა), როგორც რეგიონებში „მრავალპროფილური“ საავადმყოფოები³¹. ამიტომ, ზოგადი სურათისთვის, ეს კლინიკები საავადმყოფოებად ჩავთვალოთ.

კომპანიების საკუთრების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ საქართველოში არსებული საავადმყოფოების 80%-ზე მეტის მფლობელები „ალდაგი ბისიაი“, „ვენის სადაზღვევი ჯგუფი“ და „ავერსი“/„ალფა“ არიან. საავადმყოფოების მფლობელი სადაზღვევი კომპანიების წილები ქვემოთ მოტანილ გრაფიკზეა ნაჩვენები.

გრაფიკი 2. საავადმყოფოების მფლობელი სადაზღვევი კომპანიები³²



საავადმყოფოების დიდ წილებს ოთხი სადაზღვევი კომპანია ფლობს. „ალდაგი ბისიაი“ „იმედი ელ“-თან შერწყმის შემდეგ ყველაზე მსხვილი სადაზღვევი კომპანიაა³³. „ალდაგი ბისიაი“-ს აქციათა 49%-ს „საქართველოს ბანკი“, ხოლო დანარჩენ 51%-ს - Galt & Taggart Securities ფლობს. „ვენის სადაზღვევი ჯგუფი“, რომელიც სადაზღვევი კომპანიების „ჯი პი აი ჰოლდინგისა“ და „ირაოს“ მესაკუთრეა, მეორე კომპანიაა საქართველოში საავადმყოფოების რაოდენობის მიხედვით³⁴. „ვენის სადაზღვევი ჯგუფი“ ერთ-ერთი უმსხვილესი კომპანიაა, რომელიც ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის 25 ქვეყანაში ფუნქციონირებს. 2006 წლიდან „ვენის სადაზღვევი ჯგუფი“ „ჯი პი აი ჰოლდინგისა“ და „ირაოს“ აქციათა საკონტროლო პაკეტების მფლობელია საქართველოში³⁵. საავადმყოფოების რაოდენობით მესამე სადაზღვევი კომპანიაა „ალფა“/„ავერსი“, რომელზეც საავადმყოფოების 17%-იანი წილი მოდის.

სოციალური დაზღვევა და საავადმყოფოები

ეს კომპანიები, რომელთა საკუთრებაშიც ბევრი საავადმყოფოა, სოციალური დაზღვევის მსხვილი მიმწოდებლებიც არიან. მოსახლეობის დიდი ნაწილისთვის სოციალური დაზღვევის შემოდების

³¹ www.Aversi.ge

³² საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ მოწოდებული ინფორმაცია; პროცენტები ემყარება სამხოლოდ დაზღვევი კომპანიების საკუთრებაში არსებული საავადმყოფოების რაოდენობას.

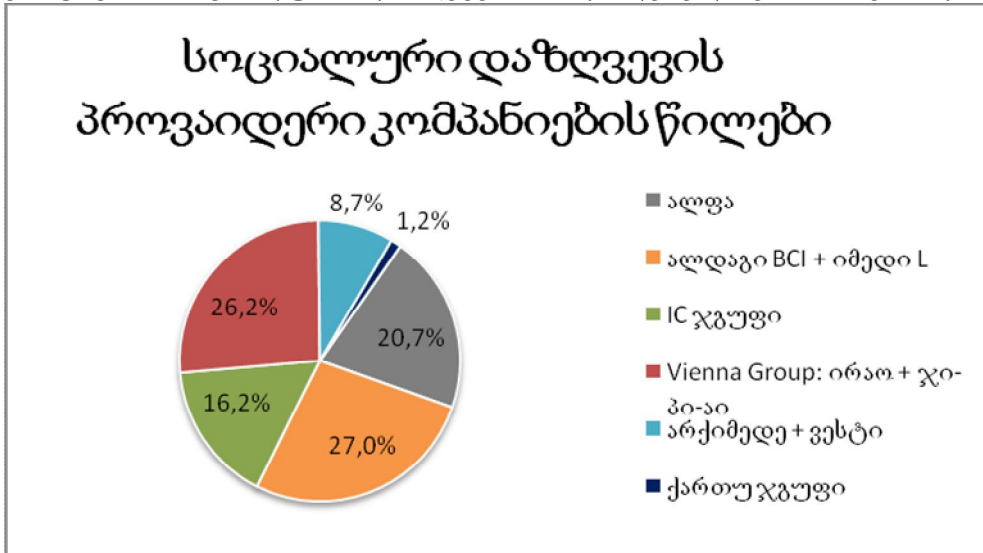
³³ <http://www.bci.ge/index.php?m=2&lang=eng> http://www.georgiatoday.ge/article_details.php?id=10114

³⁴ <http://www.vig.com/en/jobs-career/vig-contact/vig-in-georgia.html> <http://www.vig.com/en/investor-relations/ir-newsad-hocnews/detail/vienna-insurance-group-increase-in-tbih-holding-to-100-percent.html>

³⁵ <http://www.vig.com/en/jobs-career/vig-contact/vig-in-georgia.html> <http://www.vig.com/en/investor-relations/ir-newsad-hocnews/detail/vienna-insurance-group-increase-in-tbih-holding-to-100-percent.html>

შემდეგ სადაზღვევო ბაზარი სწრაფად ვითარდება. ასევე, ეს ძლიერი ბიძგი აღმოჩნდა იმ კომპანიებისათვისაც, რომლებთანაც სახელმწიფომ სოციალური დაზღვევის მიწოდებაზე კონტრაქტები გააფორმა და მსხვილი თანხები გადაურიცხა³⁶. ქვემოთ მოტანილ გრაფიკში ნაჩვენებია კომპანიების წილები სადაზღვევო პრემიების და ადამიანთა რიცხვის მიხედვით, რომლებსაც ეს კომპანიები სოციალურ დაზღვევას აწვდიან. ამავე დროს, ეს ის კომპანიებია, რომლებიც ჰოსპიტალური სექტორის მსხვილი წილების მფლობელები არიან.

გრაფიკი 3. სოციალური დაზღვევის მიმწოდებელი კომპანიების წილები³⁷



სოციალური დაზღვევის რეგიონული სისტემა

დაზღვევის რეგიონულ სისტემაზე გადასვლასა და რეგიონებში ახალი სავადმყოფოების მშენებლობას შორის, როგორც ჩანს, კავშირი არსებობს. 2010 წელს სოციალური დაზღვევა ვაუჩერული სისტემიდან რეგიონულზე გადავიდა³⁸. ვაუჩერული სისტემის დროს ადამიანს ვაუჩერი ანუ სადაზღვევო პრემია ეძლეოდა და ამ ვაუჩერით მას შეეძლო სოციალური დაზღვევის მიმწოდებელი კომპანია აერჩია. ეს სისტემა რეგიონულმა სისტემამ შეცვალა. ამ ახალი სისტემის ფარგლებში, სადაზღვევო კომპანიებმა, კონკურსის წესით, ქვეყნის თითოეული რეგიონის ყველა მოსახლის დასაზღვევად კონტრაქტები მოიპოვეს. შედეგად, თითო რეგიონს სოციალურ დაზღვევას მხოლოდ ერთი კომპანია აწვდის³⁹.

დაზღვევის რეგიონული სისტემა ჩვენმა რესპონდენტებმა მკაცრად გააკრიტიკეს. მათი თქმით, ახალმა სისტემამ მნიშვნელოვნად შეუმცირა მომხმარებლებს არჩევანი, ასევე, შეზღუდა კონკურენცია, რომელმაც, მთავრობის მტკიცებით, ჯანდაცვის სექტორის ეფექტიანობა უნდა უზრუნველყო. ვაუჩერული სისტემიდან რეგიონულ სისტემაზე გადასვლის გავლენა კონკურენციაზე დეტალურად განხილულ იქნება ჩვენს მომავალ ანგარიშში სადაზღვევო სექტორის შესახებ.

Healthy World-ის პროექტის დირექტორის ზურაბ ფუტყარაძის თქმით: „ხელისუფლებამ არსებული კანონები (კონსტიტუცია, კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ, კანონი პაციენტთა უფლებების შესახებ) დაარღვია, უფრო სწორად, დაარღვია ჯანდაცვის უფლება, რომელიც მოქალაქეს თავისუფლებას ანიჭებს, ავადმყოფობის შემთხვევაში თავად აირჩიოს სამკურნალო დაწესებულება.

³⁶ საქართველოს სადაზღვევო ასოციაციის თავმჯდომარე დევი ხეჩინაშვილი.

³⁷ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს და მდგრადი ეკონომიკური განვითარების სამინისტროს მიერ მოწოდებული ინფორმაცია; პროცენტები ემყარება ბენეფიციარების რაოდენობას პლუს კომპანიების მიერ უზრუნველყოფილი პრემიების რაოდენობა.

³⁸ ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტის რეგულირების სამმართველოს უფროსი ევა პაატაშვილი, 28 დეკემბერი.

³⁹ საქართველოს სადაზღვევო ასოციაციის თავმჯდომარე დევი ხეჩინაშვილი.

ჩვენ შემთხვევაში, ხელისუფლებამ ერთ სადაზღვევო კომპანიას მონოპოლიური მდგომარეობა მისცა იმით, რომ ნება დართო, თბილისის სოციალურად დაუცველი მოსახლეობა მთლიანად მოეცვა. ამრიგად, ვიღებთ ერთ დომინანტ სადაზღვევო კომპანიას, რომელიც მთელ რეგიონს ფარავს. ეს ამცირებს მოსახლეობის შანსს, კონკურენტი კომპანიების უფრო ხელსაყრელი შეთავაზებებით ისარგებლოს. ეს ძირითადად გაკეთდა ამ სადაზღვევო კომპანიების სტიმულირებისათვის, მიეღოთ მონაწილეობა საავადმყოფოების პრივატიზების ტენდერებში, რომლებიც, უმეტეს შემთხვევაში, მათთვის მოგებიანი არ არის, ვინაიდან ეგრეთ წოდებული საავადმყოფოს ლოტები ერთ პაკეტად იმ ვალდებულებასთან ერთად იყიდება, რომელიც დაშორებულ რაიონებში სამედიცინო მომსახურების დაწესებულების მშენებლობას ან გარემონტებას ითვალისწინებს.⁴⁰

სადაზღვევო კომპანიის ერთმა თანამდებობის პირმა კი თქვა:

„ხალხს სადაზღვევო კომპანიის არჩევის საშუალება არა აქვს და კონკურენციაც მნიშვნელოვნად შემცირდა... ყოველი სადაზღვევო კომპანია ვალდებულია, საავადმყოფო ააშენოს. ეს მათთვის საერთოდ არ არის მოგებიანი და მათ ამის გაკეთება ნამდვილად არ სურთ, რადგან ძალიან ძვირი უჯდებათ.“⁴¹

„სისულელეა იმის თქმა, რომ საავადმყოფო უფრო ეფექტიანია და შესაბამისად, სადაზღვევო კომპანიისთვის უფრო მოგებიანი. საავადმყოფო სადაზღვევო კომპანიას ძალიან ძვირი უჯდება.“⁴²

ჩნდება კითხვა, საერთოდ რატომ შეიქმნა ეს სისტემა, რომელმაც კონკურენცია შეამცირა და შეიძლება არაეფექტიანი აღმოჩნდეს? ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენელმა ჩვენი რესპონდენტების მიერ გამოთქმული ვარაუდები დაადასტურა, როდესაც სოციალური დაზღვევის სისტემის ცვლილების მიზეზის შესახებ თქვა:

„არ ვარ დარწმუნებული, რატომ შეიცვალა სახელმწიფო დაზღვევის სისტემა, მაგრამ ვფიქრობ, ამ კომპანიებს საავადმყოფოების აშენებაც სჭირდებოდათ, რაც ძალიან მნიშვნელოვანია. კომპანიებს შესაძლებლობა მიეცათ, რეგიონში სოციალური დაზღვევის მიმწოდებლები გამხდარიყვნენ და საავადმყოფოს ასაშენებლად საჭირო ფინანსური რესურსები ამ გზით ამოეღოთ.“⁴³

ვერტიკალური მონოპოლიზაცია

სადაზღვევო კომპანიებსა და ხელისუფლებას შორის გარიგების შესაძლო არსებობის აშკარა მაჩვენებელია საავადმყოფოების მფლობელების და რეგიონში სოციალური დაზღვევის პროვაიდერების კლასიფიკაცია. რეგიონების უმრავლესობაში ახალი საავადმყოფოების მფლობელები ის კომპანიები არიან, რომლებიც ამავედროულად სოციალური დაზღვევის მიმწოდებლებიც არიან. ქვემოთ მითითებულ რუკაზე ნაჩვენებია ეს პარალელური საქმიანობა, საიდანაც ვერტიკალური ინტეგრაცია წარმოიშობა. შედეგად, ნაკლებ სავარაუდოა, რომ კონკურენცია გაჩნდეს, ვინაიდან ერთი და იგივე კომპანია სამედიცინო მომსახურების მზღვეველიც, სამედიცინო მომსახურების გამწვევიცა და, 20%-ის შემთხვევაში, მედიკამენტების მიმწოდებელიც არის. ვერტიკალური ინტეგრაცია ინტერესთა კონფლიქტის წარმოქმნისა და კონკურენციის შემცირების რისკს შეიცავს.

რუკის ბმული

<http://tiles.mapbox.com/tornike/map/mergedinsurancecompanies>

⁴⁰ Healthy World-ის პროექტის დირექტორი ზურაბ ფუტკარაძე.

⁴¹ სადაზღვევო კომპანიის თანამშრომელი, რომელმაც ანონიმურად დარჩენა არჩია.

⁴² სადაზღვევო კომპანიის თანამშრომელი, რომელმაც ანონიმურად დარჩენა არჩია.

⁴³ ჯანდაცვის სამინისტროს თანამშრომელი საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველოსთან ინტერვიუში.

ვერტიკალური მონოპოლიზაციის შედეგები

არსებული პოლიტიკის ერთ-ერთი წინაპირობა კონკურენციაა, რომლისგანაც ეფექტიანობის ზრდას და შესაბამისად, ხელმისაწვდომი ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიღებას მოელიან. თუმცა საეჭვოა, არსებულ ვითარებაში კონკურენცია გაჩნდეს. ამ მოსაზრებას ბევრი ჩვენი რესპონდენტი იზიარებს. ერთ-ერთი მათგანის, საქართველოს სადაზღვევო ასოციაციის თავმჯდომარის, დევი ხეჩინაშვილის, თქმით:

„სრულიად ნათელია, რომ საქართველოში სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფის სისტემის მშენებლობა დღეს ექსკლუზიურობას ემყარება, ვინაიდან რეგიონებს, უმეტეს შემთხვევაში, ერთი ფინანსური კომპანია და ერთი მომსახურების მიმწოდებელი კომპანია ემსახურება. ეს შეიძლება ისეთ სისტემად ჩამოყალიბდეს, რომელიც კონკურენციას შეაფერხებს და მომსახურების ხარისხის მხრივ პრობლემებს შექმნის.“⁴⁴

იმ ინტერვიუების შედეგების საფუძველზე, რომლებიც ექიმებთან და ჯანდაცვის სპეციალისტებთან ჩავატარეთ, შეფასდა როგორც არსებული სიტუაცია, ასევე მომდევნო წლებში ამ სტრატეგიის შესაძლო გავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე. გამოვავლინეთ, რომ ინტერესთა კონფლიქტს ისეთ ვითარებასთან მივყავართ, როდესაც სადაზღვევო კომპანიები პაციენტებზე ფულის დაზოგვას ცდილობენ, ხოლო დაუზღვეველი პაციენტებისთვის მომსახურება ძვირდება.

ინტერესთა კონფლიქტი

ინტერვიუებში ექიმები ხშირად შეშფოთებას გამოთქვამდნენ იმის გამო, რომ სადაზღვევო კომპანია ეცდება, ფული იმ პაციენტზე დაზოგოს, ვისი სოციალური მზღვეველიცაა, თუ ეს პაციენტი სადაზღვევო კომპანიის კუთვნილ საავადმყოფოში მოხვდა. ამრიგად, ინტერესთა კონფლიქტი ჩნდება მაშინ, როდესაც ერთი და იგივე კომპანია მთელი რეგიონის მოსახლეობის სოციალური დაზღვევის მიმწოდებელი და ამავდროულად, იმავე რეგიონის ყველა საავადმყოფოს მფლობელია. სოციალური დაზღვევის პროვაიდერები შეეცდებიან, თავიანთ საავადმყოფოში მოხვედრილ პაციენტებს ყველაზე იაფი მკურნალობა დაუნიშნონ ანდა ყველაზე ნაკლები დანახარჯებით დაუსვან დიაგნოზი, რათა მოგება არ შეუმცირდეთ.

საქართველოს მედიცინის, ფარმაციისა და სოციალური დაცვის მუშაკთა დამოუკიდებელი პროფესიული კავშირის პრეზიდენტის, ჯონი ჯანაშიას, ასევე, რამდენიმე სხვა ექიმის თქმით, საავადმყოფოს მესაკუთრე სადაზღვევო კომპანია პაციენტზე საკმარის თანხას არ ხარჯავს, რათა ფული დაზოგოს⁴⁵. ამ მოსაზრებას ეთანხმება რამდენიმე ის ექიმიც, რომლებსაც რეგიონებში გავსაუბრეთ, და ექსპერტებიც. Welfare Foundation-ის აღმასრულებელ დირექტორს, სიმონ გაბრიჩიძეს, მიაჩნია, რომ:

„სადაზღვევო კომპანიები საავადმყოფოებს სოციალური დაზღვევის პროგრამების გარეშე ვერ შეინახავენ. ფული რომ დაზოგონ, სადაზღვევო კომპანიები ცდილობენ. შეამცირონ ექიმთან ვიზიტები. საავადმყოფოებს ძალიან გაუჭირდება, მოგებიანი გახდნენ, რაც მომსახურების ხარისხსა და მოცულობაზე იმოქმედებს.“⁴⁶

ერთმა ქირურგმა გვითხრა, რომ საავადმყოფოებში არასწორად დასმული დიაგნოზების შემთხვევების აღმოსაჩენად ყოველწლიურად შემოწმება ტარდება და ამ შემოწმების შედეგად რამდენიმე კომპანია

⁴⁴ საქართველოს სადაზღვევო ასოციაციის თავმჯდომარე დევი ხეჩინაშვილი.

⁴⁵ საქართველოს მედიცინის, ფარმაციისა და სოციალური დაცვის მუშაკთა დამოუკიდებელი პროფესიული კავშირის პრეზიდენტი ჯონი ჯანაშია.

⁴⁶ Welfare Foundation-ის აღმასრულებელი დირექტორი სიმონ გაბრიჩიძე.

დაჯარიმდა, მაგრამ ეს შემოწმებები არაეფექტიანია, ვინაიდან იმ მასშტაბისა არ არის, რომ ასეთი შემთხვევების პრევენციას რეალურად შეუწყოს ხელი⁴⁷. ქირურგის თქმით, სადაზღვევო კომპანიები ისეთ ორგანიზებას უკეთებენ და ისეთ მითითებებს აძლევენ სამედიცინო პერსონალს, რომ ისინი პაციენტზე შეძლებისდაგვარად ცოტა ფულს ხარჯავენ. რამდენიმე ექიმის თქმით, სადაზღვევო კომპანიები უარს ამბობენ გარკვეული მკურნალობის დანიშვნაზე ანდა თავს არიდებენ ისეთი მკურნალობის დანიშვნას, რომელიც ძალზე ძვირადღირებულია⁴⁸.

ისეთ ადამიანებსაც შევხვდით, რომლებიც ამგვარ პრობლემებს წააწყდნენ. ერთ-ერთი მათგანი ჭიათურელი ქალია, რომელსაც თიაქარი ჰქონდა საოპერაციო. ჭიათურაში ექიმმა მას, გაურკვეველი მიზეზით, უარი უთხრა საავადმყოფოში მიმართვის ფორმის მიცემაზე. ის ჭიათურელი ექიმი, ამავდროულად, სადაზღვევო კომპანიის წარმომადგენელია ჭიათურაში, რაც მისი, როგორც ექიმის, გადაწყვეტილებას ეჭვის ქვეშ აყენებს. ამ მეორე სტატუსის გამო, ეს ექიმი სხვა ინტერესების დამცველიცაა. მეტიც, სადაზღვევო კომპანიის წარმომადგენლისა და ექიმის გარდა, იგი საავადმყოფოს მმართველის მოადგილეცაა. მას შემდეგ, რაც ამ ჭიათურელმა ქალმა თბილისის საავადმყოფოს მიაკითხა და მომსახურების ფული თვითონ გადაიხადა, გაირკვა, რომ მას მკურნალობა ნამდვილად სჭირდებოდა. Welfare Foundation-ის აღმასრულებელი დირექტორი, სიმონ გაბრიჩიძე, რომელმაც ეს საკითხები გამოიკვლია, ამბობს, რომ ეს შემთხვევა გამონაკლისი არ არის და ასეთი ათობით მაგალითი არსებობს⁴⁹.

მეორე პრობლემა არჩევანის ნაკლებობაა. სადაზღვევო კომპანიები ბენეფიციარების ყოველთვის საკუთარ საავადმყოფოებში გაგზავნას ცდილობენ, სადაც მათ ფასის დაწვევა შეუძლიათ. შედეგად, ბენეფიციარების დიდ ნაწილს არ ეძლევა შესაძლებლობა, აირჩიოს საავადმყოფო ან სოციალური მზღვეველი. ამ სისტემას კონკურენციის შესაქმნელი საბაზისო მექანიზმები აკლია და საპირიპიროს რამეს უწყობს ხელს, რადგან ხალხს არჩევანი არ რჩება და მზღვეველის გადაწყვეტილებაზეა მთლიანად დამოკიდებული.

მომსახურების ფასები

ახალ საავადმყოფოებში ფასები არა მარტო იზრდება, არამედ მომსახურების ფასები დამოკიდებულია იმაზეც, პაციენტი დაზღვეულია თუ არა და ვის მიერ არის დაზღვეული. რეგიონებისა და თბილისის სხვადასხვა კომპანიებში მომუშავე ექიმები ამბობენ, რომ ერთსა და იმავე მომსახურებაზე სამი სხვადასხვა ტარიფია დაწესებული⁵⁰. მომსახურების ტარიფი მნიშვნელოვნად ნაკლებია, თუ სადაზღვევო კომპანია, რომელიც საავადმყოფოს მფლობელია, თავად ფარავს ამ მომსახურების ხარჯს. ეს ლოგიკურად გამომდინარეობს ისეთი ვითარებიდან, როდესაც კომპანია ზოგავს იმ ფულს, რომელიც მისივე დაზღვეულისთვის გაწეულ მომსახურებაში უნდა გადაიხადოს. განსხვავებული ტარიფების მოქმედებს სხვა კომპანიების მიერ დაზღვეული ადამიანებისთვის. ამ შემთხვევაში ფასის სიდიდე სადაზღვევო კომპანიასა და საავადმყოფოს შორის გარიგებასა და იმ ადამიანთა რაოდენობაზეა დამოკიდებული, რომელთაც ის სადაზღვევო კომპანია ამ საავადმყოფოში გამოაგზავნის. მესამე ტიპის ტარიფი ყველაზე მოგებიანია და იმ ადამიანებისთვის მოქმედებს, რომლებიც სოციალური ან კერძო სადაზღვევო სქემით არ სარგებლობენ⁵¹. ადამიანთა ამ კატეგორიაში, ხშირად, ისეთებიც არიან, ვისაც კერძო დაზღვევა არა აქვს და არც სოციალური დაზღვევა ეკუთვნის, ვინაიდან სიღარიბის ზღვარს ზემოთ ცხოვრობს. ამ ჯგუფისთვის გაწეული მომსახურების ფასები სოციალური დაზღვევის ბენეფიციართა ფასებს სამჯერ აღემატება. შედეგი კი ის არის, რომ ხალხს მკურნალობის ფული არა აქვს ანდა სამკურნალოდ ვალის აღება უწევს, რადგან ამ ჯგუფის მომსახურების ფასები მატულობს. საქართველოს მედიცინის, ფარმაციისა და სოციალური დაცვის მუშაკთა დამოუკიდებელი პროფესიული კავშირის პრეზიდენტის ჯონი ჯანაშიას თქმით:

⁴⁷ ქირურგის ეროვნული ცენტრის ქირურგი ლაშა კალმახელიძე.

⁴⁸ ჭიათურაში მომუშავე ქირურგი და Healthy World-ის პროექტის დირექტორი ზურაბ ფუტყარაძე.

⁴⁹ Healthy World-ის პროექტის დირექტორი ზურაბ ფუტყარაძე და Welfare Foundation-ის აღმასრულებელი დირექტორი სიმონ გაბრიჩიძე.

⁵⁰ ჭიათურაში მომუშავე ქირურგი და ქირურგის ეროვნული ცენტრის მთავარი ქირურგი ლაშა კალმახელიძე.

⁵¹ ჭიათურაში მომუშავე ქირურგი და ქირურგის ეროვნული ცენტრის მთავარი ქირურგი ლაშა კალმახელიძე.

„იქმნება ისეთი ვითარება, როდესაც ექიმი იმ სადაზღვევო კომპანიაზე დამოკიდებული, რომელშიც მუშაობს და მას მითითება აქვს მიღებული, იმოქმედოს სადაზღვევო კომპანიის ინტერესების შესაბამისად. ჩვენ წვევრებს ბევრჯერ დაუზივლიათ, რომ ეს მათ ისეთ სიტუაციაში აგდებს, როდესაც ვალდებული არიან უიარვესი მომსახურება პაციენტს ყველაზე ძვირად შესთავაზონ მაშინ, როდესაც ეს მომსახურება პაციენტისთვის სულაც არ არის აუცილებელი.“⁵²

ვითარება, როდესაც საზოგადოების ნაწილს იაფი, მაგრამ არაადეკვატური მკურნალობა უტარდება - ანდა, საერთოდ არ უტარდება - შემამფოთებელია. ამ ხალხისთვის კერძო დაზღვევა, ხშირად, ხელმისაწვდომი არ არის, თუმცა, მათ არც სოციალური დაზღვევა ეკუთვნით.

ფარმაცევტული კომპანიები, რომლებიც საავადმყოფოების მფლობელი სადაზღვევო კომპანიების მესაკუთრენი არიან

როგორც ზემოთ აღინიშნა, საავადმყოფოების ბაზარზე ფარმაცევტული კომპანიებიც შედიან. ამჟამად „პე-ეს-პე“-ს თბილისში ერთი საავადმყოფო, ხოლო „ავერსი“/„ალფას“ თბილისსა და მის შემოგარენში 7 კლინიკა აქვს და კიდევ ორის აშენებას აპირებს. ამ სამედიცინო დაწესებულებებს კლინიკები კი ჰქვია, მაგრამ მათი უმეტესობა ისეთსავე მომსახურებას უწევს პაციენტებს, როგორსაც რეგიონებში აშენებული მრავალპროფილური საავადმყოფოები⁵³. გარდა ამ კლინიკებისა, „ალფა“, რომელიც „ავერსის“ სადაზღვევო კომპანიაა, ორი საავადმყოფოს მესაკუთრეა. ამავე დროს, „ავერსი“/„ალფა“ თბილისში სოციალური დაზღვევის პროვაიდერია და უმსხვილესი წილები აქვს ფარმაცევტული ბაზრის ყველა სექტორში, რომელშიც მოღვაწეობს.

„ავერსი“/„ალფას“ და „პე-ეს-პეს“-ს ახალი საავადმყოფოები უახლესი ტექნოლოგიით არის აღჭურვილი და როგორც ჩანს, ეს საავადმყოფოები მომსახურების ხარისხსა და პერსონალის პროფესიონალიზმს დიდ ყურადღებას აქცევენ. თუმცა ამ კომპანიების განსხვავებული როლები ჯანდაცვის სხვადასხვა სექტორში, მათ კუთვნილ საავადმყოფოებს ბევრ სირთულეს უქმნის. რამდენიმე ექიმმა, რომლებმაც ანონიმურობის დაცვა გვთხოვეს, გვითხრა, რომ ისინი „ალფას“ მიერ მიწოდებული სით მუშაობენ, სადაც მითითებულია მედიკამენტები, რომლებიც პაციენტებს უნდა გამოუწერონ. თითქმის ყველა მედიკამენტი „ავერსიდანაა“. ერთ-ერთი საავადმყოფოს ქირურგმა მკაფიოდ განგვიმარტა, რომ „ალფა“ მას პირდაპირ არ უთითებს, რა წამლები გამოწეროს, მაგრამ იმ წამლების მარაგი, რომელიც საავადმყოფოში აქვთ, „ავერსის“ პროდუქციაა. მისი გაანგარიშებით, გამოწერილი მედიკამენტების 95% „ავერსიდანაა“. დანარჩენი 5% კი ის წამლებია, რომლებიც თავად „ავერსს“ არა აქვს. „ავერსის“ წამლებს განსაკუთრებით სოციალური დაზღვევის მქონე ადამიანებს უწერენ, ვინაიდან მათ სხვა წამლების ფული არა აქვთ. ამის გამო, როგორც ზოგი ექიმი ამბობს, ზოგჯერ, ისეთი მედიკამენტების გამოწერა უხდება, რომლებიც საუკეთესო ვარიანტს არ წარმოადგენს, მაგრამ სხვა გზა არა აქვს. ზოგჯერ პაციენტებს სხვა მედიკამენტის ყიდვას ურჩევენ, მაგრამ ამ შემთხვევაში, პაციენტს თავად უწევს თანხის გადახდა, რადგან იმ მედიკამენტს დაზღვევა არ ანაზღაურებს.

პატარა საავადმყოფოების მდგრადობა

საქართველოში არსებული საავადმყოფოების 34%-ს 11-დან 20 საწოლამდე აქვს, 17%-ს - 21-დან 30 საწოლამდე, ხოლო 41%-ში საწოლების რაოდენობა 31-დან 50-მდე მერყეობს. არც ერთ ექსპერტსა თუ ექიმს არ სჯერა, რომ 50 საწოლზე ნაკლები საავადმყოფო შეიძლება მოგებიანი გახდეს. საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველოს ერთ-ერთ წინა ანგარიშში მსოფლიო ბანკის ექსპერტი საერთაშორისო გამოცდილებაზე დაყრდნობით, ამბობს, რომ 200-საწოლიანზე ნაკლები საავადმყოფო, ხშირად, ვერ

⁵² საქართველოს მედიცინის, ფარმაციისა და სოციალური დაცვის მუშაკთა დამოუკიდებელი პროფესიული კავშირის პრეზიდენტი ჯონი ჯანაშია.

⁵³ http://www.aversi.ge/main_clinic.php?lang=eng&id=407&cat_id=3&type=4

დებულობს ისეთ მოგებას, რომ ყველა მომსახურება გრძელვადიანად შეინარჩუნოს⁵⁴. მომსახურების ისეთი სახეები, როგორებიც გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება და ონკოლოგიური მომსახურებაა, საერთოდ არამოგებიანია და ამ მომსახურების გაწევა მხოლოდ იმ საავადმყოფოს შეუძლია, რომელსაც სხვა სახის მოგებიანი მომსახურებაც აქვს⁵⁵. დიდმა მრავალპროფილურმა საავადმყოფომ, რომელშიც რეგულარულად ტარდება, მაგალითად, გულის ოპერაციები, შეიძლება ისეთი მოგება მიიღოს, რომ სხვა მომსახურებაც გაუწიოს პაციენტებს. თუმცა რეგიონებში ასეთი მომსახურების გაწევა შეუძლებელია. არსებობს რისკი, რომ უფრო დიდი საავადმყოფოებიც კი წაგებიანი იქნება, რადგან სადაზღვევო კომპანიები ძვირადღირებული ოპერაციების ხარჯებს არ დაფარავენ და შესაბამისად, საავადმყოფო პაციენტს ასეთ მომსახურებას აღარ გაუწევს⁵⁶. საავადმყოფოს მფლობელ სადაზღვევო კომპანიას, რომელიც მომსახურების ხარჯებს ფარავს, მოგება შეუმცირდება, თუ ძვირადღირებული მომსახურების კომპენსირება მოუწევს. ამიტომ ის შეწყვეტს ასეთი მომსახურების გაწევასაც და კომპენსირებასაც.

როგორც ჯონი ჯანაშია ამბობს:

„ჩვენი აზრით, 20- 25-საწლიანი „სავადმყოფო“ ვერასდროს შეძლებს რაიონული საავადმყოფოს ფუნქციის შესრულებას.“⁵⁷

ვინაიდან ისეთი რეგულაცია, რომელშიც გაწერილი იქნებოდა პაციენტისთვის გასაწევი აუცილებელი მომსახურება, არ არსებობს, საავადმყოფოების მფლობელი სადაზღვევო კომპანიები უარს იტყვიან პაციენტის ძვირადღირებული მომსახურებით უზრუნველყოფაზე. ზოგმა ექიმმა შემფოთება გამოთქვა, რომ რამდენიმე წელიწადში მხოლოდ რამდენიმე ისეთი მომსახურება დარჩება, რომლებიც მოგებიანია და სადაზღვევო კომპანიას ძვირი არ უჯდება⁵⁸. რეგიონებში საავადმყოფოები შეიძლება სულ რამდენიმე საწოლის ამარა დარჩნენ და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გაწევა ვერ შეძლონ, რადგან ეს არამოგებიანია.

ახალი საავადმყოფოების მდგრადობა

სატენდერო კონტრაქტები, რომლებიც შევისწავლეთ, საავადმყოფოების ახალ მფლობელებს ავალდებულებს, საავადმყოფოს პროფილი 7 წლით შეინარჩუნონ⁵⁹. 7 წლის შემდეგ, ინვესტორს შეუძლია სურვილისამებრ გამოიყენოს ეს ქონება.⁶⁰ ჯანდაცვის სამინისტროს წარმომადგენლის ვარაუდით, საავადმყოფოები 7 წლის შემდეგაც გააგრძელებენ მომსახურების ფართო სპექტრის შეთავაზებას, ვინაიდან სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნა ყოველთვის იქნება და შესაბამისად, მფლობელებისათვის საავადმყოფოების შენარჩუნება მოგებიანი იქნება. ამ ვარაუდს ზოგი ეჭვის თვალთ უყურებს. ეს პოლიტიკა მკაცრად გააკრიტიკეს ორგანიზაციებმა Oxfam და Case, აგრეთვე მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციამ ისევე, როგორც საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველო.⁶¹

⁵⁴ საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველო (2008) *ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის მონიტორინგის ხელშეწყობა*.

⁵⁵ ქირურგიის ეროვნული ცენტრის მთავარი ქირურგი ლაშა კალმახელიძე.

⁵⁶ ქირურგიის ეროვნული ცენტრის მთავარი ქირურგი ლაშა კალმახელიძე.

⁵⁷ საქართველოს მედიცინის, ფარმაციისა და სოციალური დაცვის მუშაკთა დამოუკიდებელი პროფესიული კავშირის პრეზიდენტი ჯონი ჯანაშია.

⁵⁸ მსოფლიო ბანკისა და მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის ექსპერტი, რომელმაც ანონიმურად დარჩენა არჩია და ქირურგიის ეროვნული ცენტრის მთავარი ქირურგი ლაშა კალმახელიძე.

⁵⁹ Hauschild T. (2009) *Health-Care Reform in Georgia: A Civil Society Perspective: Country Case Study*, Oxfam International და საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველო (2008) *ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის მონიტორინგის ხელშეწყობა* და Chanturidze T. Et. Al. (2009) *Health Systems in Transition: Georgia Health System Review*, World Health Organization.

⁶⁰ ინტერვიუ სახელმწიფო მოხელესთან.

⁶¹ Hauschild T. (2009) *Health-Care Reform in Georgia: A Civil Society Perspective: Country Case Study*, Oxfam International და საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველო (2008) *ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის მონიტორინგის ხელშეწყობა* და Chanturidze T. Et. Al. (2009) *Health Systems in Transition: Georgia Health System Review*, World Health Organization.

მაშინ, როდესაც მთავრობა მოელის, რომ საავადმყოფოები ძალზე მოგებიანები გახდებიან და მომსახურების გაწევას გააგრძელებენ, ჩვენი რესპონდენტების უმეტესობას მიაჩნია, რომ საავადმყოფოები, განსაკუთრებით რეგიონებში, ვერაფრით ვერ გახდებიან მოგებიანი. ამჟამად, მშენებარე საავადმყოფოთა 34%-ი 5-25 საწოლზეა გათვლილი და შესაბამისად, მინიმალური შესაძლებლობა და მომსახურების შეზღუდული სპექტრი აქვთ. დიდ საავადმყოფოებშიც კი, რომლებიც შენდება, 100-ზე მეტი საწოლი არ არის. მსოფლიო ბანკის ყოფილი თანამშრომლის შეფასებით, უცხოეთის გამოცდილებამ აჩვენა, რომ 200-ზე ნაკლებსაწოლიანი საავადმყოფო იშვიათად არის მოგებიანი⁶². ეჭვობენ იმასაც, რომ რეგიონის პატარა საავადმყოფოებმა, შესაძლოა, სამედიცინო მომსახურების მოგებიანი სახეობების გაწევას მიჰყონ ხელი და ნაკლებ მოგებიანს თავი ანებონ. თუმცა, ვინაიდან ისინი, ძირითადად, პირველადი და გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების გამწევეები არიან და მხოლოდ 15 თუ 20 საწოლია აღჭურვილი უფრო ყოვლისმომცველი მომსახურების გასაწევად, ასეთი რამ, სავარაუდოდ, არ მოხდება. უბრალოდ, მოხდება ის, რომ სათანადო რეგულირების არქონის პირობებში ადამიანები, რომლებსაც ნაკლებად მოგებიანი მომსახურება დასჭირდებათ, ასეთ მომსახურებას ადგილზე ვერ მიიღებენ. რეგულირების არქონა, მოგებაზე ორიენტირებასთან ერთად, შეამცირებს მომსახურების იმ სპექტრს, რომელსაც საავადმყოფო უზრუნველყოფს⁶³. მეტიც, არ არსებობს იმის გარანტია, რომ სამედიცინო დაწესებულებები, რომლებიც ინვესტორებმა შეიძინეს, 7 წლის შემდეგაც საავადმყოფოს ფუნქციას შეინარჩუნებს.

ექიმების მდგომარეობა

ექიმების მდგომარეობა არასახარბიელო ჩანს. მათი ხელფასი ხშირად დასაშვებ მინიმუმზე დაბალია, ხოლო მათი უფლებები დაცული არ არის. სამედიცინო პერსონალის ხელფასი საქართველოში, განსაკუთრებით რეგიონებში, ყოველთვის დაბალი იყო. მდგომარეობა არც ახლა უმჯობესდება, რაც უარყოფით შედეგებს მოუტანს ამ პროფესიას. პროფკავშირების სისუსტე და დაბალი ხელფასი მხოლოდ კორუფციის კი არა, სპეციალისტების დაკარგვის სერიოზულ რისკსაც აჩენს, რომლებიც მუშაობას სხვა ქვეყნებში ამჯობინებენ, სადაც მათ უკეთესი პირობები ექნებათ⁶⁴.

ხელფასი

ქირურგის თვიური ხელფასი რეგიონში 150-დან 300 ლარამდე მერყეობს. თბილისში ხელფასი შეიძლება გაცილებით მაღალი იყოს, თუმცა ქირურგთა მხოლოდ მცირე ჯგუფისთვის. ერთი ექიმის თქმით, საავადმყოფო ერთ ოპერაციაში საშუალოდ 1,700 ლარს იღებს, მისი ხელფასი კი მხოლოდ 160 ლარია⁶⁵. ჭიათურის საავადმყოფოს ექთნებმა გვითხრეს, რომ ხელფასი რამდენიმე თვეა არ აუღიათ. ვესაუბრეთ რეგიონული საავადმყოფოს მთავარ ქირურგს, რომელსაც საავადმყოფოს ახალმა ხელმძღვანელობამ კონტრაქტი არ გაუფორმა, თუმცა სთხოვა, არ წასულიყო და მუშაობა გაეგრძელებინა⁶⁶. ამის გამო მას ფიქსირებული ხელფასი არა აქვს და მისი განთავისუფლება ნებისმიერ დროს შეუძლიათ. რამდენიმე ჩვენმა რესპონდენტმა აღნიშნა, რომ წინა წლებში საავადმყოფოებში კორუფციის მიზეზი, ხშირად, ექიმების დაბალი ხელფასი იყო⁶⁷. ექიმებმა ასევე აღნიშნეს, რომ ისეთ ქვეყნებში წასვლაზე ფიქრობენ, სადაც ექიმის პროფესია უფრო დაფასებულია.

⁶² საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველო (2008) *ჰოსპიტალური სექტორის რეფორმის მონიტორინგის ხელშეწყობა*

⁶³ საქართველოს მედიცინის, ფარმაციისა და სოციალური დაცვის მუშაკთა დამოუკიდებელი პროფესიული კავშირის პრეზიდენტი ჯონი ჯანაშია.

⁶⁴ ექიმი და მედიცინის მკვლევარი მერაბ ლომაია.

⁶⁵ ჭიათურელი ქირურგი.

⁶⁶ რესპონდენტები საავადმყოფოს სამედიცინო პერსონალიდან, რომლებმაც ანონიმურად დარჩენა არჩიეს.

⁶⁷ საქართველოს მედიცინის, ფარმაციისა და სოციალური დაცვის მუშაკთა დამოუკიდებელი პროფესიული კავშირის პრეზიდენტი ჯონი ჯანაშია.

შრომითი უფლებები

ექიმების უფლებები არ არის დაცული და ექიმებს ამ უფლებების დაცვა პროფკავშირებთან თანამშრომლობით არ შეუძლიათ. საქართველოს მედიცინის, ფარმაციისა და სოციალური დაცვის მუშაკთა დამოუკიდებელი პროფესიული კავშირის პრეზიდენტი ჯონი ჯანაშიამ გვითხრა, რომ ახალ საავადმყოფოებთან სამედიცინო პერსონალის ძირითად უფლებებზე მოლაპარაკების ყველა მცდელობა უშედეგო აღმოჩნდა⁶⁸.

ჯანაშიას თქმით, იმ შემთხვევებში, როდესაც სადაზღვევო კომპანიები, თითქოს, მზად იყვნენ, წამოსულიყვნენ მინიმალურ თანამშრომლობაზე და ნება დაერთოთ თანამშრომლებისთვის პროფკავშირებში გაწევრიანებაზე, მას წინააღმდეგობა მთავრობამ გაუწია.

„ზოგმა სადაზღვევო კომპანიამ ჩვენთან მოლაპარაკებები დაიწყო, გარღვევასაც კი მივალწიეთ და ორ კომპანიასთან კოლექტიური ხელშეკრულების გაფორმებას ვაპირებდით. თუმცა, კოლექტიური ხელშეკრულების ხელმოწერამდე ორი თუ სამი დღით ადრე, სადაზღვევო კომპანიის წარმომადგენელმა დაგვირეკა და გვაცნობა, რომ მას საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროდან დაუკავშირდნენ და უთხრეს, რომ პროფკავშირებთან რაიმე თანამშრომლობისა და მოლაპარაკებისგან თავი შეეკავებინა. ამით თანამშრომლობის და მოლაპარაკებების ამბავი დასრულდა.“⁶⁹

ქართველმა ექიმმა, მერაბ ლომაიამ, რომელიც გაერთიანებულ სამეფოში მუშაობს, გვითხრა:

„იმის მესამედი ანაზღაურება რომ მქონდეს საქართველოში, რაც აქ მაქვს, და ისეთივე შესაძლებლობები და პატივისცემა, ხვალვე დავბრუნდებოდი. თუმცა ვიცი, რომ ასე არც ახლა მოხდება და, ალბათ, არც მომავალში.“⁷⁰

მედიაციის სამსახური

ჯანდაცვის სამინისტრო ამთავრებს დაზღვევის მედიაციის სამსახურის შექმნას, რომელსაც პაციენტს, სადაზღვევო კომპანიასა და სამედიცინო დაწესებულებას შორის წამოჭრილი დავების მოგვარების ფუნქცია აკისრია⁷¹. არსებობს გეგმა, რომლის მიხედვითაც მედიაციის სამსახურს მეტი უფლებამოსილება მიენიჭება და შესაძლებლობა ექნება, პაციენტის უფლებების დარღვევის შემთხვევაში სადაზღვევო კომპანიებსა და სამედიცინო დაწესებულებებს ფინანსური სანქციები დააკისროს. თუმცა ასეთი მექანიზმები ჯერჯერობით კანონში არ არის ჩადებული. მედიაციის სამსახურის მთავარი როლი პაციენტს, სადაზღვევო კომპანიასა და სამედიცინო დაწესებულებას შორის წამოჭრილი დავების დროს საარბიტრაჟო მომსახურების გაწევას.

მედიაციის სამსახურს მოქმედება მხოლოდ მაშინ შეუძლია, როდესაც პაციენტი, თუ მიაჩნია, რომ მისი უფლებები დაირღვა, საჩივარს განაცხადის ფორმით შეიტანს. საჩივრის საფუძველზე მედიაციის სამსახური შეაფასებს, არღვევს თუ არა საჩივარი კონტრაქტს, რომელიც პაციენტს სადაზღვევო კომპანიასთან ან სამედიცინო დაწესებულებასთან აქვს დადებული, და შეაფასებს, დაირღვა თუ არა კონტრაქტი. მედიაციის სამსახურს, ასევე, შეუძლია შეაფასოს სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაწეული მომსახურების ხარისხი.

⁶⁸ საქართველოს მედიცინის, ფარმაციისა და სოციალური დაცვის მუშაკთა დამოუკიდებელი პროფესიული კავშირის პრეზიდენტი ჯონი ჯანაშია.

⁶⁹ საქართველოს მედიცინის, ფარმაციისა და სოციალური დაცვის მუშაკთა დამოუკიდებელი პროფესიული კავშირის პრეზიდენტი ჯონი ჯანაშია.

⁷⁰ ექიმი და მედიცინის მკვლევარი მერაბ ლომაია.

⁷¹ ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახურის ვებგვერდი: <http://www.him.ge/>

სამსახურის ვებგვერდის თანახმად, მედიაციის სამსახურმა ქმედითი ნაბიჯები გადადგა, როდესაც ექიმებს, საჩივრის შეტანის შემდეგ, ხელფასი არ გადაუხადეს⁷². ამ სამსახურის ინფორმაციით, სამედიცინო დაწესებულების მეპატრონე კომპანიასთან გასაუბრების შემდეგ, ექიმების ხელფასის გადასახდელად ზომები იქნა მიღებული.

მედიაციის სამსახურის შექმნა ის პირველი ნაბიჯია, რომელიც პაციენტებს საშუალებას აძლევს, იბრძოლონ თავიანთი დარღვეული უფლებების დასაცავად. თუმცა არსებობს ეჭვი იმასთან დაკავშირებით, ექნება თუ არა ამ სამსახურს რეალურად იმის შესაძლებლობა, რომ ყველა საჩივარი გამოიკვლიოს და შესაბამისი უფლებამოსილება, რომ თავისი გადაწყვეტილებების აღსრულება უზრუნველყოს.

ამჟამად, პაციენტთა უფლებების დარღვევას ან საავადმყოფოში უხარისხო მომსახურების გაწევის შემთხვევების გამოძიების დაწყება მხოლოდ პაციენტის საჩივრის საფუძველზეა შესაძლებელი. ამ სამსახურის მუშაობა უფრო ეფექტიანი იქნება, უფრო რეგულარულად თუ შეამოწმებს მომსახურების ხარისხს და გამოიკითხავს პაციენტების მოსაზრებებს მზღვეველის ან სამედიცინო დაწესებულების შესახებ. მიუხედავად იმისა, რომ მედიაციის სამსახურის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებისათვის ღონისძიებები ტარდება, ჩვენმა კვლევამ აჩვენა, რომ დაზღვეულთა მხოლოდ 50%-მა იცოდა ამ სამსახურის არსებობის შესახებ⁷³. პაციენტთა დიდ ნაწილს არასდროს მიუმართავს ამ სამსახურისთვის. ამჟამად, პაციენტთა უფლებების დაცვა მთლიანად პაციენტთა ხელშია, რომელთა უმეტესობას არც საკუთარი უფლებების და არც მედიაციის სამსახურის შესახებ სმენიათ რამე. გარდა ამისა, არსებული საბაზრო გარემო არ ახდენს კომპანიების სტიმულირებას, უზრუნველყონ ხარისხიანი მომსახურება ან დაიცვან პაციენტთა უფლებები.

ამჟამად, მედიაციის სამსახურის ფუნქცია, იმოქმედოს პაციენტის საჩივრის საფუძველზე, ძალიან სუსტია და ძირითადად მხარეებს შორის მოლაპარაკებებით შემოიფარგლება. ამ სამსახურს ფინანსური ან სხვა სახის სანქციის დაკისრება არ შეუძლია და შესაბამისად, სუსტ უწყებად რჩება, რომელსაც ვითარებაში ჩარევის საშუალება არა აქვს. მისი გადაწყვეტილებების შესრულება მხოლოდ და მხოლოდ მზღვეველის ან საავადმყოფოს კეთილ ნებაზეა დამოკიდებული⁷⁴.

დასკვნა

ამ ანგარიშში გამოთქმულია ვარაუდი, რომ ჯანდაცვის სისტემის ახალი პოლიტიკის მიზნები - ხელმისაწვდომი ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფა და პაციენტთა უფლებების დაცვა - არსებული პოლიტიკით, სავარაუდოდ, ვერ მიიღწევა. ჰოსპიტალური სექტორის სრული პრივატიზაცია, ქმედითი საკანონმდებლო მექანიზმების არარსებობასთან ერთად, ისეთ გარემოში, რომლისთვისაც ყველა სექტორში კომპანიების ვერტიკალური ინტეგრაციაა დამახასიათებელი (და პაციენტთა და სამედიცინო პერსონალის უფლებათა დაუცველობა), ჯანდაცვის სექტორის გრძელვადიან გაუმჯობესებას, სავარაუდოდ, ვერ მოიტანს. გარდა ამისა, არანაირი გარანტია არ არსებობს, რომ 2020 წლისთვის ყველა საბაზისო მომსახურება კვლავ უზრუნველყოფილი იქნება ანდა ახალი საავადმყოფოების უმეტესობა კვლავაც იმუშავებს.

არსებული პოლიტიკის თანახმად, კონკურენცია მთავარი მამოძრავებელი ძალა უნდა იყოს ეფექტიანობის ასამაღლებლად, რამაც ხელმისაწვდომი ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება უნდა მოიტანოს. თუმცა კონკურენცია, სავარაუდოდ, არ გაჩნდება, ვინაიდან რეგიონებში ამენებული ახალი საავადმყოფოების მფლობელები, უმეტეს შემთხვევაში, ის კომპანიები არიან, რომლებიც რეგიონს სოციალურ დაზღვევას აწვდიან. ამ ვითარების გამო, სოციალური დაზღვევის მიმღებებს სამკურნალოდ საავადმყოფოს თავად არჩევა არ შეუძლიათ. გეოგრაფიული ექსკლუზიურობის პირობებში, როდესაც ერთი კომპანია რეგიონსა და მეზობელ რეგიონებში ყველა ახალი საავადმყოფოს მეპატრონეა, საავადმყოფოებს ერთმანეთთან კონკურენცია არ უწევთ, ვინაიდან ისინი, უბრალოდ, სამედიცინო მომსახურების ექსკლუზიური მიმწოდებლები არიან.

⁷² ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახურის ვებგვერდი: <http://www.him.ge/>

⁷³ საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველოს ჩატარებული სოციალური დაზღვევის ბენეფიციარების კვლევა.

⁷⁴ <http://him.ge/index.php?page=3&lang=geo>

2008 წელს ინვესტიციების შემცირებამ სერიოზულად იმოქმედა რეფორმის განხორციელებაზე და სექტორში სადაზღვევო კომპანიების მასობრივი ჩართვა გამოიწვია. სოციალური დაზღვევის რეგიონული სისტემის ცვლილება, როგორც ჩანს, საავადმყოფოების ასაშენებლად და სადაზღვევო კომპანიებისთვის მშენებლობის ხარჯის საკომპენსაციოდ მოხდა. ამჟამად, საავადმყოფოების 40%-ზე მეტი სადაზღვევო კომპანიების მიერ არის აშენებული, ხოლო რეგიონების 95%-ში სოციალური დაზღვევის მიმწოდებელი ის ერთადერთი კომპანიაა, რომელმაც იქ ახალი საავადმყოფოები ააშენა.

ზემოაღნიშნული სქემა ვერტიკალურ ინტეგრაციას ქმნის, რაც კონკურენციას აფერხებს და ინტერესთა კონფლიქტს წარმოშობს. ინტერესთა კონფლიქტი, თავის მხრივ, სერიოზული პრობლემებს ქმნის სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და ხელმისაწვდომობის კუთხით. დაზღვეველი პაციენტებისთვის მომსახურება უფრო და უფრო ძვირდება, რადგან სადაზღვევო კომპანიების საავადმყოფოები მათ მოგების წყაროდ იყენებენ. შედეგად, მრავალი ადამიანი, რომელსაც სოციალური დაზღვევა არ ეკუთვნის, ვერ შეძლებს სამედიცინო მომსახურების საფასურის გადახდას. სოციალური დაზღვევის პროვაიდერები ბენეფიციარებს საკუთარ საავადმყოფოებში აგზავნიან, რათა ფასები შეძლებისდაგვარად დაბალი შეინარჩუნონ, რითიც პაციენტებს არჩევანის შესაძლებლობას ართმევენ. შედეგად, სადაზღვევო კომპანიები ცდილობენ, თანხა დაზოგონ საკუთარ საავადმყოფოებში ბენეფიციარებისთვის უიაფესი მომსახურების გაწევით ანდა არასათანადო დიაგნოსტიკებით.

ვერტიკალური ინტეგრაცია ყველაზე ნათლად ფარმაცევტული კომპანიების შემთხვევაში ჩანს, რომლებმაც მძლავრი პოზიცია დაიმკვიდრეს ჯანდაცვის ყველა სექტორში, რაც კონფლიქტის ინტერესის საფრთხეს წარმოშობს წამლების გამოწერის პრაქტიკის მხრივ.

შემფოთების მთავარი საგანი სამედიცინო პერსონალის მდგომარეობა და ცუდი პირობებია. ის ფაქტი, რომ ექიმებს, ქირურგებს და ექთნებს ხელფასებს არ უხდებიან, რომ მათი უფლებები დაუცველია და მათ პროფკავშირებში გაწევრიანების უფლებას არ აძლევენ, საქართველოში სამედიცინო პერსონალის შენარჩუნებას სერიოზულ საფრთხეს უქმნის.

მედიაციის სამსახური პრობლემებთან გამკლავებისთვის შეიქმნა, თუმცა რესურსების ნაკლებობის გამო ის ამ ფუნქციის შესრულებას ვერ ახერხებს. მიუხედავად განცხადებისა, რომ ამ ორგანოს ფინანსური სანქციების დაწესების უფლებამოსილება ექნება, უცნობია, როდის მოხდება ეს, რა შემთხვევებში იქნება ფინანსური სანქციები გამოყენებული და რა სიდიდის იქნება ფინანსური სანქციები. მეტიც, სისტემა პაციენტების მიერ შეტანილ საჩივრებს ემყარება და რეგულარულად არ ახორციელებს ხარისხის შემოწმებასა და ადმინისტრაციულ კონტროლს. კომპანიებს საჩივრების თავიდან აცილება ადვილად შეუძლიათ, როდესაც მათ პაციენტი საჩივრის შეტანით დაემუქრება. გარდა ამისა, პაციენტს შეიძლება საჩივრის შეტანის ემინოდეს, ანდა შესაძლოა, არც კი იცოდეს ასეთი სამსახურის არსებობის შესახებ. ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახური, ამჟამად, ვერ უზრუნველყოფს პაციენტებისა და თანამშრომლების უფლებების ან სამედიცინო მომსახურების ხარისხის სათანადოდ დაცვას.

სავადმყოფოების მფლობელები ვალდებული არიან 7 წლის განმავლობაში შეინარჩუნონ სამედიცინო დაწესებულების პროფილი საწოლების იმ რაოდენობითა და მომსახურების იმ სახეობებით, რომლებიც სატენდერო კონტრაქტშია განსაზღვრული. მოელიან, რომ სავადმყოფოები ამ ვადის გასვლის შემდეგაც გააგრძელებენ ფუნქციონირებას და ყველა სახის მომსახურების გაწევას, რადგან მიაჩნიათ, რომ ვინაიდან სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნა ყოველთვის არის, ისინი მოგებიანი დაწესებულებები გახდებიან. თუმცა ეს გარანტირებული არ არის და ჯანდაცვის ბევრ სპეციალისტს მიაჩნია, რომ მცირე ზომის, 50-ზე ნაკლებსაწოლიანი სავადმყოფოები მოგებიანი ვერ გახდებიან. თუ სავადმყოფოებმა მოგება არ მოიტანა, ნაკლებ სავარაუდოა, რომ მფლობელებმა მათი ოპერირება გააგრძელონ. საუკეთესო შემთხვევაში, მფლობელებმა შეიძლება მხოლოდ რამდენიმე მოგებიანი მომსახურება დატოვონ და წაგებიანი მომსახურების გაწევა შეწყვიტონ.

საქართველოში გარანტიების არარსებობა სავადმყოფოს მდგრადობას და ხარისხს სერიოზულ რისკს უქმნის. ზოგი სავადმყოფოს რეალური მფლობელის შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობა, საქართველოს ჯანდაცვაზე ინვესტორთა გრძელვადიან პასუხისმგებლობას და მათ გამოცდილებასა და ცოდნასთან

დაკავშირებით კითხვებს აჩენს. არსებული სიტუაცია, ასევე, იმ ინსტიტუციური გარანტიების ნაკლებობა, რომ საავადმყოფოები გრძელვადიან პერიოდში შენარჩუნდება, სერიოზულ რისკებს ქმნის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობასა და ხარისხთან დაკავშირებით.