

ჩინეთის ბათანაბრების პრესკეპივიზი საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში

ზვიად ვეკუა,
სტუ-ს დოქტორანტი

რეზიუმე

ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შედეგად კონკურენტული სადაზღვევო მოდელი, რომელიც მიზნად ისახავდა დარგში საბაზრო რეგულატორების განვითარებას, თანდათანობით იცვლება ერთი გადამხდელის სისტემით. სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით დაზღვეულებს უფლება არ აქვთ აირჩიონ მათთვის სასურველი სადაზღვევო კომპანია.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმებისაგან განსხვავებით დასავლეთ ევროპის ზოგიერთ ქვეყნებში შემუშავებულ იქნა კონცეფცია “რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის” შესახებ. რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო ბაზრის არსი მდგომარეობს იმაში, რომ მზღვეველის სახით მოქმედებს მრავალი სადაზღვევო ორგანიზაცია და სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დაზღვეულს შეუძლია გააკეთოს არჩევანი მომგებიან და არამომგებიან სადაზღვევო კომპანიების მიერ შეთავაზებულ სერვისებს შორის.

საქართველომ უდავოდ უნდა გაიზიაროს ის გამოცდილება, რომელიც ჯანმრთელობის დაზღვევის სფეროში სხვადასხვა ქვეყნის პრაქტიკით დაგროვდა. საერთაშორისო გამოცდილების შესწავლა საშუალებას მოგვცემს ღრმად გავაანალიზოთ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის წინაშე მდგარი პრობლემები, რომლებიც შემდგომ სრულყოფას, ფართო განხილვას და გადაუდებელ გადანაცვლებას, ასევე სადაზღვევო სისტემის ორგანიზაციის პრინციპების გადასინჯვას მოითხოვს. ამ ანალიზის შედეგი უნდა იყოს სისტემის რეფორმის რამდენიმე შესაძლო მოდელის შემუშავება. საერთაშორისო გამოცდილების ანალიზი ითვალისწინებს რეგულირებადი კონკურენტული სისტემაში რისკის გათანაბრების სქემების მიმოხილვას, ამ კუთხით მიმდინარე რეფორმების შედეგების შესწავლას.

Summary

As a result of the current reforms in the healthcare system, concentrate insurance model which aimed the development of the market regulators in the field, this system is gradually changing as a single-payer system. The insurer's which are insured by state programs are not allowed to choose preferred insurance company.

The current reforms - in the healthcare system of Georgia unlike in some western European country have been developed the concept of “regulative competitive insurance

model”. the main point of the adjustable competitive insurance market is that insurance organization function as the insured and the insurers can make a choice between the profitable and non-profitable services which are offered by insurance companies, while in the state program.

Georgia undoubtedly will have to share the experience, which have been accumulated in the field of the health care insurance by the practice of various countries. Study of international experience will allowed us to analyze the facing problems of the health care systems which requires further improvement extensive discussion and urgent solutions. As well as the insurance system requires the revision of the organization's principles. The result of this analysis should be several possible forming model of the system reforms. Analysis of international experience provides the risk equalization overview of the scheme, the study of the current reforms in the system of the competition.

* * * * *

რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო ბაზრის არსი მდგომარეობს იმაში, რომ მზღვეველის სახით მოქმედებს მრავალი სადაზღვევო ორგანიზაცია და სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დაზღვეულს შეუძლია გააკეთოს არჩევანი მომგებიან და არამომგებიან სადაზღვევო კომპანიების მიერ შეთავაზებულ სერვისებს შორის. (4)

“რეგულირებადი კონკურენტული” მოდელის დანერგვა 1993 წლიდან, ნიდერლანდებში დაიწყო. სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის კონკურენტობაზე დაფუძნებული სისტემა შემდეგ სხვა ქვეყნებშიც განვითარდა - გერმანია, ბელგია, შვეიცარია, ისრაელი, ჩეხეთი, სლოვაკეთი.

სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის რეგულირებადი კონკურენტული მოდელის განხორციელებაში უმნიშვნელოვანესი როლი ეკისრება სახელმწიფო რეგულირებას. ჯანმრთელობის დაზღვევის რეგულირების თვალსაზრისით ერთ-ერთ უმთავრეს საკითხს წარმოადგენს სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის ფინანსური რისკების კორექციის, გათანაბრების (რისკ ადჟუსტმენტი) სქემა.

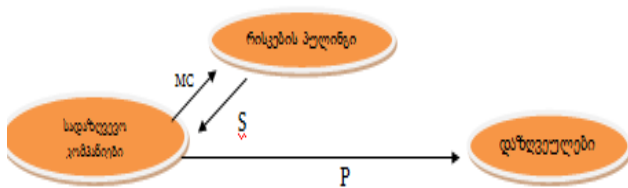
რისკის გათანაბრების მიზანია სადაზღვევო ორგანიზაციებში დაზღვეულთა ჯანმრთელობის სხვადასხვა სტატუსის გამო ხარჯების მკვეთრი განსხვავების შემცირება. ამით სადაზღვევო კომპანიებს აქვთ რისკთა შერჩევის ნაკლები სტიმული, ანუ მათ შორის კონკურენტობა ხორციელდება არა რისკების შერჩევაზე, არამედ ფასზე და ხარისხზე, რაც თავის მხრივ ზრდის დაზღვეულთა სამედიცინო მომსახ-

ურების ხელმისაწვდომობას. რისკის გათანაბრების სქემა წარმატებით დაინერგა ევროპის სხვადასხვა ქვეყნებში.

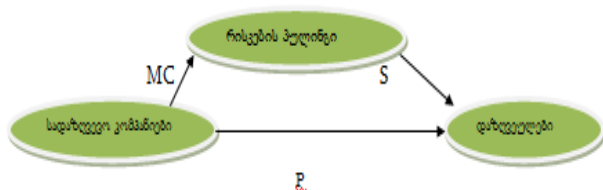
ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა განიხილება როგორც ეროვნული სოციალური უსაფრთხოების სისტემა და ჯანდაცვის ფინანსური დაცვის მექანიზმი, სადაც ხორციელდება მოსახლეობის დიდ ნაწილში სამედიცინო რისკის და ფინანსური სახსრების გაერთიანება და სადაც შენატანების (პრემიები) ზომა არ არის დაკავშირებული დაზღვეული პირის რისკის დონესთან, და გამოყოფილია სხვა სავალდებულო (კანონით დადგენილი) გადასახადებისაგან. რისკის გათანაბრება სწორედ ამ პრობლემის გადაჭრისაკენ გადადგმული ნაბიჯია. ის გამოიყენება ევროპის უმეტეს ქვეყანაში და გულისხმობს სახელწიფო ჩარევას, ფონდების ფორმირებას და მთელი მოსახლეობის სადაზღვევო სისტემაში ჩართვას სისტემის შიგნით ჯვარედინ სუბსიდირებას, მდიდარსა და ღარიბს, მაღალრისკიანსა და დაბალრისკიანს შორის. დაცულია რისკის კორექციის (რისკ ადჯუსტმენტი) სქემა; დამქირავებლებს და დაქირავებულებს აქვთ გარკვეული პასუხისმგებლობა სადაზღვევო ფონდის მართვაში, თუმცა ამას ყოველთვის არ აქვს ადგილი; რამდენიმე ფონდის არსებობისას დაზღვეულებს შესაძლებლობა აქვთ (ან არ აქვთ) ამოირჩიონ მათთვის სასურველი ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდი; პაციენტებს უფლება აქვთ ამოირჩიონ ექიმი ან სამედიცინო დაწესებულება; სხვადასხვა ფონდებს შესაძლოა განსხვავებული, ან ერთნაირი ბაზისური პაკეტი გააჩნდეთ; ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ფონდებს უფლება არ აქვთ ბენეფიციარებს უარი უთხრან განეწიანებაზე. (1)

არსებობს სამი განსხვავებული გზა რითაც სახელმწიფოს შეუძლია რისკის რეგულირება. (3)

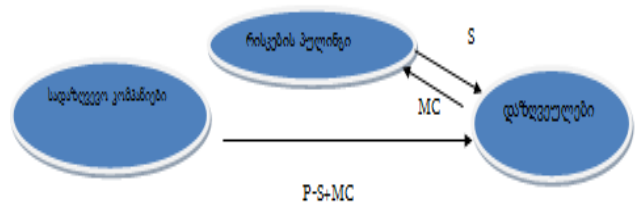
1) სადაზღვევო კომპანიებისთვის რისკის რეგულირების ვაუჩერის გადაცემა:



2) დაზღვეულს გადაეცემა სუბსიდია გათანაბრების ფონდიდან:



3) რისკების გათანაბრება:



1) MC-აუცილებელი შენატანი 2) P- პრემია 3) S- სუბსიდია

ჯანდაცვის სისტემის ჰოლანდიური მოდელის ძირითადი ელემენტები :

- სავალდებულო ბაზისური სამედიცინო დაზღვევა, რომლის შესყიდვას ახორციელებენ კერძო სადაზღვევო კომპანიები;
- დამზღვევისა და სადაზღვევო პროდუქტების ყოველწლიური შერჩევა მომხმარებლების მიერ;
- ღია განეწიანება ყველასათვის;
- პრემიების სუბსიდირება მოხუცებისა და მაღალი რისკის მქონე ავადმყოფი პირებისათვის, რისკების გათანაბრების სისტემის მეშვეობით;
- წლიური ნებაყოფლობითი ფასდაკლებები 500 ევრომდე, თითოეული პირისათვის;
- მზღვევებს უფლება აქვთ გაყიდონ დაზღვევის სხვა სახეები (მაგ. დამატებითი დაზღვევა);
- მზღვევები თავიანთი მომხმარებლებისათვის ჯანდაცვის სერვისების აქტიური შემსყიდველებს წარმოადგენენ;
- ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს აქვთ მეკარიბჭის ფუნქცია;
- მზღვევებს უფლება აქვთ გააფორმონ შერჩევითი კონტრაქტები ექიმებთან და საავადმყოფოებთან;
- ნებადართულია ჯანდაცვის მხარდამჭერი ორგანიზაციებისა და შერჩეულ პროვაიდერთა ორგანიზაციების მომსახურებები;
- გადასვლა მართვად კონკურენციაზე (1)

ნიდერლანდების სადაზღვევო მოდელის მეტნაკლებად სრულად ათვისება დაიწყო ევროპის სხვა ქვეყნებში. ჯერჯერობით საფრანგეთი და გერმანია ვერ „ბედავს“ გაატაროს ეს სისტემა. მიმდინარეობს დისკუსია აშშ-ს სადაზღვევო მოედელში რისკის გათანაბრების სწემის ჩართვაზე. მიმდინარეობს საქართველოში ჯერ მსგავსი სქემის დანერგვა არაა მიზანშეწონილი. ჰოლანდიის სახელმწიფო და საზოგადოება თანდათან განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე წარმოჩენილი ხარვეზების შედეგად მივიდა ამ ცვლილების გატარების აუცილებლობამდე. აღსანიშნავია რომ აქცენტი კეთდება ხარისხის და კეთილდღეობის გაუმჯობესებაზე. საქართველოში კი არათუ მაღალ სტანდარტზე, საჭიროების ნორმალურად დაკმაყოფილებაზეც კი პრობლემა იქმნება. ასევე სჭირია ინფორმაციული ნაკადების დახვეწა და გაუმჯობესება, ჩვენს ქვეყანაში მომხმარებლის უმეტესობა არათუ პაკეტების ავკარგიანობაში არამედ, მისი არსში არაა გარკვეული, ამიტომაც ეფექტურობაზე და ხარისხზე

ჯერ საუბარი ნაადრევია. ასევე აღინიშნა რომ ნიდერლანდების მოსახლეობის 90%-ზე მეტი მიუხედავად საბაზისო პაკეტის არსებობისა მაინც იძენს დამატებით კერძო დაზღვევის პოლისს, რაც საქართველოში არარეალური და შეუძლებელი მგონია ისევ და ისევ ინფორმირებულობის და დაზღვევისგან მიღებული სარგებლის გაუაზრებლობის გამო. რისკის გათანაბრების სქემა საჭიროებს სახელმწიფოს მხრიდან მზარდ სუბსიდირებას რაც ასევე საეჭვოა მერყევი ბიუჯეტის პირობებში. თუმცა შესაძლოა დაინერგოს შესაბამისი სქემის საპილოტე პროგრამა, რომელიმე რეგიონში ან დასახლებულ პუნქტში, რამეთუ სამომავლოდ გათვალისწინებული და შესწავლილი იქნას ის რისკები და დეტალები რაც აღნიშნული პრინციპის დანერგვას მოჰყვებოდა თან. (2)

გამოყენებული ლიტერატურა:

1) თენგიზ ვერულავა — “ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ძირითადი თავისებურებები” <http://heconomic.wordpress.com/2010/07/11/tengiz-verulava-12/>

2) თენგიზ ვერულავა — “ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემები, დაფინანსების წყაროები” <http://heconomic.wordpress.com/2010/07/07/tengiz-verulava-10/>

3) Nigel rice, Peter Smith-Approaches to Capitation and Risk Adjasmnt in health Care:An International Survey. Octomber 2009.

4) P.M.M.Van de ven, F.T. Shunt-Universal Mandatory Health Insurance In The Netherlands: A Model For The United States? <http://content.healthaffairs.org/content/27/3/771.full>