



განვითარებული ქვეყნების სამედიცინო დაზღვევის მოდელების ემპირიული ანალიზი და მათი გამოყენების შესაძლებლობა საქართველოში

ასიე ცინცაძე,
ბათუმის შოთა რუსთაველის სახელმწიფო
უნივერსიტეტის პროფესორი

ლილით მელოიანი-ფუტყარაძე
ბათუმის შოთა რუსთაველის სახელმწიფო
უნივერსიტეტის ასისტენტ პროფესორი

რეზიუმე

ნაშრომის მიზანია, სამედიცინო დაზღვევის სფეროში არსებული მოდელების გამოყენების ეფექტიანობის ანალიზი, მათი დადებითი მხარეების გამოყენების შესაძლებლობა საქართველოს სამედიცინო დაზღვევის სისტემაში და ღონისძიებათა ჩამოყალიბება არსებულ მოდელში სხვადასხვა ქვეყნის მოდელის სინთეზის საფუძველზე სრულყოფისა და ეფექტიანობის ამაღლებისათვის.

საკვანძო სიტყვები: საყოველთაო დაზღვევა, საშუალო ხელფასი, ჩართვის ბარიერი, სადაზღვევო შენატანი, დასაქმების და შემოსავლების თანაფარდობა.

ძირითადი ტექსტი

თანამედროვე მსოფლიოში სამედიცინო დაზღვევა აღარ მიეკუთვნება ფუფუნებას. მაგრამ ადამიანთა 40% ჯერ კიდევ შემოსავლის დიდ ნაწილს ხარჯავს გართობაზე, ექსკურსიებზე და ა.შ, ხოლო იშვიათად სამედიცინო დაზღვევის პოლისის შეძენაზე. ჯერ კიდევ ადამიანთა ფსიქოლოგიაში რჩება გამართლება მათი ქმედებისა, რითაც ისინი თვლიან რომ სამედი-

ცინო პოლისის ღირებულება მეტია იმ სამედიცინო მომსახურებაზე, რასაც ლეზულობენ სამედიცინო დაწესებულებებში. ეს ფსიქოლოგიური ბარიერი განვითარებული ქვეყნებში გადაილახა და თითოეული მოქალაქისათვის სამედიცინო დაზღვევა ცენტრალურ „პროდუქტად“ გადაიქცა. ისტორიულად სამედიცინო დაზღვევის ფორმები და დაფინანსების მექანიზმები იცვლებოდა, მიზანი კი უცვლელი რჩებოდა: დაეცვა ოჯახები სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების მიღებული მატერიალური ზარალისაგან. მსოფლიოში მოქმედი ყველა ქვეყნის სამედიცინო დაზღვევის ეკონომიკური მექანიზმი დაფუძნებულია ცნობილ ოთხ მოდელზე: ბისმარკის, ბევერიჯის, ეროვნულ სამედიცინო დაზღვევასა და საკუთარი ჯიბიდან გადახდის მოდელებზე. აღნიშნული მოდელები წმინდა სახით მათი შექმნის პერიოდში გამოიყენებოდა, ხოლო შემდგომ, როგორც მათ სამშობლოში, ასევე სხვა ქვეყნებში ცალკეული მოდელების ელემენტების სინთეზის საფუძველზე იქმნებოდა საკუთარი მოდელები. ნებისმიერი ქვეყნის ხელისუფლება საკუთარ თავზე ლეზულობს სოციალური პოლიტიკის გატარების სიმძიმეს, ამიტომ ხელისუფლების გადასახედიდან ბისმარკის მოდელი მისაღებია, რადგან მისით განიტვირთება სახელმწიფო ბიუჯეტი ჯანდაცვის ხარჯების ნაწილისაგან, ბევერიჯის მოდელი კი სახელმწიფოს შემოსავლებიდან უზრუნველყოფას ექვემდებარება. ეროვნული სამედიცინო დაზღვევის მოდელი, როგორც ბისმარკის, ასევე ბევერიჯის მოდელების სინთეზია. განსხვავებული ელემენტებისაგან შემდგარი სისტემა ქმნის სირთულეს ბენეფიციარების სწორად განსაზღვრისათვის. ცხადია, მოდელთაშორის მისაღები საკუთარი ჯიბიდან დაფინანსებაა, მაგრამ 200 ქვეყნიდან ამგვარი მოდელის ჯანდაცვის სისტემა, მხოლოდ 40 ქვეყანაშია. მსოფლიოში მოსახლეობის განსხვავებული ცხოვრების დონე, დაავადების სხვადასხვა სახის რისკები, უმუშევრობა/დასაქმების დონე, ინტელექტი არ იძლევა საშუალებას ერთი რომელიმე მოდელის დამკვიდრებისა და ჯანდაცვის პრობლემის გადაწყვეტისათვის. თვით ერთ სახელმწიფოშიც კი ზემოთ ჩამოთვლილი კრიტერიუმები განსხვა-

ვებულია, ამიტომ ხელისუფლების როლი არა მხოლოდ ჯანდაცვის სისტემის ადმინისტრირებაში უნდა გამოიხატოს, არამედ შექმნას პირობები, რომლითაც მოსახლეობა შეძლებს ისარგებლოს კერძო სამედიცინო დაზღვევით და პარალელურად მონაწილეობა მიიღოს სოციალურად დაუცველთა სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებაში. ამ პრობლემის გადაჭრისათვის მნიშვნელოვანია წარმატებული სამედიცინო დაზღვევის მქონე ქვეყნების მექანიზმების შესწავლა, მათი შედარება განვითარებული ქვეყნების სამედიცინო დაზღვევის მექანიზმთან და პრობლემების გამოკვეთა, რაც აფერხებს მოსახლეობის ჯანდაცვის სრულყოფილი მოდელის ჩამოყალიბებას. გამომდინარე იქედან, რომ გერმანიის კანცლერი ბისმარკი იყო პირველი, ვინც ჩამოაყალიბა სოციალური დაცვის და კერძო დაზღვევის მოდელი, განვიხილავთ ამ ქვეყანაში დღეისათვის მოქმედ სამედიცინო დაზღვევის სისტემას, ხოლო ბევერიჯი, რომელიც უპირატესად სამედიცინო დაზღვევის დაფინანსებას ავალდებულებდა სახელმწიფოს, მნიშვნელოვანია განვიხილოთ დიდი ბრიტანეთის სამედიცინო დაზღვევის მექანიზმი. რაც შეეხება განვითარებულ ქვეყნებს, მიმაჩნია, რომ ესტონური მოდელი, როგორც პოსტსაბჭოთა სივრცის ქვეყანა, საინტერესო იქნება განვითარების გზაზე მყოფი ქვეყნისათვის. მოცემული ქვეყნების სამედიცინო დაზღვევის მონაცემების ემპირიული ანალიზის მეთოდებით გამოიკვეთება მიზეზები, რომელიც აფერხებს სამედიცინო დაზღვევის ეფექტიანობას.

დღეისათვის გერმანიაში მოქმედებს სამედიცინო დაზღვევის ორმაგი სისტემა: სავალდებულო სახელმწიფო დაზღვევა და კერძო სამედიცინო დაზღვევა. სავალდებულო დაზღვევა დაშვებულია ყველა პირისათვის ვინც გააკეთებს განაცხადს განევრიანებისათვის, ხოლო კერძო დაზღვევა მოითხოვს განსზღვრული პირობების შესრულებას. სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის საფუძველია სოლიდარობის პრინციპი. ყოველი დაზღვეული ე.წ. საავადმყოფოს სალაროში იხდის სახელფასო შემოსავლის 15.5%, რომელიც დამსაქმებლის შეხედულებით შეიძლება გადანაწილდეს დასაქმებულზე. ყველა დაზღვეული ღებულობს სამედიცინო

მომსახურებას სახელმწიფოს მიერ დადგენილი ნორმების მიხედვით. ამ ფონდიდან ფინანსდება აგრეთვე მონაწილეთა ოჯახის წევრი ბავშვი და მეუღლე. სავალდებულო დაზღვევაში მონაწილეობის ვალდებულება აკისრია აგრეთვე: მოსამსახურეებს, რომელთა წლიური შემოსავალი დაბალია დაზღვევაში ჩართვისათვის საჭირო მინიმუმის დონეზე: მათ შორის, პენსიონერები და უმუშევრები. სავალდებულო დაზღვევაში ჩართვისათვის შემოსავლის დონე თითქმის ყოველწლიურად იცვლება, 2017 წლისათვის ეს პარამეტრი შეადგენს 57 600 ევროს. ამ რაოდენობაზე მეტი შემოსავლის შემთხვევაში პირს უფლება ეძლევა აირჩიოს კერძო დაზღვევა, მაგრამ ის ვერ ისარგებლებს სახელმწიფო დაზღვევით. სავალდებულო შემოსავლის დონის ზრდა მიმართულია სულ უფრო მეტი ადამიანის ჩართვისათვის სახელმწიფო დაზღვევაში. რაც შეეხება ზემოთ ხსენებულ პენსიონერთა ჩართვას, ისინი ვალდებული არიან ჩაერთონ დაზღვევაში, მაგრამ მათ მიერ გადასახდელი განაკვეთი არის დაბალი და დამოკიდებულია გამოუმუშავებული პენსიის სიდიდეზე. უმწეოები და უმუშევრები დაზღვეული არიან სახელმწიფოს მიერ.

კერძო სამედიცინო დაზღვევაში ჩართვის უფლება აქვს პირებს, რომელთა შემოსავალი მაღალია სავალდებულო დაზღვევაში ჩართვისათვის დადგენილ წლიური შემოსავლის დონეზე, ასევე საჯარო მოხელეებს და კერძო მენარმეებს, პირებს, რომლებიც თავის პროფესიული უნარებით მატარებენ ემსახურებიან მრავალრიცხოვან მომხმარებელს. გერმანიაში საკმაოდ მრავალმხრივი მიმართულებების სამედიცინო დაზღვევა (არსებობს სხვადასხვა მიდგომები უცხოქვეყნის მოქალაქეების, სტუდენტების, მკვლევარების, დასაქმებულების, მოგზაურების დაზღვევაზე) და მსოფლიოში ყველაზე წარმატებულად ითვლება, მაგრამ ეს არ ნიშნავს, რომ ნაკლოვანებების გარეშე, კერძოდ სავალდებულო დაზღვევაში ჩართვის ვალდებულება ადამიანებს უზღუდავს არჩევანის გაკეთებას უკეთესი სამედიცინო მომსახურების მისაღებად.

ბევერიჯის სისტემის სამშობლო დიდი ბრიტანეთია. სამედიცინო მომსახურება უფასოა. ყველა ინგლისელი მიმაგრებულია

საერთო პრაქტიკის ექიმთან, რომელიც გამოწერს რეცეპტებს და განსაზღვრავს: სჭირდება თუ არა პაციენტს ვიწრო სპეციალისტის კონსულტაცია. საჭიროების შემთხვევაში მომსახურებას მიიღებს „18 კვირის“ ვადაში. ამ სქემაში დევს ხარჯების შეკვეცის მექანიზმი, ანუ იგულისხმება, რომ, თუ პაციენტი არ არის მძიმედ დაავადებული, 18 კვირის განმავლობაში იგი შეიძლება გამოჯანმრთელდეს და საჭიროება იმისა, რომ სახელმწიფომ გაიღოს ვიწრო სპეციალისტის დაფინანსების ხარჯი აღარ იარსებებს. „18 კვირის“ კანონს აქვს თავისი დადებითი მხარე. ამ ვადაში აუცილებლად უნდა გაუკეთდეს პაციენტს ქირურგიული ოპერაცია თუ საჭიროა, და მას არ მოუწევს წელიწადი და მეტი ვადით მოცდა. როგორც სამედიცინო მომსახურების სქემები აჩვენებს, დიდი ბრიტანეთში სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა არ არსებობს. რაც შეეხება კერძო სამედიცინო დაზღვევას, იგი წარმოდგენილია 12 სადაზღვევო კომპანიის სახით და მოსახლეობის მხოლოდ 13% არის ჩართული. კერძო დაზღვევით სარგებლობენ პირები, რომელთა შემოსავალი 11000 ფუნტ სტერლინგზე მაღალია. კერძო დაზღვევით მოსარგებლე პირებს საშემოსავლო გადასახადში შეღავათი არ აქვთ, უფრო მეტიც, დაზღვევით მიღებული კომპენსაცია იბეგრება, როგორც ნატურით მიღებული შემოსავალი. ბოლო წლებში შემოღებული იქნა კანონი, მოქალაქეები, რომლებიც 60 წელზე მეტი ასაკის არიან და ერთვებიან კერძო დაზღვევაში უნესდებათ შეღავათი გადასახადებში, როგორც მონაწილეებს, ასევე მზღვეველებს. განხილული ქვეყნები: გერმანია და დიდი ბრიტანეთი, როგორც ვხედავთ, ინარჩუნებენ ბისმარკისა და ბევერიჯის მოდელების პრინციპებს, მაგრამ ეკონომიკური განვითარების შესაბამისად შეტანილია რიგი ცვლილებები.

პოსტსაბჭოთა სივრცის ქვეყანაა ესტონეთი, რომელიც სწრაფი გარდაქმნების საფუძველზე მიუახლოვდა ევროპულ ღირებულებებს. ესტონეთმა პირველ რიგში დაანესა სოციალური გადასახადი 33%, რომლის 13% მიიმართება სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის ფონდში, ხოლო 20% საპენსიო დაზღვევის ფონდში. ამავე დროს, სამედიცინო დაწესებულებე-

ბის დეცენტრალიზაციას შეუწყო ხელი. ბოლო მონაცემებით ესტონეთში ფუნქციონირებს მხოლოდ ერთი სახელმწიფო სა-
დაზღვევო კომპანია. კერძო დაზღვევამ აქ ფეხი ვერ მოკიდა,
რომლის მიზეზად ესტონელი მკვლევარები ცხოვრების დონის
შეუსაბამობას ასახელებენ კერძო დაზღვევის მოთხოვნებთან.
განხილულ ქვეყნებს შორის ესტონეთში სამედიცინო დაზღვე-
ვა არის სახელმწიფოს ხელში, ხოლო სამედიცინო დაწესებუ-
ლებები კი კერძო საკუთრების ფორმისაა. ჩვენი აზრით, სა-
კუთრების ორ რადიკალურ ფორმას შორის თანამშრომლობა
ბევრ სირთულეებს წარმოქმნის და ამავე დროს თაღლითობის
შესაძლებლობასაც ქმნის. კერძო დაწესებულებები სახელმწი-
ფოსაგან ჭარბი ფინანსების მიღების მიზნით პაციენტის მდგო-
მარეობის შეუსაბამო მკურნალობას დაუნიშნავენ და ასევე
მომსახურების ფასებს გაზრდიან. ე.ი. სახელმწიფო ფინანსე-
ბი, მობილიზებული სოციალური გადასახადით ძირითადი მიზ-
ნის-ჯანმრთელობის დაცვის- სანაცვლოდ მოემსახურება, პი-
რიქით არასწორ მკურნალობას.

განხილული ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემები და მათში კონ-
კრეტულად სამედიცინო დაზღვევის როლი ბევრ კითხვას აჩენს,
რომელიც უშუალოდ ეხება განეული ხარჯების შესაბამისობას სა-
მედიცინო მომსახურების დონესთან. პრობლემების წრე შემცირ-
დება, თუ თითოეული ადამიანი იზრუნებს დაიცვას ცხოვრების
ჯანსაღი წესი. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) გან-
მარტებით: „ჯანმრთელობა არის სრული ფიზიკური, სოციალური
და სულიერი კეთილდღეობა“, რომლის მონაცემებით:

- ჯანმრთელობა 49-53% -- დამოკიდებულია ცხოვრების
წესზე;
- 18-20%--მემკვიდრეობითობაზე;
- 17-20%--გარემოს(ეკოლოგია) გავლენაზე;
- 10%-ჯანდაცვის მიწოდებაზე (სამედიცინო დახმარების
აღმოჩენა).

(წყარო: http://studydoc.ru/doc/312921/zdorovyj-obraz-zhizni-dolzhen-stat._normoj-dlya-teh—kto-- Доклад начальника Управления здравоохранения
Исполнительного комитета г. Казани Р.У. Ахметова на аппаратном
совещании 14.09.2009)

ჯანმრთელობის ხარისხი და ფიზიკური განვითარება-სამუშაო ძალის ხარისხობრივი შეფასების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პირობაა. ინდივიდუალური ადამიანის ჯანმრთელობა ქმნის საზოგადოების ჯანმრთელობას, რომელიც აისახება ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებაზე. აქედან გამომდინარე, ზრუნვა თითოეული ადამიანის ჯანმრთელობაზე გარკვეულწილად სახელმწიფოს ვალდებულებაა. ჯერ კიდევ ჩვენს ერამდე იულიუს ცეზარმა თქვა: “მოქალაქეთა ჯანმრთელობა- სახელმწიფოს უდიდესი საზრუნავია“. თუმცა საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლამ სახელმწიფოს როლი შეამცირა და დამოკიდებული დარჩა ადამიანის მატერიალურ მდგომარეობაზე, შესაბამისად ეკონომიკურად ჩამორჩენილ ქვეყნებში გართულდა ცხოვრების ჯანსაღი წესის დაცვა. ინდუსტრიულად განვითარებულ ქვეყნებში კი ეკოლოგიური ფაქტორი ქმნის საფრთხეს.

ჯანმრთელობის დაცვაში სამედიცინო დაზღვევის როლის შეფასებისათვის მოკვლეული ინფორმაციის საფუძველზე ემპირიული ანალიზის ჩატარებით განვსაზღვრავთ სამედიცინო დაზღვევის ფორმებს შორის თანაფარდობას ეფექტიანი ჯანდაცვის სისტემის უზრუნველსაყოფად. კერძოდ, ნაშრომში გამოყენებულია ემპირიული ანალიზის ორი მიდგომა: 1. ანალიზისა და სინთეზის; 2. შედარების. ანალიზისა და სინთეზის მეთოდი შესაძლებლობას გვაძლევს ავხსნათ დამოკიდებულება განხილული ქვეყნების მშპ-ში ჯანდაცვის ხარჯებსა და მასში სამედიცინო დაზღვევის წილს შორის, ხოლო თვით სამედიცინო დაზღვევაში სახელმწიფო (სავალდებულო) და კერძო სამედიცინო დაზღვევას შორის. რაც შეეხება საქართველოს რეალობის შეფასებას, ანალიზისა და სინთეზის დასკვნების საფუძველზე უნდა შევადაროთ კვლევაში მონაწილე ქვეყნების მდგომარეობას და გავაკეთოთ დასკვნა.

ცხრილი 1. ჯანდაცვის ხარჯების წილი მშპ-ში

ქვეყანა	მშპ მლნ. \$	ერთ სულ მოსახლეზე მშპ.\$	ჯანდაც. ხარჯი მშპ-ში %	მოსახ. რიცხ.	ჯანდაც. ხარჯი ერთ სულ მოსახ. \$
გერმანია	3 868 291	40 996	11	82 162 000	5178,94
დიდი ბრიტანეთი	2 988 893	42 105	9	65 341 183	4116,86
ესტონეთი	22 000	17 288	6	1 315 944	1003,08
საქართველო	16 530	3 788	9	3 720 400	399, 88

წყარო: ქვეყნების რეიტინგი ჯანდაცვის ხარჯების მიხედვით, . Гуманитарная энциклопедия [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий, 2006–2016 (последняя редакция: 30.10.2016). URL: <http://gtmarket.ru/ratings/expenditure-on-health/info>

როგორც ცხრილში მოცემული ინფორმაციიდან ჩანს, გერმანია, სადაც სავალდებულო დაზღვევაში ჩართვის ვალდებულება აკისრია განსაზღვრული შემოსავლების მქონე მოქალაქეებს, ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შესაძლებლობას აძლევს ფედერალურ მთავრობას და გარკვეულწილად მაღალ შემოსავლიანების ხარჯზე სტიმულს აძლევს სადაზღვევო კომპანიებს განვითარებისათვის; დიდი ბრიტანეთში ჯანდაცვის ხარჯი შედარებით ნაკლებია, თუმცა ეს არ არის კერძო სამედიცინო დაზღვევის განვითარების შედეგი, არამედ არსებული შეზღუდვები ე.წ. „18 კვირის“ კანონის სახით გარკვეულ ზემოქმედებას ახდენს ჯანდაცვის ხარჯებზე. რაც შეეხება კერძო დაზღვევაში მონაწილის სამედიცინო მომსახურების კომპენსაციის დაბეგვრას, ჩვენი აზრით, კერძო დაზღვევის განვითარებას უშლის ხელს. ესტონეთი ამ ორი ქვეყნისაგან სრულიად განსხვავებული სისტემით სარგებლობს. კერძო სამედიცინო დაზღვევის არარსებობა და შესაბამისად სახელმწიფოს მონოპოლია ჯა-

ნდაცვის ხარჯების დაფინანსებაზე, გამოიწვევს ჭარბი ან დავადების შეუსაბამო სამედიცინო მომსახურების მიწოდებას თითოეულ პაციენტზე სახელმწიფოსაგან ფინანსური რესურსების მიღების მიზნით.

განვითარებულ ქვეყნების მონაცემებთან საქართველოს მონაცემების შედარება განსხვავებულ თანაფარდობას გვაძლევს. კერძოდ, გერმანიის მოსახლეობა 22-ჯერ მეტია საქართველოს მოსახლეობაზე, თუმცა მშპ-ს მოცულობაც 234-ჯერ აჭარბებს. ერთ სულ მოსახლეზე გაანგარიშებით კი 11-ჯერ მეტია. ამ თანაფარდობის მიხედვით საქართველოს მოსახლეობის ჯანდაცვის ხარჯი კიდევ უფრო ჩამორჩება და არღვევს პროპორციას, მაგრამ უნდა აღინიშნოს რომ განვითარებულ ქვეყნებში, მიუხედავად ეკოლოგიური ფაქტორის ზემოქმედებისა, მაღალია ცხოვრების ჯანსაღი წესის დაცვის შესაძლებლობა, ასევე მაღალია სამედიცინო მომსახურების ხარისხი. რაც შეეხება ესტონეთთან საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის შედარებას, ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის ხარჯები მოსახლეობის რიცხოვნების პროპორციის მიხედვით ერთნაირად შეიძლება ჩაითვალოს, მაგრამ ესტონეთში ერთ სულ მოსახლეზე 5-ჯერ მეტი მშპ-მოდის, ვიდრე საქართველოში, ეს შესაბამისად აძლევს შესაძლებლობას ქვეყანამ ჯანდაცვაზე მიმართოს მეტი, ვიდრე მონაცემებში არის აღნიშნული. ჩვენი მიზანი არის არა ამ ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემების დახასიათება, არამედ მათი სამედიცინო დაზღვევის ეფექტიანობის განმსაზღვრელი ელემენტების სინთეზი და მათი გადმოტანა. კონკრეტულად გერმანიის სისტემიდან ჩვენ ვთვლით, რომ სწორი მიდგომაა კერძო სამედიცინო დაზღვევის განვითარების ხელშეწყობისათვის სავალდებულო დაზღვევაში ჩართულობის ბარიერის დაწესება, დიდი ბრიტანეთის მიდგომა კერძო დაზღვევით მოსარგებლეთა სამედიცინო მომსახურების კომპენსაციის დაბეგვრისადმი არამართებულია და მისი გადმოტანა საქართველოში კიდევ უფრო დაამძიმებს კერძო დაზღვევისადმი მოქალაქეთა დამოკიდებულებას. კერძო დაზღვევაში გადახდილი დაზღვევის პრემია მიიმართება ერთხელ უკვე დაბეგრილი შემოსავლიდან

და ეს არასამართლიანი მიდგომა იქნება. ესტონეთის სისტემა, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, საკუთრების ორ განსხვავებულ ფორმას შორის თანამშრომლობა და ვთვლით, რომ მიუღებელია, რადგან განვითარების გზაზე მდგომი ქვეყანა აღმოჩნდება თაღლითობის მსხვერპლი. საქართველოში 1990 წლიდან ჯანდაცვის ხარჯების კატასტროფულ შემცირებას ჰქონდა ადგილი, ამიტომაც ექიმთან მიმართვიანობა მინიმუმამდე იყო დასული. რთული ეკონომიკური მდგომარეობის ქვეყნისათვის ეკონომიური დამოუკიდებლობის მინიჭებამ ყოველგვარი გათვლების გარეშე კერძო სტრუქტურების გაჩენა და მათი თანდათანობით გაკოტრება გამოიწვია. სამედიცინო დაზღვევის სფეროში კერძო სადაზღვევო კომპანიის „აღდაგის“ გაჩენა ერთგვარი ხსნა იყო სახელმწიფოსათვის, რომელსაც ჩამოუყალიბებელი ჯანდაცვის სისტემის პირობებში საშუალება მიეცა კერძო სადაზღვევო კომპანიების ჩართვით ჯანდაცვის სისტემაში ადგილიდან დაეძრა რეფორმები. მართალია იმ დროისათვის მოსახლეობისათვის კერძო დაზღვევის შეთავაზება აბსურდული იყო, მაგრამ ცნობიერებაში სამედიცინო მომსახურების გადახდა სადაზღვევო კომპანიის მიერ მნიშვნელოვან როლს შეასრულებდა. სტატიაში არ განიხილება გარდამავალი პერიოდის ჯანდაცვის სისტემა, ვინაიდან ღირებული ნაბიჯი არ გადადგმულა. მაგრამ აღვნიშნავთ, რომ ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბებაში თავი მოიყარა ერთდროულად მრავალმა პრობლემამ: სამედიცინო დაზღვევის გაუმართაობა, სამედიცინო დაწესებულებების დეცენტრალიზაცია, მოსახლეობის დაბალი სადაზღვევო კულტურა, მეწარმეთა არასაკმარისი სოციალური პასუხისმგებლობა და, რაც ყველაზე მეტად უშლიდა ხელს რეფორმების მსვლელობას, უმუშევრობის მაღალი დონე. რეალურად რეფორმები უნდა წარიმართოს შემდეგ ეტაპებად: 1. სახელმწიფო დაზღვევაში ჩართვისათვის შემოსავლების ბარიერის დაწესება; 2. სახელმწიფო დაზღვევაში ჩართული დასაქმებული მოქალაქეების სამედიცინო დაზღვევის ფონდის ფორმირებისათვის მინიმალური სადაზღვევო შენატანის დაწესება: სანყის ეტაპზე სრულად დამსაქმებლის მიერ გადახდა,

შემდგომ გადანაწილება დასაქმებულებზე; 3. თანდათანობით სახელმწიფო დაზღვევის შეზღუდვა და შემოსავლის განსაზღვრული დონის შემთხვევაში სახელმწიფო დაზღვევიდან გამოთიშვა, რაც მოქალაქეებს უბიძგებს კერძო დაზღვევისაკენ. კერძო დაზღვევის წინა პლანზე წამოწევამ ხელი კი შეუწყო სადაზღვევო კომპანიების განვითარებას, მაგრამ მათზე გადა-რიცხული რესურსების უკონტროლობამ გაზარდა ჯანდაცვის ხარჯები და ეკონომიკურ განვითარებას ხელი შეუშალა. საყოველთაო დაზღვევის შემოღებამ 2013 წელს და მისმა გავრცელებამ სრულიად საქართველოს მოქალაქეებზე, ერთის მხრივ, დააზარალა სადაზღვევო კომპანიები, მეორე მხრივ, ექიმთან მიმართვიანობამ მაქსიმუმს მიაღწია, რამაც შეამცირა მომსახურების ხარისხი. როგორც განხილული ქვეყნების ანალიზმა გვაჩვენა, იდეალური არცერთი ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა არ არის, მაგრამ მოქმედების მიმართულებები სწორად არის განსაზღვრული და ეკონომიკური მდგომარეობის შესაბამისად სისტემაში შედის ცვლილებები. მსოფლიოში ჯანდაცვის პრობლემების მოგვარება კერძო დაზღვევის განვითარებისკენაა მიმართული. ამიტომ საინტერესოდ მივიჩნიეთ მშპ-ში ჯანდაცვის ხარჯების წილში გამოგვეკვეთა კერძო სამედიცინო დაზღვევის წილი.

ცხრილი2. კერძო დაზღვევის წილი ჯანდაცვის ხარჯში

ქვეყნები	მშპ მლნ. \$	სულ ჯანდაცვის ხარჯი მშპ-ში მლნ \$	კერძო დაზღვევის ხარჯების წილი %
გერმანია	3 868 291	425 512.01	1.21
დიდი ბრიტანეთი	2 988 893	279 000.37	5.5.
ესტონეთი	22 000	1320,0	0
საქართველო	16 530	1477.7	17.4

წყარო: სტატისტიკური მონაცემების საფუძველზე ჩვენი გაანგარიშება

როგორც ცხრილიდან ჩანს, საქართველოში კერძო დაზღვევის წილი ჯანდაცვის ხარჯებში პროცენტულად განვითარებული ქვეყნების (გერმანია, დიდი ბრიტანეთი) წილზე მაღალია. ამ მონაცემებით შეიძლება გაკეთდეს დასკვნა, რომ როდესაც კერძო სამედიცინო დაზღვევა არის განვითარებული, მოსახლეობის შემოსავლების დონე მაღალია, მაგრამ რეალობა საპირისპიროს მეტყველებს, ქვეყანაში დასაქმებული მოსახლეობის რაოდენობა ბოლო მონაცემებით 59,7%-ია, მათ შორის კი 57,5% თვითდასაქმებულია. დაქირავებით მომუშავეთა საშუალო ხელფასი 900 ლარია. თვითდასაქმებულთა 47% სოფლად არის დასაქმებული, რომელთა შემოსავალი ხშირ შემთხვევაში მხოლოდ ნატურალურია, ფულადი სახის შემოსავალი კი საშუალოდ 250 ლარს აღწევს. ამ მონაცემებიდან გამომდინარე საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევით მოსახლეობის მოცვა მაღალი ხარისხით უნდა მოხდეს. კერძოდ, 900 ლარი შემოსავლის შემთხვევაში ფიზიკური პირი შეძლებს საკუთარი ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისის შეძენას, მაგრამ თუ ოჯახში არის მხოლოდ ერთი დასაქმებული, მთელი შემოსავალი საარსებო მინიმუმით დაკმაყოფილებას მოხმარდება, შესაბამისად საშუალო შემოსავლის მქონე ფიზიკური პირიც უნდა ჩაერთოს საყოველთაო დაზღვევაში. სტატისტიკური მონაცემებზე დაყრდნობით სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ჯანდაცვით მოსარგებლეთა რაოდენობა შეიძლება გამოითვალოს შემდეგნაირად:

1. სულ მოსახლეობის რაოდენობა --- $M = N_1 + N_2 + N_3$

სადაც, N_1 -- დაქირავებით დასაქმებულთა რაოდენობა

N_2 -- თვითდასაქმებულთა რაოდენობა

N_3 -- შემოსავლის არ მქონე მოსახლეობა (ბავშვები, სტუდენტები, პენსიონერები, ინვალიდები)

ე.ი. $3\ 713\ 700 = 942\ 258.53 + 1\ 274\ 820 + 1\ 496\ 621,1$ (ცდომილება 0,37)

2. საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის ბენეფიციართა სავარაუდო რაოდენობა

$C = N_3 + N_4 + N_1 * k = 1\ 496\ 621 + 599\ 165 + 942\ 258 * 0.3 = 2\ 378\ 464$

სადაც, N_4 ... სოფლად დასაქმებული მოსახლეობის რაოდენობა;

k - კოეფიციენტი, რომელიც უჩვენებს დაქირავებით დასაქმებულ ერთ პირზე დამოკიდებული ოჯახების წილს, რომელიც ჩვენი აზრით 0.3-ია (საქართველოში ჩატარებული სხვადასხვა კვლევებისა და საერთო დაკვირვების საფუძველზე). ამგვარად, საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის ქვეშ უნდა გაერთიანდეს 2 378464 ადამიანი. ცხრილი 1-ისმონაცემებით საქართველოში ერთ სულზე მოსული ჯანდაცვის ხარჯების წილი მშპ-ში არის 399, 88 ლარი, მაშინ სულ ჯანდაცვის ხარჯები ჯანდაცვის ყველა პროგრამის გათვალისწინებით იქნება $2\ 378464 \times 399, 88 = 951\ 100\ 184.32$ ლარი. ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების 2015 წლის მონაცემების მიხედვით გაანგარიშებული ხარჯი 294 900 184 ლარით აჭარბებს. თუ გაითვალისწინებთ, რომ საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის ფარგლებში ექიმთან მიმართვიანობის ალბათობა მაღალია, ცხადი ხდება დაუფინანსებელი სამედიცინო მომსახურების არსებობა. სტატიაში მოყვანილი გაანგარიშებები დაფუძნებულია სტატისტიკურ ინფორმაციებზე და შესაბამისად მაღალი სიზუსტის პრეტენზია არ გვაქვს, მაგრამ, იმ ფონზე, როდესაც საქართველოში ერთ სულ მოსახლეზე მოსული ჯანდაცვის ხარჯი 399, 88 ლარია, რეალურად საჭირო და ფაქტიურად გაწეული ხარჯების შედარებით კეთდება დასკვნა, რომ მიუხედავად სახელმწიფოს მიერ სოციალური ფონის შერბილების მიზნით საყოველთაო ჯანდაცვაზე მიმართული რესურსი საკმაოდ დიდია, მისი არასწორად გადანაწილებით პროგრამის ეფექტიანობა ეცემა, ხოლო სახელმწიფოს ეკონომიკური განვითარება ფერხდება. პრობლემათა წრე ფართოა და მისი გადანაცვება სტატიის ფარგლებში შეუძლებელია, რაც შეეხება ღონისძიებებს, რომელთა გატარება აუცილებელია, არის შემდეგი:

1. შეიქმნას ოჯახების შემოსავლების აღრიცხვის პროგრამა, და დადგინდეს სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციართა გარდა, ოჯახის წევრების საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევაში ჩართულობის მიზანშეწონილობა;

2. საყოველთაო დაზღვევის პროგრამის განხორციელების მეთოდოლოგია გაიწეროს მოსახლეობისათვის გასაგებ ენაზე: ან ჩაირთვეს პირი საყოველთაო დაზღვევის პროგრამაში, ან არა. ეს გამორიცხავს თაღლითობების წარმოქმნას პროგრამის განხორციელებაში;

3. საქართველო ვერ იქნება ქვეყანა, რომელიც მაქსიმალურად შეძლებს დააკმაყოფილოს მოსახლეობის მოთხოვნილება სამედიცინო დაზღვევით. გამომდინარე აქედან, სტატუსი საყოველთაო უნდა შეიცვალოს სავალდებულოთი, რომლის მოცვის სფეროს განსაზღვრისათვის უნდა იქნას აღებული პირი, რომლის შემოსავალი თვეში ორი საარსებო მინიმუმის ($260 \times 2 = 520$ ლ) ტოლი ან ნაკლებია საშუალო შემოსავალზე.

4. ზემოთ განხილული ქვეყნების სამედიცინო დაზღვევის მოდელებიდან, ჩვენი აზრით, გადმოტანილი უნდა იქნას სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევაში ჩართული პირების (გარდა პენსიონერები, სტუდენტები, ბავშვები) მიერ თანამონაწილეობის მიღება ჯანდაცვის პროგრამის განხორციელებაში, (გერმანული მოდელი) სამედიცინო დაზღვევის მინიმალური შენატანის დაწესებით, რაც აამაღლებს თითოეული დაზღვეულის პასუხისმგებლობას საკუთარი თავისადმი და სოლიდარობის პრინციპის განხორციელებას შეეწყობა ხელი. ბარიერი, რომლის საფუძველზე პირის ვალდებულება წარმოიშობა სადაზღვევო შენატანის გადახდასთან დაკავშირებით საქართველოში არსებული საშუალო ხელფასის (900ლ) მიხედვით უნდა დაწესდეს დაახლოებით 2-3%(პრინციპი: სადაზღვევო შენატანი უნდა იყოს საბაზო დაზღვევის პაკეტის ღირებულებაზე ნაკლები ღირებულების) და გადამხდელებად უნდა განისაზღვროს საშუალო ხელფასზე მეტი შემოსავლის მქონე დასაქმებულები.

ამგვარად, სამედიცინო დაზღვევის განხორციელებაში სახელმწიფოს როლი უდავოდ დიდია, (მიუხედავად მოპოვებული ინფორმაციისა კერძო დაზღვევის წილის შესახებ), მაგრამ ეფექტიანობის უზრუნველყოფისათვის გასათვალისწინებელია შემდეგი ფაქტორები: მოდელის გამართულობა, სიმარტივე,

სტრუქტურით განსაზღვრული მხარეების პროფესიული პასუხისმგებლობა, მოსახლეობის რისკისადმი დამოკიდებულების კულტურა, სოლიდარობის პრინციპების დანერგვა „მდიდარი აფინანსებს ღარიბს“ და კონტროლის გამკაცრება სახელმწიფო ფინანსების ხარჯვით ნაწილში, კერძოდ სამედიცინო დაზღვევის მიმართულებით.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Health care in Germany: Health insurance in Germany, Informed Health Online [Internet]. Cologne, Germany: Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG);---© IQWiG (Institute for Quality and Efficiency in Health Care).Created: May 6, 2015
2. UK Health System: Advantages and Disadvantages, Maria Drovnenkova Article from the newspaper: „AiF. Health »№ 31 02/08/2012.
3. About Medical Insurance in Estonia, <http://peopleandcountries.com/article-1095-1.html>.
4. On International Experience of Reforming the Health System: Estonia. Germany, Slovenia, Poland, 2015.
[Http://www.ilf-ua.com/en/publications/articles/informationnspravochnyayaanaliticheskayainformaciyaomezhdunarodnomopytereformirovaniisistemyzdravoohraneniya:estoniya,germaniya,sloveniya,polsha/](http://www.ilf-ua.com/en/publications/articles/informationnspravochnyayaanaliticheskayainformaciyaomezhdunarodnomopytereformirovaniisistemyzdravoohraneniya:estoniya,germaniya,sloveniya,polsha/).
5. Rating of the Countries of the World in Terms of Expenditure on Health. Humanitarian Encyclopedia [Electronic resource] // Center for Humanitarian Technologies, 2006-2016 (last revised: 30.10.2016). URL: <http://gtmarket.ru/ratings/expenditure-on-health/info>.
6. Bloomberg: Rating of the Countries of the World on the Effectiveness of Health Systems in 2014. [Electronic resource] // Center for Humanitarian Technologies. - 22.09.2014. 12:00. URL: <http://gtmarket.ru/news/2014/09/22/6887>.
7. http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=142&lang=geo, National Statistics Office of Georgia.

8. A. Tsintsadze, N. Svanidze: Georgian Social Insurance found Management Problems and probabilistic and Statistical Analysis of found Capital Management, Journal of Mathematics and System Science, ISSN:2159-5291-USA, David Publishing Company, 2013

9. L. Meloyan-Phutkaradze: The Role of Social Insurance of Population Protection from Social Risks, Monograph, „Universal” Tbilisi, 2015.

EMPIRICAL ANALYSIS OF THE HEALTH INSURANCE MODELS OF DEVELOPED COUNTRIES AND THE POSSIBILITY OF THEIR USAGE IN GEORGIA

Asie Tsintsadze

Professor at Batumi Shota
Rustaveli State University

Lilit Meloyan-Phutkaradze

Assistant Professor at
Batumi Shota Rustaveli
State University

RESUME

The aim of this paper is the analysis of the effectiveness of the use of models in the field of health insurance, the possibility of the use of advantages of the models in the Georgian health insurance system. Furthermore, it discusses establishing models, based on the synthesis of already existing models of foreign countries for improvement and for increase of the effectiveness.

Keywords: social health insurance, average salary, switching threshold, insurance contribution, employment and income ratio.