



მთავარი > Georgia Forbes Health > ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა ბრუნდება?

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა ბრუნდება?

📎 თენგიზ ვერულავა 📅 ივლისი 15, 2021 💬 No Comments



საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ 10-წლიანი გეგმა წარმოადგინა. სტრატეგიულ პრიორიტეტებად დასახელდა: პირველადი ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერება, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურების გაძლიერება, სახელმწიფო საკუთრებაში არსებული ჰოსპიტალური ქსელის გაძლიერება, ჯანდაცვის სექტორში დასაქმებული პერსონალის მოტივაციის გაზრდა, ხარისხიან სამკურნალო საშუალებებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება, ხარისხიან ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება,

ციფრულ ტექნოლოგიებსა და ხელოვნურ ინტელექტზე ეტაპობრივი გადასვლა. თითოეული დასახელებული პრიორიტეტი მოითხოვს სიღრმისეულ ანალიზს.

ამ წერილში განვიხილავ ერთ მნიშვნელოვან განაცხადს, რომელიც გულისხმობს სადაზღვევო რეფორმის განხორციელებას. როგორც 10-წლიანი გეგმა გვამცნობს: სოციალური კოდექსის ფარგლებში „შემუშავდება დაზღვევის ახალი კომპონენტი, რომელიც მოიცავს სამედიცინო, სოციალური, უმუშევრობის, უბედური შემთხვევების, დროებითი შრომისუუნარობის დაზღვევას“. სადაზღვევო რეფორმა ითვალისწინებს “სოლიდარობის პრინციპზე დამყარებული მოდელის ევროპულ გამოცდილებას, რომელიც საქართველოში დღეს არსებულ სისტემასთან შედარებით, მოსახლეობის მნიშვნელოვნად მეტ საჭიროებას ფარავს”.

აღნიშნული განაცხადი ნიშნავს, რომ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა უბრუნდება სოციალური დაზღვევის ბისმარკის მოდელს, რომელიც საქართველოში დაინერგა 1995 წლის ჯანდაცვის რეფორმების დროს და რომელზეც 2004 წელს უარი თქვა ახალმა მთავრობამ და იგი ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების (ბევერიჯის) მოდელით შეცვალა.

უპირველესად, ერთმანეთისაგან განვასხვაოთ სოციალური დაზღვევის ბისმარკის და ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების ბევერიჯის მოდელები. ჯანდაცვის სისტემების ერთ-ერთი განმსაზღვრელი ნიშანია დაფინანსება. ჯანმრთელობის დაფინანსების ორი ძირითადი ვარიანტი არსებობს: ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის (ბისმარკის) მოდელი და ზოგადი გადასახადებით დაფინანსებული ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული (ბევერიჯის) მოდელი.

სოციალური დაზღვევის (ბისმარკის) მოდელში მოქალაქეები ვალდებული არიან, გადაიხადონ წინასწარ დადგენილი სადაზღვევო გადასახადები სადაზღვევო ფონდებში. ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული (ბევერიჯის) მოდელში მოქალაქეები იხდიან ზოგად გადასახადებს სახელმწიფო ბიუჯეტში. შეიძლება ითქვას, რომ ბევერიჯის მოდელში სახელმწიფო უფრო დომინანტურ როლს ასრულებს, რადგან ჯანდაცვის ორგანიზაციები უფრო მეტად არიან დამოკიდებული სახელმწიფოზე და უფრო მეტად ასოცირდება საბჭოთა პერიოდის ცენტრალიზებულ სისტემასთან, ხოლო ბისმარკის მოდელი - დეცენტრალიზებულ, საზოგადოებრივ ინსტიტუტებთან (სოციალური დაზღვევის ფონდები).

1995 წელს საქართველოში დაწყებული ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის დროს დაფინანსების ახალი სისტემის შექმნისას არჩევანი შეჩერდა სოციალური დაზღვევის ბისმარკის მოდელზე. მის მთავარ მიზანს წარმოადგენდა ადამიანის ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებლობის თანაბრად და სამართლიანად განაწილება სახელმწიფოზე, დამქირავებელსა და დაქირავებულზე. აღსანიშნავია, რომ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მოდელის არჩევით საქართველო ეხმიანებოდა აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში მიმდინარე პროცესებს. რეგიონის 28 ქვეყნიდან 22-მა დაწერა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა. გარდა ამისა, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია და მსოფლიო ბანკი რეკომენდაციას უწევდნენ სოციალურ დაზღვევაზე დაფუძნებულ ჯანდაცვის სისტემას.

სოციალური დაზღვევის ბისმარკის მოდელს აქვს მეტი უპირატესობა ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების (ბევერიჯის) მოდელთან შედარებით. კერძოდ, სოციალური დაზღვევის დროს ხდება:

1. ადამიანის ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებლობის თანაბრად და სამართლიანად განაწილება სახელმწიფოზე, დამქირავებელსა და დაქირავებულზე;
2. ჯანდაცვის სექტორისათვის დამატებითი სახსრების მობილიზებისკენ სწრაფვა;
3. ხარჯების შეკავება;
4. სისტემის გამჭვირვალობის გაზრდის მოთხოვნა;
5. მდგრადი დაფინანსების ძიება და პოლიტიკოსების მხრიდან ჯანმრთელობის სახსრების სხვა სფეროებში გადამისამართების შესაძლებლობის შეზღუდვა;
6. პაციენტების მოთხოვნების შესაბამისი სერვისების შექმნა;
7. საბაზრო მექანიზმების განვითარების ხელშეწყობა.

დაწესდა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის შენატანი 4%, რომლის 3%-ს იხდიდა დამქირავებელი, ხოლო 1%-ს – დაქირავებული. „სადაზღვევო შენატანის“ დაკანონებით შეიქმნა ე.წ. სადაზღვევო რისკი. სადაზღვევო შენატანის აკუმულირება ხდებოდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიაში, რომელიც შედგებოდა 12 რეგიონული ფილიალისაგან და ჰქონდა ფინანსური, მმართველობითი და სახელშეკრულებო დამოუკიდებლობა.

გარდა ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანისა, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის შემოსავლის წყაროს წარმოადგენდა ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერი, რომელიც იქმნებოდა ზოგადი სახელმწიფო შემოსავლებით. ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერი უმთავრესად განკუთვნილი იყო იმ პირთა სახელმწიფო პროგრამების დასაფინანსებლად, რომელნიც არ იყვნენ დასაქმებული (უმუშევრები, არაშრომისუნარიანი მოსახლეობის ნაწილი, უმწეოები, პენსიონერები, ბავშვები).

ჯანდაცვის სისტემის დეცენტრალიზაციის მიზნით სახელმწიფო დაფინანსების ტვირთი გადანაწილდა ცენტრალურ და ადგილობრივ ხელისუფლებას შორის, რისთვისაც შეიქმნა ჯანდაცვის ადგილობრივი ფონდები, რომლებიც შემოსავლებს იღებდნენ მუნიციპალური ბიუჯეტებიდან. შენატანები ჯანდაცვის ფონდებში წარმოადგენდა გასაშუალოებულ მაჩვენებელს ერთ სულ მოსახლეზე, რომელიც დამოკიდებული იყო მუნიციპალიტეტებში მცხოვრები მოსახლეობის რაოდენობაზე.

მიუხედავად მიღწევებისა, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დანერგვა მოსალოდნელზე მეტად რთული აღმოჩნდა. იგი დაკავშირებული იყო 1990-იანი წლების საქართველოში არაფორმალური ეკონომიკის დიდ წილთან, უმუშევრობის მაღალ დონესთან, გაუმართავ საგადასახადო კოდექსთან, არასაგადასახადო შემოსავლების მოუკრებლობასთან.

ახალრამოყალიბებული სახელმწიფო ვერ ახერხებდა სახელმწიფო ფინანსების ქმედითობის უზრუნველყოფას და გადასახადების ამოღებას. სახელმწიფო ბიუჯეტის ხვედრითი წილი

მთლიან შიდა პროდუქტში უმნიშვნელო იყო (2004 წელს მთლიანი შიდა პროდუქტის 12%). ამდენად, სახელმწიფოს ჰქონდა სუსტი ფინანსური, ეკონომიკური და ინსტიტუციური შესაძლებლობები საიმისოდ, რომ რაიმე სერიოზული ცვლილება მოეხდინა ეკონომიკურ და სოციალურ სფეროებში. შედეგად, სახელმწიფო ხშირად ვერ აფინანსებდა დაპირებულ ვალდებულებებს და ჯანდაცვის სისტემა განიცდიდა დაფინანსების ქრონიკულ დეფიციტს. მაგალითად, 1999 წელს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიამ მიიღო თავისი დამტკიცებული ბიუჯეტის მხოლოდ 64,2%. ანალოგიური ვითარება იყო როგორც წინა, ასევე შემდგომ წლებში.

სახელმწიფოს განზრახული ჰქონდა სოციალური დაზღვევის შემდგომი რეფორმირება. იგი მიზნად ისახავდა ფინანსური წყაროების ინტეგრირებას, კერძოდ, ცენტრალური და ადგილობრივი, მუნიციპალური ბიუჯეტებიდან ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანების გაერთიანებას ერთიან "პულში". მუნიციპალური და სადაზღვევო პროგრამების გაერთიანება გაზრდიდა სადაზღვევო სისტემით მოცული მოსახლეობის რაოდენობას, რაც, თავის მხრივ, ხელს შეუწყობდა დამსაქმებელთა მიერ დასაქმებულების სადაზღვევო ფონდში რეგისტრაციას. რაც უფრო მეტი დამსაქმებელი და დასაქმებული იხდის ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანს, მით უფრო მცირდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გადარიცხვები. გათვალისწინებული იყო დამსაქმებლისა და დასაქმებულის რეგისტრაციის, გადასახადების გადახდის და სადაზღვევო სარგებლების კომპიუტერული სისტემის უზრუნველყოფა. აღნიშნულის შედეგად ქვეყანაში დაინერგებოდა უნივერსალური სამედიცინო მომსახურების ძირითადი პაკეტი და უნივერსალური ჯანმრთელობის დაზღვევის ბარათი.

„ვარდების რევოლუციის“ შემდეგ, 2003 წლის ნოემბერში შეიცვალა საქართველოს პოლიტიკური ხელმძღვანელობა. ახალი მთავრობის მიერ განხორციელებულმა რეფორმებმა ეკონომიკის სწრაფი და სტაბილური ზრდა გამოიწვია. რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, მოწესრიგდა საგადასახადო სისტემა. გაჩნდა მოლოდინი, რომ ახალი მთავრობის მიერ განხორციელებული საგადასახადო სისტემის მოწესრიგება გააუმჯობესებდა სადაზღვევო ფონდის მიერ სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანების შეგროვებას. თუმცა ახალმა ხელისუფლებამ წინა მთავრობის სრული უარყოფის მიზნით შეიწირა საქართველოში სოციალური დაზღვევის სისტემის განვითარების საწყისი ჩანასახები. 2004 წელს საქართველომ უარი თქვა სოციალური დაზღვევის სისტემის (ბისმარკის მოდელი) მშენებლობაზე და გადავიდა ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების (ბევერიჯი) მოდელზე.

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ წარმოდგენილ 10-წლიან გეგმაში აქცენტის გაკეთება „სოლიდარობის პრინციპზე დამყარებულ სადაზღვევო მოდელის ევროპულ გამოცდილებაზე“ მიგვანიშნებს, რომ საქართველო ისევ უზრუნდება სოციალური დაზღვევის ბისმარკის მოდელს. იმის გათვალისწინებით, რომ სოციალურ სადაზღვევო მოდელს აქვს მეტი უპირატესობა ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების (ბევერიჯის) მოდელთან შედარებით, მისი დანერგვა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემას უფრო ხარჯთეფექტიანს გახდის და დადებითად აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე.