



მთავარი > ბლოგი >

რატომ აირჩია საქართველომ 1995 წელს ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა და არა ზოგადი გადასახადებით დაფინანსება და რატომ არის ევროპა თანამიმდევრული?



თენგიზ კერულავა

მედიცინის დოქტორი,

კავკასიის უნივერსიტეტი

თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

რატომ აირჩია საქართველომ 1995 წელს ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა და არა ზოგადი გადასახადებით დაფინანსება და რატომ არის ევროპა თანამიმდევრული?

პერსონალური ბლოგი მარტი 28, 2021

11:00 am



ჯანმრთელობის პოლიტიკის ეროვნულმა პლატფორმამ, Forbes HEALTH-მა საინტერესო და მეტად დროული ინიციატივა შემოგვთავაზა, რაც გულისხმობს ექსპერტების შეხედულებებისა და გამოცდილების გაზიარებას ჯანმრთელობის სფეროში მიმდინარე მოვლენებსა და გამოწვევებზე.

ამ მხრივ, ძალიან საინტერესო იყო გიორგი შაქარიშვილის წერილი „ჩიკაგოელი ბიჭებიდან მესამე გზამდე: ქართული ჯანდაცვის სტრატეგიული ზიგზაგები“ და ქეთევან ჩხატარაშვილის წერილი „ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა საქართველოში – საჭიროება თუ თვითმიზანი?“. აღნიშნულ წერილებში ავტორები შეეხნენ ჯანდაცვის რეფორმის ერთ-ერთ ყველაზე ნოვატორულ პერიოდს, პირველ ტალღას (1995 - 2003 წწ). მიმდინარე დისკუსიაში მონაწილეების მოსაზრებები იმდენად საინტერესო იყო, რომ გადავწყვიტე, დეტალების უფრო ღრმად გასაცნობად მესაუბრა რეფორმის მთავარ მამოძრავებელთან – ბატონ ავთანდილ ჯორბენაძესთან.

ბატონმა ავთანდილმა გადმომცა 1994 წლის 3 მარტს ჯანმრთელობის დაცვის მინისტრად დამტკიცებისას საქართველოს პარლამენტში მისი გამოსვლის ტექსტი. ეს იყო პირველი საჯარო განცხადება საქართველოში რადიკალურ რეფორმებთან დაკავშირებით. ეს ის პარლამენტი, რომელშიც წარმოდგენილი იყო დამოუკიდებელი საქართველოს ისტორიაში ყველაზე მეტი პოლიტიკური სუბიექტი – 24 პარტია. მიუხედავად ასეთი მრავალფეროვანი წარმომადგენლობითი პარლამენტისა, მინისტრი ერთხმად იქნა დამტკიცებული, რითაც მხარი დაეჭირა ჯანდაცვის სფეროში რადიკალური რეფორმის დაწყებას, რომელიც წარმოადგენდა საქართველოს უახლესი ისტორიის მანძილზე განხორციელებული სახელმწიფოებრივი რეფორმებიდან ერთ-ერთ პირველს.

ასევე უმნიშვნელოვანესი იყო იმავე წლის 14 ოქტომბერს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში ჩატარებული გაფართოებული კოლეგია, რომელშიც საქართველოს სახელმწიფოს მეთაური და მთავრობის წევრები მონაწილეობდნენ. კოლეგიაზე მიღებული გადაწყვეტილების საფუძველზე შემუშავებულ იქნა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრული რეორგანიზაციის კონცეფცია, რომელიც მოიცავდა რეფორმის 13 მიმართულებას: (1) ჯანდაცვის ახალი სისტემის სამართლებრივი ბაზის შექმნა; (2) ჯანდაცვის სისტემის მართვის დეცენტრალიზაცია; (3) ახალი ეკონომიკური და ფინანსური მოდელის ჩამოყალიბება, დაფინანსების პროგრამულ მეთოდებზე გადასვლა; (4) სამედიცინო დაწესებულებათა და პერსონალის აკრედიტაცია-ლიცენზირების დანერგვა; (5) პირველადი ჯანდაცვის (საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, ოჯახის ექიმი) პრიორიტეტულობა; (6) პრივატიზაციის პროცესის უზრუნველყოფა; (7) სადაზღვევო მედიცინის პრინციპებზე გადასვლა; (8) წამალთპოლიტიკის რეფორმა; (9) სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის რეფორმა; (10) სამედიცინო განათლების რეფორმა; (11) სამედიცინო მეცნიერების რეფორმა; (12) სამედიცინო საინფორმაციო სამსახურის რეფორმა; (13) მედიცინის მუშაკთა სოციალური დაცვა.

წინამდებარე წერილში მიმოვიხილავთ რეფორმის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან მიმართულებას – ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის საფუძვლების დანერგვას საქართველოს ისტორიის ურთულეს პერიოდში. სხვა წერილებში შევეცდები, რეფორმის სხვა მნიშვნელოვან მიმართულებებზე ვისაუბრო. წერილის მიზანია, დაინტერესებულ მკითხველს გავაცნოთ

ჯანდაცვის რეფორმის საწყისი ეტაპები საქართველოში, რომელიც, ექსპერტთა აღიარებით, პირველი იყო პოსტკომუნისტურ სივრცეში.

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.

ამ მხრივ, საინტერესოა, თუ რატომ აირჩია საქართველომ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის (ბისმარკის მოდელი) და არა ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების (ბევერიჯის) მოდელი?

ბისმარკის მოდელში მოქალაქეები ვალდებული არიან, გადაიხადონ წინასწარ დადგენილი სადაზღვევო გადასახადები სადაზღვევო ფონდებში. სადაზღვევო პაკეტი მოიცავს სამედიცინო მომსახურების ყველაზე საჭირო სახეებს. იდეა მდგომარეობს იმაში, რომ მოქალაქეებს სადაზღვევო სისტემაში შენატანების გადახდით ეძლევათ სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლება. ამრიგად, ბისმარკის მოდელის მეშვეობით იქმნება გარკვეული კავშირი შენატანებსა და მიღებულ სარგებლებს შორის.

ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული (ბევერიჯის) მოდელი საკმაოდ ჰგავს სემაშკოს სისტემას, რომელიც მთლიანად გამორიცხავს დაზღვევის პრინციპს. დაზღვევის ნაცვლად, ჯანდაცვა მთლიანად ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და ზოგადად საგადასახადო შემოსავლებიდან. ბევერიჯის მოდელში სახელმწიფო უფრო დომინანტურ როლს ასრულებს, ვიდრე ბისმარკის მოდელში, რადგან ჯანდაცვის ორგანიზაციები უფრო მეტად არიან დამოკიდებული სახელმწიფოზე.

1995 წელს საქართველოში დაიწყო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაცია, რომლის უმთავრეს მიზანს წარმოადგენდა ქვეყნის საბაზრო-ეკონომიკურ ურთიერთობებზე გადასვლის პირობებში ჯანდაცვის ორგანიზაციისა და მართვის ისეთი მოდელის მომზადება და ამოქმედება, რომელიც შესაბამისობაში იქნებოდა ქვეყნის პოლიტიკური და ეკონომიკური განვითარების მოთხოვნებთან (Gzirishvili და სხვ. 1997) და რაც მთავარია, უზრუნველყოფდა თვისებრივად ახალი ურთიერთობების დამკვიდრებას, ადამიანის უფლებების დაცვისა და სახელმწიფოებრივი მართვისა და რეგულირების ცივილიზებული, დემოკრატიული ბერკეტების გამოყენებას (ჯორბენაძე, 1998).

ქვეყნის მწირი ფინანსური შესაძლებლობები პრაქტიკულად გამორიცხავდა ყოვლისმომცველ სამედიცინო დახმარებას, რის გამოც აუცილებელი გახდა სახელმწიფო ვალდებულებანი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში დაბალანსებულიყო მის შესაძლებლობებთან. საქართველოს 1995 წლის კონსტიტუციის (მიღებულ იქნა 1995 წლის 24 აგვისტოს) 37-ე მუხლით, სახელმწიფომ პირველად განაცხადა, რომ ჯანმრთელობის დაცვაზე პასუხისმგებლობის ტვირთი ნაწილდება სახელმწიფოს სხვადასხვა სუბიექტზე და სამედიცინო მომსახურება აღარ არის

უფასო. სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა აღარ არის ყოვლისმომცველი და ვალდებულებები განისაზღვრება ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით, აგრეთვე დარგის მართვის (რეგულირების) მექანიზმებით. საზოგადოებას რჩება უფლება, ხელი მიუწვდებოდეს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებულ სამედიცინო მომსახურებაზე.

დაფინანსების ახალი სისტემის შექმნისას არჩევანი შეჩერდა სოციალური დაზღვევის მოდელზე. მის მთავარ მიზანს წარმოადგენდა ადამიანის ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებლობის თანაბრად და სამართლიანად განაწილება სახელმწიფოზე, დამქირავებელსა და დაქირავებულზე (Balabanova და სხვ. 2003). დაზღვეულთათვის სამედიცინო მომსახურება, სახელმწიფოს ნაცვლად, სოციალური დაზღვევის ფონდს უნდა შეესყიდა. რეფორმის მიხედვით, ერთმანეთისაგან უნდა გამიჯნულიყო სამედიცინო მომსახურების ყიდვა და მიწოდება, რაც განიხილებოდა, როგორც სამედიცინო მომსახურების გაწევის ეფექტიანობის გაუმჯობესების მექანიზმი (World Bank, 2003; Deppe & Oreskovic, 1996). ამით სახელმწიფო თავისუფლდებოდა ჯანდაცვის სემაშკოს მოდელის დროიდან არსებული სამედიცინო მომსახურების უშუალო მიმწოდებლის როლისაგან. მას უნდა შეენარჩუნებინა ზეგავლენა ჯანდაცვის სისტემაზე ძლიერი მარეგულირებელი, ფინანსური და ლიცენზირების მექანიზმების მეშვეობით.

საბჭოთა პერიოდში დეკლარირებული უფასო ჯანდაცვის ნაცვლად, სახელმწიფომ დაიწყო ჯანდაცვის სფეროში საკუთარი მოსახლეობის მიმართ ვალდებულებების შემოფარგვლა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებისა და სამედიცინო სტანდარტების შექმნით. ამოქმედდა ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამები (ფედერალურ და მუნიციპალურ დონეებზე), რომლებსაც უნდა უზრუნველყო მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურება მოცემული პროგრამის მოცულობით, რაც დაბალანსებული იქნებოდა ქვეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობასთან.

აღსანიშნავია, რომ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მოდელის არჩევით საქართველო მიჰყვებოდა აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში მიმდინარე პროცესებს. რეგიონის 28 ქვეყნიდან 22-მა დანერგა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა (ცხრილი 1).

ცხრილი 1: ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის შემოღების წელი და შენატანების დონე აღმოსავლეთ ევროპისა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში

ქვეყანა	შემოღების წელი	შენატანების დონე
უნგრეთი	1989	8.5%
ჩეხეთი	1991	13.5%
სლოვაკეთი	1991	14%
მაკედონია	1991	8.6%
ესტონეთი	1992	13%

მონტენეგრო	1992	15%
სერბეთი	1992	15%
სლოვენია	1992	12.92%
ხორვატია	1993	15%
რუსეთი	1993	3.6%
საქართველო	1995	4%
ალბანეთი	1995	3.5%
ყაზახეთი	1996	3%
ყირგიზეთი	1996	2%
პოლონეთი	1997	9%
ბოსნია და ჰერცეგოვინა	1997	18%
ლიტვა	1997	6%
რუმინეთი	1998	10.7%
ბულგარეთი	1999	6%
მოლდავეთი	2004	6%

აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში, ისევე როგორც საქართველოში, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მოდელის არჩევა განპირობებული იყო მრავალი ფაქტორით. ერთ-ერთი უმთავრესი მიზეზი, როგორც წესი, დაკავშირებულია პოლიტიკასთან, კერძოდ, საბჭოთა სისტემისგან დისტანცირების პოლიტიკური სურვილით (Tragakes & Lessof, 2003; Oreskovic, 1998; Lember, 2002). საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ დიდი იყო უნდობლობა მკაცრად ცენტრალიზებული სახელმწიფო სისტემის და მთავრობის ჩარევების მიმართ, რადგან საბჭოთა პერიოდში სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანდაცვისათვის სახსრები გამოიყოფოდა ნარჩენი დაფინანსების პრინციპით, სხვა დარგების საჭიროებების დაკმაყოფილების შემდეგ (მაყაშვილი, 1994). აქედან გამომდინარე, სახელმწიფოს მხოლოდ ცალკეული მიმართულებების დაფინანსების პოლიტიკური სურვილი ჰქონდა.

ამგვარად, რადგან ჯანდაცვის დაფინანსების ზოგადი გადასახადების (ბევერიჯის) მოდელი უფრო მეტად ასოცირდება საბჭოთა პერიოდის ცენტრალიზებულ სახელმწიფო სტრუქტურებთან (ჯანდაცვის სამინისტრო), ხოლო ბისმარკის მოდელი - არასახელმწიფო, საზოგადოებრივ ინსტიტუტებთან (სოციალური დაზღვევის ფონდები), უპირატესობა მიენიჭა ამ უკანასკნელის განვითარებას (Tragakes და სხვ. 2008).

ასევე დიდი როლი ითამაშა ევროპის განვითარებულ ქვეყნებში და განსაკუთრებით გერმანიასა და ავსტრიაში ბისმარკის წარმატებული მოდელის მიბადვის სურვილმა (Jacoby, 2004; Saltman და სხვ. 2004; Albrecht და სხვ., 2002). არანაკლებ მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ ამ პერიოდში, დიდ ბრიტანეთში, რომლის ჯანდაცვის სისტემა ფინანსდება ზოგადი გადასახადებით, აქტიურად განიხილავდნენ სოციალური დაზღვევის დაფინანსების უპირატესობას (McKee და სხვ., 2002).

სხვა ფაქტორებს წარმოადგენდნენ ჯანდაცვის სექტორისათვის დამატებითი სახსრების მობილზეებისკენ სწრაფვა და ხარჯების შეკავება, გამჭვირვალობის გაზრდის მოთხოვნა, მდგრადი დაფინანსების ძიება და პოლიტიკოსების მხრიდან ჯანმრთელობის სახსრების სხვა სფეროებში გადამისამართების შესაძლებლობის შეზღუდვა, პაციენტების მოთხოვნების შესაბამისი სერვისების შექმნა და საბაზრო მექანიზმების დანერგვის სურვილი, რაც დაკავშირებული იყო სამედიცინო მომსახურების პრივატიზებასთან (Kuszevski & Gericke, 2005; Mossialos და სხვ., 2002).

საქართველოში ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის დანერგვაში დიდია საერთაშორისო სააგენტოებისა და დონორების წვლილი, თუმცა თავად ქვეყანაში მიმდინარე პროცესებმა ითამაშეს გადამწყვეტი როლი. ამასთან, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია და მსოფლიო ბანკი ბევრ ქვეყნებში რეკომენდაციას უწევდნენ სოციალურ დაზღვევაზე დაფუძნებულ ჯანდაცვის სისტემას (Lember, 2002; Delnoij და სხვ., 2003; World Bank, 2003).

1996 წელს საქართველოში ჩამოყალიბდა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია, რომელიც შედგებოდა 12 რეგიონული ფილიალისაგან. კომპანიას ჰქონდა ფინანსური, მმართველობითი და სახელშეკრულებო დამოუკიდებლობა; კანონის მიხედვით, კომპანიის უმაღლეს სათათბირო ორგანოს წარმოადგენდა სამეთვალყურეო საბჭო.

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის შემოსავლის წყაროს შეადგენდა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის შენატანი 4%, რომელშიც 3%-ს იხდიდა დამქირავებელი, ხოლო 1%-ს - დაქირავებული. სამედიცინო „გადასახადის“, ხოლო შემდეგ „სადაზღვევო შენატანის“ დაკანონებით შეიქმნა ე.წ. სადაზღვევო რისკი. სადაზღვევო შესატანის აკუმულირება ხდებოდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიაში (WHO, 2004).

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

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მსგავსი ზომის შენატანი შემოღებულ იქნა ყირგიზეთში - 2%, რომელსაც მთლიანად დამქირავებლები იხდიდნენ. ლიტვასა და მოლდავეთში ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის შენატანი შეადგენდა 6%-ს. ევროპაში ჯანმრთელობის

დაზღვევის ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი შენატანი დაწესდა ბოსნია-ჰერცეგოვინაში - 18% (13%-ს იხდის დასაქმებული და 5%-ს - დამსაქმებელი).

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. საქართველოს კანონით „1997 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ“ განისაზღვრა, რომ მმართველობის ადგილობრივ ორგანოებს ადგილობრივი ბიუჯეტიდან ჯანდაცვის მუნიციპალური პროგრამების დასაფინანსებლად ერთ სულ მოსახლეზე უნდა გამოეყოთ მინიმუმ 2,5 ლარი და არანაკლებ 10%-ისა მუნიციპალური ბიუჯეტის ხარჯვითი ნაწილისა. მუნიციპალიტეტებს უფლება ჰქონდათ, გაეზარდათ აღნიშნული თანხა, თუ მათი ბიუჯეტი ამის საშუალებას იძლეოდა. ჯანდაცვის მუნიციპალური პროგრამების ოპტიმალურად შედგენა და მათი ეფექტიანი განხორციელება დიდად განსაზღვრავდა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის შენარჩუნებას და განმტკიცებას.

ჯანმრთელობის დაცვის სოციალური დაზღვევის დანერგვის პრობლემები

ჯანდაცვის რეფორმების შედეგად ყოველწლიურად იზრდებოდა სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების რაოდენობა და მოცულობა, ანუ ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო ვალდებულებები მოსახლეობის მიმართ, რაც მოსახლეობის სულ უფრო ფართო ფენებზე ვრცელდებოდა. 1996 წლის თებერვლიდან 1997 წლის 1 მარტამდე სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის კომპანია ახორციელებდა მხოლოდ ღარიბი მოსახლეობის სოციალური დახმარების სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამას, რომლის ბიუჯეტი 1,400,000 ლარს შეადგენდა. 1997 წლის 1 მარტიდან სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია ახორციელებდა ექვს სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამას (29 მილიონი ლარი). 1998 წლის იანვრიდან სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია ახორციელებდა ჯანმრთელობის დაზღვევის ცხრა პროგრამას (38.8 მილიონი ლარი). 1999 წლისათვის სადაზღვევო პოლისის მფლობელთა რაოდენობა 700 ათას პირამდე გაიზარდა.

მიუხედავად მიღწევებისა, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დანერგვა მოსალოდნელზე მეტად რთული აღმოჩნდა. იგი დაკავშირებული იყო საქართველოში არაფორმალური ეკონომიკის დიდ წილთან, უმუშევრობის მაღალ დონესთან და მძიმე მაკროეკონომიკურ შეზღუდვებთან. საქართველოს ორ ათწლეულზე მეტი დასჭირდა ერთ სულზე მთლიანი შიდა პროდუქტის დამოუკიდებლობამდე დონის მისაღწევად. შედეგად შემოსავლების ბაზა ძალიან მცირე იყო (პაპავა, 2005).

ჯანდაცვის სისტემა განიცდიდა დაფინანსების ქრონიკულ დეფიციტს, რადგან სახელმწიფო ხშირად ვერ ახდენდა დაპირებული ვალდებულებების დაფინანსებას. შედეგად, 1999 წელს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიამ მიიღო თავისი დამტკიცებული ბიუჯეტის

მხოლოდ 64,2% (World Bank, 1999). ანალოგიური ვითარება იყო როგორც წინა, ასევე შემდგომ წლებში (MAYS & SCHAEFER, 1999).

ცხადია, სახელმწიფო დაფინანსების დეფიციტი ნეგატიურ გავლენას ახდენდა ჯანმრთელობის პროგრამების დაფინანსებაზე. 1999 წელს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიამ სოფლის მოსახლეობის დისპანსერული მეთვალყურეობის სახელმწიფო პროგრამის დასაფინანსებლად დამტკიცებული ბიუჯეტის მხოლოდ 55.6% მიიღო, ხოლო ბავშვთა სამედიცინო დახმარების პროგრამისათვის – მხოლოდ 23,6% (UNDP, 2000). დაფინანსების დაბალი დონე ნიშნავს, რომ სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამით დაზღვეულები ვერ შეძლებენ მათთვის გარანტირებული სამედიცინო მომსახურების მიღებას. მაგალითად, 1999 წელს ონკოლოგიური სერვისებისთვის გამოყოფილი თანხები მხოლოდ 700 პაციენტისთვის იყო საკმარისი, მაშინ როდესაც დაახლოებით 2100 პაციენტი საჭიროებდა ამ მომსახურებას.

ჯანმრთელობის სისტემის დაბალი სახელმწიფო დაფინანსების შედეგად, საქართველოში ჯიბიდან პირდაპირი გადასახადების წილი ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების უმეტეს ნაწილს შეადგენდა. მსოფლიო ბანკის მონაცემებით, 1999 წელს ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში მხოლოდ 22%-ს შეადგენდა სახელმწიფო ან მუნიციპალური ბიუჯეტებიდან ან სადაზღვევო ფონდებიდან გაწეული ხარჯები (UNICEF, 1997).

მუდმივი ეკონომიკური კრიზისების გამო, მთავრობამ ვერ შეძლო შემოსავლებისა და ხარჯების დაბალანსება, რამაც გამოიწვია სახელმწიფო დაფინანსების შემცირება, სამედიცინო ორგანიზაციების მიმართ დიდი დავალიანებების დაგროვება და ჯიბიდან კერძო გადახდების გაზრდა. სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანებით მიღებული შემოსავლები 2001 წელს 21 მილიონი ლარიდან 2003 წელს 36,3 მილიონ ლარამდე გაიზარდა, თუმცა ეს ჯანმრთელობის მთლიანი ხარჯების მხოლოდ 5% -ს შეადგენდა.

სახელმწიფო ბიუჯეტის ჩავარდნის შედეგად 1999 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის დეფიციტი – \$150 მილიონს, ხოლო 2003 წელს \$90 მილიონს გაუტოლდა, საშინაო ვალი \$120 მილიონს შეადგენდა. ამის უმთავრეს მიზეზებს წარმოადგენდა გაუმართავი საგადასახადო კოდექსი, არასაგადასახადო შემოსავლების მოუკრებლობა, საერთაშორისო დონორებისგან გრანტებისა და სესხების ვერმიღება, კონტროლის გარეთ მყოფი ქართული ტერიტორიები (Papava, 2012). რეალურად ახალჩამოყალიბებული 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%), რაც ერთ-ერთ დაბალ მაჩვენებელს წარმოადგენდა მთელ პოსტსაბჭოთა სივრცეში. ამდენად, სახელმწიფოს ჰქონდა სუსტი ფინანსური, ეკონომიკური და ინსტიტუციური შესაძლებლობები საიმისოდ, რომ რაიმე სერიოზული ცვლილება მოეხდინა ეკონომიკურ და სოციალურ სფეროებში (ციხელაშვილი და სხვ. 2012).

სოციალური დაზღვევის შემდგომი რეფორმირების სტრატეგიული გეგმები

სახელმწიფოს განზრახული ჰქონდა სოციალური დაზღვევის შემდგომი რეფორმირება. იგი მიზნად ისახავდა ფინანსური წყაროების ინტეგრირებას, კერძოდ, დაფინანსების ნაკადების გაერთიანებას ერთიან "პულში", ანუ ცენტრალური და ადგილობრივი, მუნიციპალური ბიუჯეტებიდან ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანების შერწყმას. იგი გულისხმობდა გადაუდებელი დახმარების მუნიციპალური პროგრამებისა და სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამების გაერთიანებას სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიაში.

მუნიციპალური და სადაზღვევო პროგრამების გაერთიანება გაზრდიდა სადაზღვევო სისტემით მოცული მოსახლეობის მოცულობას, რაც, თავის მხრივ, ხელს შეუწყობდა დამსაქმებელთა მიერ დასაქმებულების სადაზღვევო ფონდში რეგისტრაციას. რაც უფრო მეტი დამსაქმებელი და დასაქმებული გადაიხდის ჯანმრთელობის დაზღვევის შენატანს, მით უფრო შემცირდება 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.

ჯანმრთელობის ფონდების შერწყმის გარდა, რეფორმა მოიცავდა: ა) სადაზღვევო პროგრამებში რეგისტრაციისა და ანაზღაურების მექანიზმების გაერთიანებას, უნივერსალური გარანტიის შექმნის თვალსაზრისით; ბ) სადაზღვევო პროგრამების დაფინანსებისათვის საჭირო რესურსების სტაბილიზაციას; გ) ინფორმაციული სისტემების მართვას და კომუნიკაციური ქსელის განვითარებას დ) სტრუქტურულ განვითარებას, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიის რეგიონალური ოფისების როლის გაზრდას, კერძოდ, საზედამხედველო ფუნქციების გარდა მათთვის რეგიონულ დონეზე ინფორმაციის მართვისა და სადაზღვევო პრემიების შეგროვების ფუნქციების მინიჭებას.

სოციალური დაზღვევის სისტემის შემდგომი რეფორმირების სტრატეგიის მთავარ მიზანს შეადგენდა მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისათვის საჭირო ცენტრალური ბიუჯეტის ხარჯების შემცირება, სამკურნალო დანახარჯების ძირითადი ფინანსური ტვირთის გადაცემა დამსაქმებლისა და დასაქმებულისთვის და საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ოპტიმიზაცია. სტრატეგიული გეგმის განხორციელება ჯანდაცვის სისტემას საშუალებას მისცემდა, უფრო მართვადი და ეფექტიანი გამხდარიყო.

„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 (ბევერიჯის) მოდელზე (Figueras და სხვ. 2005).

საქართველოში ჩატარებული რეფორმების შედარება აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმებთან გვიჩვენებს, რომ საქართველოში რეფორმებთან დაკავშირებით გადაწყვეტილებების მიღება უმთავრესად დაკავშირებულია ქვეყანაში მთავრობების ცვლასთან, ვიდრე მტკიცებულებებთან. აღმოსავლეთ ევროპის ბევრ ქვეყანაში, მიუხედავად სამთავრობო ცვლილებებისა, საქართველოსაგან განსხვავებით, არ მომხდარა სოციალური დაზღვევის სისტემის შეცვლა ზოგადი გადასახადების სისტემით. აღნიშნული ქვეყნები დღესაც არ ღალატობენ დაზღვევის პრინციპებით დაფინანსებას. ისინი ერთგულნი დარჩნენ ჯანდაცვის რეფორმირების იმ სტრატეგიული გეგმის, რომელიც უარს ამბობდა ჯანდაცვის დაფინანსების ისეთ სისტემაზე, სადაც სახელმწიფოს უკავია უფრო დომინანტური როლი.

ჩვენი ქვეყნის უახლოესი წარსულის განხილული შემთხვევა გვიჩვენებს, რომ ჯანდაცვის სფერო, რომლის მიზანია ადამიანის ჯანმრთელობის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, საჭიროებს რეფორმირების თანამიმდევრულობას, უწყვეტობას, მემკვიდრეობითობას, სისტემურ მიდგომას და არ შეიძლება, განიცდიდეს გაუთავებელ, პერმანენტულ რყევებს. ქვეყანას განსაზღვრული უნდა ჰქონდეს ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების გრძელვადიანი სტრატეგიული მიმართულებები და სამოქმედო ხედვა, რაც ხელს უწყობს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიან და თანამიმდევრულ განვითარებას. სტრატეგიის შემუშავების პროცესში ჩართული უნდა იყოს დაინტერესებული მხარეების ფართო წრე. გრძელვადიანი პოლიტიკის განსაზღვრა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ზეპარტიული კონსენსუსის თემა და საგანია. მიუხედავად მთავრობების ცვლისა, გრძელვადიან პერიოდში სტრატეგიული კურსი კარდინალურად არ უნდა იცვლებოდეს და მიღწეულის უარყოფა პოლიტიკური კონიუნქტურის ცვლილების გამო არ უნდა ხდებოდეს.

P.S. საუბრის დასასრულს ბატონმა ავთანდილმა დიდი პატივისცემით გაიხსენა ის ადამიანები, რომელთაც ჯანდაცვის სამინისტროში ურთულეს პერიოდში უწევდათ მოღვაწეობა და მთხოვა დიდი მადლიერებით მომეხსენებინა თითოეული მათგანი: თენგიზ ჯინჯოლავა, რამაზ ურუშაძე, ამირან გამყრელიძე, არჩილ კობალაძე, კაკი ზოიძე და უამრავი ჩვენი თანამშრომელი, ექსპერტები, უცხოელი კოლეგები, ზოგადად მთელი სამედიცინო საზოგადოება, რომელთა ღვაწლი განუზომელია ჯანდაცვის რეფორმის ესოდენ საპასუხისმგებლო საწყის ეტაპებზე. განსაკუთრებული მადლიერება ეკუთვნის საქართველოს მოსახლეობას, რომელსაც ყველაზე მეტად შეეხო ჯანმრთელობის დაცვის რადიკალური რეფორმით გამოწვეული სირთულეები.

ბაბზიარე

