

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის პაატა
გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტის დაარსებიდან 70-ე წლისთავისადმი
მიძღვნილი საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკულ კონფერენციის
„ეკონომიკისა და ეკონომიკური მეცნიერების განვითარების
აქტუალური პრობლემები თანამედროვე ეტაპზე“
შრომათა კრებული

თენგიზ ვერულავა „რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო
მოდელის ევროპული გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები“

2013 წლიდან ქვეყანაში მოქმედებს ჯანმრთელობის საყოველთაო დაზღვევის სისტემა. იგი არსებითად ცვლის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსების ორგანიზებას და მართვას. კერძოდ, სახელმწიფო პროგრამებით განსაზღვრული სარგებლების მრავალი გადამხდელი სისტემით, ანუ კერძო სადაზღვევო კომპანიების მეშვეობით დაფინანსების ნაცვლად, შეიქმნება ერთიანი სახელმწიფო ფონდი, ანუ ერთი გადამხდელით დაფინანსების სისტემა, სადაც თავს მოიყრის სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამის განსახორციელებლად გამოყოფილი ბიუჯეტი, რომლის ადმინისტრირებას, მიმწოდებლის შერჩევასა და დაფინანსებას თავად ფონდი უზრუნველყოფს.

ზოგადად, ჯანდაცვის სისტემის მთავარი გამოწვევა სამედიცინო ხარჯების და შემთხვევების ეფექტური მართვაა. მთავარი კითხვაა, ვინ უფრო უკეთ გაართმევს თავს ამ ამოცანას: მრავალი გადამხდელის დაფინანსების სისტემა თუ ერთი გადამხდელის სისტემა, სახელმწიფო ერთიანი ფონდის სახით?

ამ მხრივ საინტერესოა ევროპული ქვეყნების გამოცდილება. ევროპის ზოგიერთ ქვეყნებში გასული საუკუნის 90-იან წლებიდან დაინერგა ამერიკელი ეკონომისტის ალან ეინთჰოვენის და მისი ევროპელი მიმდევრების მიერ შემუშავებული “კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის” კონცეფცია. “კონკურენტული მოდელის” დანერგვა 1993 წლიდან, ნიდერლანდებში დაიწყო. სავალდებულო

სამედიცინო დაზღვევის კონკურენციაზე დაფუძნებული სისტემა შემდეგ სხვა ქვეყნებშიც განვითარდა – გერმანია, ბელგია, შვეიცარია, ისრაელი, ჩეხეთი, სლოვაკეთი.

“კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის” არსი მდგომარეობს იმაში, რომ მზღვეველის სახით მოქმედებს მრავალი სადაზღვევო ორგანიზაცია და დაზღვეულს შეუძლია გააკეთოს არჩევანი მომგებიან და არამომგებიან სადაზღვევო კომპანიების მიერ შეთავაზებულ სერვისებს შორის.

ამ ქვეყნებში, კონკურენციის პრინციპების შემოღებამდე სადაზღვევო ფონდებში დაზღვევა ძირითადად გეოგრაფიული ადგილის მიხედვით ხორციელდებოდა, ანუ ქვეყნის ერთ რეგიონში, ან საერთოდ ქვეყანაში მხოლოდ ერთი სადაზღვევო კომპანია იყო წარმოდგენილი. კონკურენტული სადაზღვევო მოდელზე გადასვლის შემდეგ დაზღვეულებს სადაზღვევო ფონდების არჩევის უფლება მიეცათ.

გერმანიაში 2002 წლიდან დაზღვეულებს შეუძლიათ შეიცვალონ სადაზღვევო ფონდი, მაგრამ კონკრეტულ სადაზღვევო ფონდში დაზღვევის მინიმალური პერიოდი უნდა შეადგენდეს 18 თვეს (Busse R. 2004). 1996 წლიდან, ოთხიდან ერთმა დაზღვეულმა შეიცვალა სადაზღვევო ფონდი მინიმუმ ერთჯერ მაინც (Braun, B. 2006).

ფონდებს შორის კონკურენციის თანაბარი პირობების უზრუნველსაყოფად, გერმანიაში 1994-1995 წლებში ყველა საავადმყოფოს ფონდისათვის შემოღებულ იქნა რისკის გათანაბრების მექანიზმი. მექანიზმი მიზნად ისახავდა საავადმყოფო სალაროების დანახარჯებს შორის განსხვავების აღმოფხვრას, რაც განპირობებული იყო დაზღვეული მოსახლეობის თავისებურებებით (ასაკობრივი და სქესობრივი სტრუქტურა და ინვალიდობის დონე, აგრეთვე განსხვავებული შემოსავლების დონე). რისკის გათანაბრების მექანიზმი ასახავს ასაკს, სქესს და 80 ძვირადღირებული დაავადების ჩამონათვალს. ამდენად, ახალი სისტემა ცდილობს გაითვალისწინოს დაავადებათა კლინიკური მახასიათებლები და მათი პროგრესირება, აგრეთვე დემოგრაფიული ფაქტორები.

რისკის გათანაბრების მექანიზმის არსი მდგომარეობს იმაში, რომ სავალდებულო დაზღვევის სისტემით შემოსული სადაზღვევო შენატანებსა და დანახარჯებს შორის სხვაობის საკომპენსაციოდ სადაზღვევო კომპანიები ახდენენ თანხების გადანაწილებას. რისკების გათანაბრების მექანიზმი მოიცავს საავადმყოფოს სალაროების დანახარჯების დაახლოებით 90%-ს. იგი არ მოიცავს ადმინისტრაციულ ხარჯებს.

თუ კონკრეტული საავადმყოფოს სალარო ჯანდაცვის ფონდისგან მიღებული თანხებით ვერ დაფარავს მის ხარჯებს, მას შეუძლია დაზღვეულს დააკისროს დამატებითი პრემია. პირიქით, ეფექტურად მოქმედი საავადმყოფოს სალაროს შეუძლია დაზღვეულს არ გადაახდევინოს დამატებითი პრემია.

სოციალური დაზღვევის სისტემაში ფონდების თავისუფალი არჩევის უფლების მინიჭებამ, აგრეთვე რისკის კორექციის სქემამ, ფონდებს შორის დაზღვეულთა მოძრაობის გააქტიურება გამოიწვია. თავიდან, ჯანდაცვის ფონდის შემოღებამდე არჩევანი დაკავშირებული იყო შენატანების ზომაზე: ფონდები, სადაც შენატანები საშუალო ზომაზე მეტი იყო, კარგავდნენ თავიანთ დაზღვეულებს, მაშინ, როდესაც ფონდები სადაც შენატანები საშუალოზე დაბალი იყო იძენდნენ ახალ დაზღვეულებს. აღნიშნულის შედეგად, 1997-1998 წლებში საავადმყოფოს სალაროებმა ათასობით დაზღვეული დაკარგეს.

მიუხედავად იმისა, რომ რისკის კომპენსაციის სისტემამ შენატანების განაკვეთის შემცირება განაპირობა, ფონდებს შორის დაზღვეულთა მოძრაობამ ვერ გაათანაბრა რისკის სხვადასხვა სტრუქტურა (რომელიც შეამცირებდა ფონდთა შორის დაზღვეულთა გადასვლას). უფრო ჯანმრთელი, ახალგაზრდა და კარგი შემოსავლის მქონე პირები ისეთ ფონდებში გადავიდნენ, სადაც შედარებით დაბალი პრემია იყო დაწესებული, რამაც ზოგიერთ ფონდში მაღალრისკიანი კონტიგენტის გამო სადაზღვევო პრემიის ზომის ზრდა განაპირობა.

სახელმწიფოს მიერ სადაზღვევო შენატანების რეგულირების შედეგად დაზღვეულები ირჩევენ სადაზღვევო სალაროებს არა იმის მიხედვით, თუ რა სადაზღვევო პრემია აქვთ დაწესებული, არამედ იმის მიხედვით, თუ რა დამატებითი პრემია აქვთ დაწესებული, რა სადაზღვევო პაკეტებს, რა ხარისხის

სერვისებს სთავაზობენ დაზღვეულებს. ამავე დროს კონკურენციას ზღუდავს ის გარემოება, რომ დამატებით პრემია არ უნდა აღემატებოდეს ოჯახის შემოსავლის 1 %-ს და ჯანდაცვის ფონდი ფარავს სოციალური დაზღვევის ყველა დანახარჯის არანაკლებ 95 %-ს.

სადაზღვევო ფონდებს შორის კონკურენციას განაპირობებს სადაზღვევო პრემიები, პაკეტები, შემოთავაზებული მკურნალობის ხარისხი, აგრეთვე დამატებითი დაზღვევისათვის გათვალისწინებული პრემიები და სარგებლები. სადაზღვევო კომპანიებს შორის არსებობს ფასისმიერი კონკურენციის პირობები, კერძოდ, ჯანმრთელობის კერძო სადაზღვევო კომპანიების სარგებლის პაკეტები ცვლად პრემიალურ დონეებზეა გათვლილი, რაც კონკურენციის შექმნის ერთ-ერთ წინაპირობას წარმოადგენს.

კომპანიებს შორის კონკურენცია კი ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას და რესურსების ეფექტურად გამოყენებას. ევროპაში კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის დანერგვის უმთავრეს მიზეზს წარმოადგენდა ჯანდაცვის მზარდი ხარჯების შემცირება და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლება.

კონკურენტული გარემოს ამაღლებისათვის მნიშვნელოვანია „ღია გაწევრიანების პრინციპი“, რომლის მიხედვით, სადაზღვევო კომპანიას უფლება არ აქვს უარი უთხრას პოტენციურ დაზღვეულს. რეფორმების შედეგად გერმანიის ყველა ფონდი ღია გახდა ბენეფიციარისათვის. გამონაკლისს წარმოადგენს ფერმერთა, მემლაროების და მეზღვაურთა ფონდები, რომლებმაც შეინარჩუნეს „დახურული“ სტატუსი.

კონკურენციას ხელს უწყობს სადაზღვევო კომპანიების უფლება მოახდინონ სამედიცინო პროვაიდერების შერჩევითი კონტრაქტირება. სადაზღვევო კომპანიები თავად წყვეტენ თუ რომელ სადაზღვევო კომპანიასთან დადონ ხელშეკრულება და მოლაპარაკების გზით გადაწყვიტონ ხელშეკრულების პირობები. მნიშვნელოვანია აგრეთვე სერვისების ფასებზე თავისუფალი გადაწყვეტის უფლება. ამ მხრივ სახელმწიფო რეგულირება (დადგენილი ფასები,

ბიუჯეტირება) ზღუდავს სადაზღვევო კომპანიების სახელშეკრულებო თავისუფლებას.

2009 წელს საქართველოში მიღებულ იქნა "ეკონომიკური თავისუფლების აქტი", რომლის მიხედვით "ბიუჯეტის სახსრები უნდა იქნენ გამოყენებული ისე, რომ მოქალაქეებს მისცენ საშუალება, სადაც შესაძლებელია, თავად გააკეთონ არჩევანი, და არ იქნან მიმართული მომსახურების სახელმწიფო მიმწოდებლის პირდაპირი დაფინანსებისათვის. ანუ, დაფინანსდეს არა ინსტიტუტები და ორგანიზაციები, სადაც პაციენტი იძულებული იქნება არჩევანის გარეშე მივიდეს, არამედ დაფინანსდეს ადამიანები, ვისაც ეს დაფინანსება ეკუთვნის და ყველაზე მეტად სჭირდება და მათ დაუტოვონ არჩევანის დაფინანსება. ხოლო ინსტიტუტები დაფინანსდებიან ამ ადამიანების არჩევანის მოგებით.“

"ეკონომიკური თავისუფლების აქტში" ძირითადი აქცენტი კეთდება მოსახლეობის არჩევანის უფლებაზე, რადგან საბაზრო ეკონომიკის უმთავრესი პრინციპია არჩევანის თავისუფლება, რომელზედაცაა დამოკიდებული კონკურენცია და შესაბამისად ხარისხი.

ჯანდაცვის სისტემაში კონკურენტული გარემოს შექმნის უმნიშვნელოვანეს ელემენტს წარმოადგენს სადაზღვევო ვაუჩერის, როგორც ფინანსური ინსტრუმენტის შემოღება. დაზღვევაში ვაუჩერის, როგორც ფინანსური ინსტრუმენტის, შემოღების იდეა ლიბერალური ეკონომიკის ერთ-ერთ ცნობილ წარმომადგენელს, მილტონ ფრიდმანს ეკუთვნის. იმ სხვა დადებითი მხარეებიდან, რაც ვაუჩერთანაა დაკავშირებული, აღსანიშნავია ვაუჩერის საშუალებით დაზღვეულის მიერ თავისუფალი არჩევანის შესაძლებლობა. სადაზღვევო ვაუჩერი მფლობელ მოქალაქეს (სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი სტატუსის მქონე) სადაზღვევო კომპანიის თავისუფალი არჩევანის უფლებას აძლევს. დაზღვეული თავად აფორმებს ხელშეკრულებას არჩეულ სადაზღვევო კომპანიასთან, ვაუჩერით დებულობს სადაზღვევო პოლისს, რომლის საფუძველზეც უზრუნველყოფილია პროგრამით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურებით. ამგვარად, ვაუჩერის საშუალებით სახელმწიფო სახსრები მიმართულია არა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების (საავადმყოფოები, პოლიკლინიკები, ექიმები) პირდაპირი

დაფინანსებისათვის, სადაც პაციენტი იძულებული იქნება არჩევანის გარეშე მივიდეს, არამედ თავად ადამიანების დასაფინანსებლად, რომლებიც თავად განახორციელებენ მათ მიერ გაკეთებული არჩევანის დაფინანსებას, ხოლო მიმწოდებლები დაფინანსდებიან ამ ადამიანების მიერ გაკეთებული არჩევანის საშუალებით.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებული რეფორმები ეხმიანებოდა მსოფლიოში სადაზღვევო სფეროში არსებულ ყველაზე პროგრესულ მიმართულებას, რისი განხორციელებაც ბევრმა განვითარებულმა ქვეყანამაც კი ვერ გაბედა. მაგრამ "ეკონომიკური თავისუფლების აქტის" გამოცხადებიდან არ გასულა სულ რაღაც 4 თვე და ჯანდაცვის სისტემაში რეფორმის ახალი ეტაპი დაიწყო. მთავრობის 2010 წლის 30 მარტის N 85 დადგენილების საფუძველზე რაიონები კონკრეტულ სადაზღვევო კომპანიებს შორის გადანაწილდა, ანუ ერთ რაიონში სახელმწიფო პროგრამით დაზღვეულ მოსახლეობას სადაზღვევო მომსახურებას მხოლოდ ერთი სადაზღვევო კომპანია გაუწევს.

მთავრობის აღნიშნული გადაწყვეტილება სრულიად ეწინააღმდეგებოდა "ეკონომიკური თავისუფლების აქტს". როგორც ავლნიშნეთ, გერმანიამ უარყო ასეთი "ლენდური", გეოგრაფიულად ჩაკეტილი რაიონული დაზღვევის სისტემა, როგორც კონკურენტული გარემოს შექმნის ხელშემშლელი. აღსანიშნავია, რომ აშშ-ში ჯანდაცვასთან დაკავშირებული პრობლემების ერთ-ერთ მიზეზად მიჩნეულია ის გარემოება, რომ ერთ შტატში მცხოვრებ დაზღვეულს უფლება არ აქვს მეორე შტატში არსებულ კომპანიაში დაეზღვიოს. თუმცა, თუ აშშ-ში ერთი შტატის შიგნით მაინც შესაძლებელია სადაზღვევო კომპანიებს შორის არჩევანის გაკეთება, საქართველოში ერთ რაიონში, თუ ქალაქში მხოლოდ ერთი სადაზღვევო კომპანიაა წარმოდგენილი, შესაბამისად საერთოდ დაკარგულია დაზღვეულის თავისუფალი არჩევანის უფლება.

2010 წლის მარტის თვიდან გაქრა კომპანიებს შორის კონკურენცია, სადაზღვევო კომპანიები ერთპიროვნულ მონოპოლიებად იქცნენ შესაბამის რაიონში. მარტივია მტიცება, რომ სადაც კონკურენცია არაა იქ არაფერი ესაქმება თავისუფალი ბაზრის პრინციპებზე აგებულ ეკონომიკას. ამ ცვლილებით სადაზღვევო სისტემა ისევ

დაუბრუნდა იმ ფორმას, რომლის მიუღებლობაც გარკვეულწილად საფუძვლად დაედო თავის დროზე მონოპოლისტური სადაზღვევო სისტემის გაუქმების თაობაზე გადაწყვეტილებას.

ახალი გეგმის მიხედვით, სადაზღვევო კომპანიებს ე.წ. „სამედიცინო რაიონში“ უნდა აეშენებინათ საავადმყოფოები. ამით დაზღვეულს არამარტო სადაზღვევო კომპანიის არჩევის უფლება წაერთვა, არამედ არანაკლებ უმთავრესი უფლება - თავად აირჩიოს საავადმყოფო, ვინაიდან პაციენტი იძულებული ხდება შემოიფარგლოს მის რაიონში მოქმედი სადაზღვევო კომპანიის, მისი კლინიკის და ექიმის მიერ შეთავაზებული მომსახურებითა და პირობებით. ყურადსაღებია ის გარემოებაც, რომ ირღვევა „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონის მე-5, მე-7 და მე-8 მუხლები.

მსოფლიოში არსებობს მართული ჯანდაცვის პრეცედენტი, სადაც სადაზღვევო კომპანიას აქვს საკუთარი სამკურნალო დაწესებულება, მაგრამ სახელმწიფო არ აიძულებს მათ ააშენონ საავადმყოფოები, ისინი მას ნებაყოფლობით აშენებენ. სადაზღვევო კომპანიების მიერ საავადმყოფოების აშენების ვალდებულება, რაც საქართველოში განხორციელდა, უარყოფითად ზემოქმედებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე, დაზღვეულთა კმაყოფილებაზე, რადგან კომპანიები საავადმყოფოებს იმ სახსრებით აშენებდნენ რაც სახელმწიფომ გადაურიცხა სახელმწიფო პროგრამების დასაფინანსებლად. ამასთან, აშშ-ში, სადაც ჯანდაცვის ინტეგრირებული სქემებია გავრცელებული, ბენეფიციარებს აქვთ მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციების არჩევის უფლება, რითაც იქმნება კონკურენტული გარემო, რაც საქართველოში, რაიონებად გადანაწილებული სადაზღვევო სისტემის დროს სრულიად გამორიცხულია.

დასაფიქრებელია ის გარემოება, რომ ასეთი სისტემა განაპირობებს შეუქცევად პროცესებს, რითაც სამუდამოდ დასამარდება კონკურენტული საბაზრო მექანიზმები ჯანდაცვაში, რადგან სადაზღვევო კომპანიის მიერ აშენებულ საავადმყოფოს უკან ვეღარ ჩამოართმევ.

ზოგი ექსპერტი თვლის, რომ პრიორიტეტს წარმოადგენდა თანამედროვე დონის საავადმყოფოს აშენება. საფიქრალია, რამდენად უღირდა ქვეყანას კონკურენტული

საბაზრო პრინციპების გაცვლა ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების პრიორიტეტზე.

2012 წელს არჩეულმა ახალმა მთავრობამ 2013 წლიდან ქვეყანაში შემოიღო ჯანმრთელობის საყოველთაო დაზღვევის სისტემა. სამთავრობო გეგმის მიხედვით, სახელმწიფო პროგრამებით განსაზღვრული სარგებლების მრავალი გადამხდელი სისტემით, ანუ კერძო სადაზღვევო კომპანიების მეშვეობით დაფინანსების ნაცვლად, შეიქმნება ერთიანი სახელმწიფო ფონდი, ანუ ერთი გადამხდელით დაფინანსების სისტემა. როგორც აღვნიშნეთ, დასავლეთ ევროპის სოციალური დაზღვევის სისტემის ზოგიერთმა ქვეყანამ კარგა ხანია უარყო ერთი გადამხდელით დაფინანსების არაკონკურენტული სისტემა. დღევანდელი, თანამედროვე მსოფლიოს სოციალური დაზღვევის სისტემის ქვეყნების გამოცდილება გვეუბნება, რომ უფრო ეფექტურია მრავალი გადამხდელი სისტემის არსებობა, ანუ ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსების მართვა უნდა განახორციელონ მრავალმა კონკურირებადმა სადაზღვევო კომპანიებმა და არა ერთმა სახელმწიფო სადაზღვევო ფონდმა, რომლის დანერგვას ცდილობენ ჩვენთან. ერთი გადამხდელით დაფინანსების არაკონკურენტული სისტემა არ არის თანამედროვე, უახლესი მიდგომა, იგი განვლილი ეტაპია. საქართველომ ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება მსოფლიოს თანამედროვე გამოცდილებას უნდა დააფუძნოს.

Abstract

Tengiz Verulava – Competitive Health Insurance, experience from Georgia and European Health Care Reforms.

Ilia State University, Georgia

The objectives guiding health care reforms in Georgia and Germany, were to increase efficiency and consumer satisfaction in the provision of health care services. This paper sums up incentives and instruments of competition for consumers, insurance funds and health care which are necessary to fulfill these objectives. After 2003 rose revolution liberal government directed towards rapid economic growth through the market orientation. The main principles of health care reform, which were implemented in 2007, were to transition towards complete marketization of the health sector: private provision, private purchasing, liberal regulation and

minimum supervision. The government radically changed the vision of health system regulation, giving a dominant share to private health providers and purchasers. The reforms, were notable in that they introduced the concept of competition into Georgian health care. The government modifying the Law on Health Insurance. Public funds given to private insurance companies for the administration of the state health programmes. After the 2010 Georgian government have adopted new policy in insurance market. Beneficiaries have access to only a single district insurance company. They don't allow to choose for insurance companies across district lines. This provision don't create a truly competitive market and Insurers, hospitals and doctors will not work effectively - as competitors do in every other industry - to improve quality and control costs.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Busse R, Riesberg A. *Health care systems in transition: Germany*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
2. Braun, B., S. Greß, K. Höppner, G. Marstedt, H. Rothgang, M. Tamm and J. Wasem (2006), 'Barrieren für einen Wechsel der Krankenkasse: Loyalität, Bequemlichkeit, Informationsdefizite?', in J. Böcken, B. Braun and R. Amhof (eds), *Gesundheitsmonitor 2006*, Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
3. ვერულავა თენგიზ. ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა. საქართველოს უნივერსიტეტი. თბილისი. 2009 წ.

თენგიზ ვერულავა

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, სრული პროფესორი, დაზღვევისა და ჯანდაცვის სკოლის დირექტორი.