

უნივერსალიზმი და სელექტივიზმი - ჯანდაცვის ორი მიდგომა და საქართველო

უნივერსალიზმი ლათინური სიტყვაა და ქართულად ნიშნავს კეთილ და მოსიყვარულე ღმერთს, რომელიც ყველას ეხმარება და არავის სჯის ჯოჯოხეთში მარადიული ტანჯვისათვის. უნივერსალიზმი არ არჩევს კეთროვანს და უკეთურს, არის საყოველთაო და ყოვლისმომცველი.

უნივერსალიზმი და სელექტივიზმის (შერჩევითობის) ცნებები გამოიყენება ჯანდაცვის სისტემური მოწყობის დასახასიათებლად. უნივერსალური ჯანდაცვა ფარავს მთელ მოსახლეობას, ხოლო სელექტიური ჯანდაცვა მხოლოდ მათ, ვინც სოციალურად დაუცველია ან მაღალი რისკის გამო ყველაზე მეტად საჭიროებს სერვისებს. უნივერსალიზმის ფილოსოფიური საფუძველია კოლექტივიზმი, ეგალიტარიზმი, მოითხოვს სახელმწიფოს შედარებით მეტ ხარჯებს, დამახასიათებელია რესურსების ზედმეტი ხარჯვა. სელექტივიზმის ფილოსოფიური საფუძველია ინდივიდუალიზმი, ნაკლებ ტვირთად აწვება სახელმწიფო ბიუჯეტს, დამახასიათებელია რესურსების ეფექტური ხარჯვა.

საქართველომ ბოლო 20 წლის მანძილზე შეეცადა აეშენებინა ჯანდაცვის როგორც უნივერსალური ასევე სელექტიური სისტემა. 2013 წლამდე სახელმწიფო ფარავდა მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფებს, რომელთა რაოდენობა წლიდან წლამდე იზრდებოდა. 2007 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებით მოსახლეობის მხოლოდ 4.1 % იყო მოცული, ხოლო 2012 წლისთვის იგი 37.9 %-მდე გაიზარდა. თუ ამას დავუმატებთ კერძო და კორპორატიული დაზღვევით მოცულ პირებს (362 663 პირი), მთლიანად ქვეყანაში სამედიცინო დაზღვევით მოცული იყო 1 981 123 ადამიანი (50,8 %). შესაბამისად, ქვეყნის მოსახლეობის ნახევარზე მეტს, დაახლოებით 2 მილიონზე მეტ ადამიანს არ გააჩნდა სამედიცინო დაზღვევა.

2013 წლის 28 თებერვლიდან საქართველომ აირჩია უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემა. 2014 წ. აპრილის მონაცემებით, საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით საყოველთაო ჯანდაცვისა თუ სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამებით, მათ შორის დაახლოებით 3.4 მილიონი ადამიანი მოცულია საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით, 560 ათასი ადამიანი ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეა, ხოლო 546 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორატიული დაზღვევა. ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობა 2013 წელს 2012 წელთან შედარებით თითქმის გაორმაგდა და 365 მლნ ლარიდან 634 მლნ ლარამდე გაიზარდა.

2013 წლის რეფორმის უმთავრესი დადებითი მხარეა პაციენტის მიერ სამედიცინო დაწესებულების თავისუფალი არჩევანის უფლება. წინათ მათ არ ჰქონდათ ეს შესაძლებლობა, რადგან ბენეფიციარი იძულებით მიბმული იყო შესაბამის რაიონში სახელმწიფოს მიერ გადანაწილებულ ერთ სადაზღვევო კომპანიასთან. მას არ ჰქონდა არამარტო სადაზღვევო კომპანიის, არამედ უფრო მეტიც, სამედიცინო დაწესებულების არჩევანის უფლება. სადაზღვევო კომპანიას შესაბამის რაიონში გააჩნდა მის მიერ აშენებული სამედიცინო დაწესებულება და პაციენტი იძულებული იყო მხოლოდ იქ მიეღო სამედიცინო მომსახურება. ანუ პაციენტი ყველანაირად შეზღუდული იყო და ფაქტიურად სადაზღვევო კომპანიის მიერ დადგენილ ჩაკეტილ წრეში უწევდა ყოფნა. შედეგად, სადაზღვევო კომპანიები ერთპიროვნულ მონოპოლიებად იქცნენ შესაბამის რაიონში. ელემენტარული ჭეშმარიტებაა, რომ იქ, სადაც სადაზღვევო კომპანიას არ ჰყავს კონკურენტი, მცირდება სერვისების ხარისხიანად განახორციელების მოტივაცია. სწორედ ეს გახლავთ სამედიცინო დაწესებულებისათვის დაგვიანებით (ზოგჯერ თვეობით) ანაზღაურების ერთ-ერთი მიზეზი. შედეგად სადაზღვევო კომპანიებს დაუგროვდათ დიდი მოცულობით დავალიანებები სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ, რაც განაპირობებდა

პერსონალის სამართლიან უკმაყოფილებას, სამკურნალო პროცესების შეჩერებას. ამის შედეგად ყველაზე მეტად ზიანდებოდა პაციენტი.

2013 წლის რეფორმის შედეგად სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვას განახორციელებს სოციალური მომსახურების სააგენტო, და პაციენტებს უფლება აქვთ აირჩიონ მათთვის სასურველი სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, რაც უდაოდ ზრდის მომსახურების ხარისხს. მაგრამ მეორე მხრივ იქმნება ერთი გადამხდელით დაფინანსების სისტემა, რაც სხვა არაფერია თუ არა ჯანდაცვის სერვისების ერთიანი, უნიტარული სისტემის ქვეშ მოქცევა. ასეთი სისტემის უმთავრესი უარყოფითი მხარეა ჯანდაცვის ხარჯების ზრდა.

თანამედროვე დროს ჯანდაცვის სისტემის მთავარი გამოწვევა ხარისხთან ერთად სამედიცინო ხარჯების ზრდის შეკავება და შემთხვევების ეფექტური მართვაა. ერთი გადამხდელის სისტემით დაფინანსება ხასითდება ხარჯების ზრდით და იგი კარგა ხანია უარყვეს თავად ევროპულმა ქვეყნებმა. გასული საუკუნის 90-იან წლებიდან ამერიკელი ეკონომისტის ალან ეინთჰოვენის და მისი ევროპელი მიმდევრების მიერ შემუშავებული “კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის” კონცეფცია დაინერგა ნიდერლანდებში, გერმანიაში, ბელგიაში, შვეიცარიაში, ისრაელში, ჩეხეთში, სლოვაკეთში. მისი არსი მდგომარეობს იმაში, რომ მზღვეველის სახით მოქმედებენ ერთმანეთთან კონკურირებადი მრავალი სადაზღვევო ორგანიზაციები და დაზღვეულს შეუძლია გააკეთოს არჩევანი მომგებიან და არამომგებიან სადაზღვევო კომპანიების მიერ შეთავაზებულ სერვისებს შორის. სადაზღვევო ფონდებს შორის კონკურენციას განაპირობებს სადაზღვევო პრემიები, პაკეტები, შემოთავაზებული მკურნალობის ხარისხი. კომპანიებს შორის კონკურენცია კი ხელს უწყობს როგორც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას, ასევე რესურსების ეფექტურად გამოყენებას და შესაბამისად ხარჯების შეკავებას.

ერთი შეხედვით, საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლამ ზოგადად უნდა გაზარდოს ხელმისაწვდომობა, რადგან იფარება მოსახლეობის დაუზღვეველი ფენებიც. მაგრამ მეორე მხრივ, მაღალრისკიანი ბენეფიციარებისათვის (სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა, პენსიონერები) არ არის გათვალისწინებული გარკვეული სერვისები (მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, კომპიუტერული ტომოგრაფია), რომლებმაც შესაძლოა კატასტროფული ხარჯები განაპირობოს. ამასთან, ჯანდაცვის ხარჯების ყველაზე მზარდი და დიდი წილი სწორედ მედიკამენტებზე მოდის (დაახლოებით 40-50 %).

დასასრულს, რაოდენ მიმზიდველი არ იყოს უნივერსალიზმის მიდგომა, იგი მოითხოვს დიდ ფინანსურ რესურსებს, რაც დაბალშემოსავლიანი ქვეყნის ბიუჯეტისათვის მძიმე ტვირთია. საქართველოს არ შეუძლია ყველა მოქალაქისთვის სამედიცინო მომსახურების სრული პაკეტის დაფინანსების უზრუნველყოფა. სახელმწიფოს პოლიტიკის უმთავრესი მიზანი ჯანდაცვაზე კატასტროფული ხარჯების შემცირება უნდა გახდეს. სახელმწიფოს დაფინანსება უმთავრესად კონცენტრირებული უნდა იყოს ბენეფიციარებზე, რომელთაც ამ დახმარების გარეშე სიღარიბე ემუქრებათ. შესაბამისად, მიზანშეწონილია მოსახლეობის ამ ჯგუფებზე განსაზღვრული სადაზღვევო პროგრამის გაფართოება და უპირველესად იმ კომპონენტის ჩართვა, რომლებიც ჯანდაცვაში ერთ-ერთ მნიშვნელოვანს წარმოადგენს (მედიკამენტები). რაც შეეხება მოსახლეობის დანარჩენ ჯგუფებს, ისინი უპირველესად უნდა იყვნენ დაცული კატასტროფული ხარჯებისაგან (მაღალხარჯიანი სამედიცინო სერვისები) წინასწარი გადახდის სქემების მეშვეობით.

თენგიზ ვერულავა

ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი. მედიცინის აკადემიური დოქტორი

ჟურნალი „ლიბერალი“. 13. 05. 2014

წყარო: <http://liberali.ge/ge/liberali/articles/118573/>