

თენგიზ ვერულავა
თემურ კალანდაძე

სოციალური და ჯანდაცვის სისტემის თავისებურებანი ნიდერლანდებში

თბილისი

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია

2000

სოციალური და ჯანდაცვის სისტემის თავისებურებანი ნიდერლანდებში

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი

თემურ კალანდაძე - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი

რედაქტორი. პროფ. მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი ოთარ
გერზმავა

საქართველოს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია. 2012

წიგნში განხილულია ნიდერლანდების სოციალური და ჯანდაცვის პოლიტიკის ძირითადი პრობლემები, მიზნები და პრიორიტეტები. წარმოდგენილია ნიდერლანდების ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ძირითადი ეტაპები, სამედიცინო დაზღვევის სისტემის თავისებურებები.

ნაშრომის შექმნა მნიშვნელოვნად განაპირობა 2000 წლის 7-14 მაისს ნიდერლანდებში გამართულმა სასწავლო სემინარმა. სასწავლო სემინარი ჩატარდა TNO ჯანდაცვის განვითარების პროექტის ფარგლებში. იგი ორგანიზებული იყო ლეიდენის ჯანდაცვის სისტემის განვითარების დეპარტამენტის მიერ (TNO Prevention and Health, Department of Health Systems Development). ნიდერლანდების TNO პრევენციისა და ჯანდაცვის ორგანიზაციამ მოაწყო ყველა ძირითადი შეხვედრა, რის გამოც სასწავლო სემინარში მონაწილეები განსაკუთრებულ მაღლიერებას გამოხატავენ მათ მიერ გაწეული დახმარებისათვის.

სასწავლო სემინარი ითვალისწინებდა შეხვედრებს ნიდერლანდების ჯანდაცვის, კეთილდღეობის და სპორტის სამინისტროს ოფიციალურ პირებთან, სამედიცინო დაზღვევის ფონდის, ხარისხის სახელმწიფო ინსპექციის, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიების ასოციაციის, ექიმთა სამეფო ასოციაციის, ნიდერლანდების აკრედიტაციის ინსტიტუტის წარმომადგენლებთან.

გვსურს გამოვხატოთ განსაკუთრებული მაღლიერება ბატონი კეის სხაფველდის და მეია ვერმერსის მიმართ სემინარის განმავლობაში ყველა ძირითადი შეხვედრის მოწყობისა და ნიდერლანდებში ყოფნისას აღმოჩენილი დიდი დახმარებისათვის.

შინაარსი

თავი 1. ზოგადი ინფორმაცია	7
1.1. მოსახლეობა.....	7
1.2. ეკონომიკა.....	7
1.3. პოლიტიკური წყობა.....	8
თავი 2. სოციალური პოლიტიკა.....	9
2.1. სოციალური პოლიტიკის ძირითადი პრობლემები	9
2.1.1. უმუშევრობა.....	9
2.1.2. ეთნიკური უმცირესობები.....	10
2.1.3 საზოგადოების გაუცხოება, დაუცველობა	10
2.2. სოციალური პილიტიკის მიზნები.....	10
2.3. სოციალური პოლიტიკის პრიორიტეტები.....	13
2.3.1 ოჯახის განვითარება.....	13
2.3.2 სოციალური აქტიურობის გაძლიერება.....	14
2.3.3. ეთნიკურ უმცირესობათა ინტეგრაცია.....	14
2.3.4. პიროვნების დამოუკიდებლობა და სოციალური რეაბილიტაცია	15
2.3.5 ცხოვრების დონის გაუმჯობესება.....	16
2.4. სოციალური პოლიტიკის ორგანიზაცია.....	16
თავი 3. ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ძირითადი ეტაპები.....	17
3.1 ადრეული და შუა საუკუნეების პერიოდი	17
3.2. აბრაჰამ კუპერის სამედიცინო დაზღვევის სქემა	19

3.3. 1920–30–იანი წლების რეფორმები.....	21
3.4 მეორე მსოფლიო ომის პერიოდი	22
3.5. ომის შემდგომი პერიოდი.....	23
3.6. 1958–1970 წლების პერიოდი.....	24
3.7. 1970–1985 წლების რეფორმები.....	26
3.8 ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების დეკერის კონცეფცია	28
თავი 4. ჯანდაცვის სისტემა	36
4.1. ზოგადი ინფორმაცია	36
4.2. ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაცია	36
4.3. ჯანდაცვის სამინისტროს როლი.....	37
4.4. სხვადასხვა ორგანიზაციების როლი	42
4.5. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა.....	45
4.6. ჯანდაცვის სახელმწიფო ინსპექცია.....	46
4.7. სამედიცინო განათლება	48
4.8. აკრედიტაცია	49
თავი 5. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება	56
თავი 6. სამედიცინო სადაზღვევო სისტემა	67
6.1. მოსახლეობის სამედიცინო სადაზღვევო სისტემით მოცვა	67
6.2. სამედიცინო სადაზღვევო ფონდები.....	67
თავი 7 . სამედიცინო დაზღვევის თავისებურებანი ნიდერლანდებში	73
7.1 სამედიცინო დაზღვევის სახეები	73
7.2. ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარება.....	74
7.3. სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა	75

7.4. კერძო სამედიცინო დაზღვევა	78
7.4.1. სამედიცინო დაზღვევის ხელმისაწვდომობის კანონი.....	79
7.4.2. სავალდებულოდ დაზღვეულ მოხუცთა თანადაფინანსების კანონი	80
7.5. დამატებითი ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა.....	81
თავი 8. სამედიცინო დახმარების სისტემის ძირითადი ასპექტები....	82
8.1. სამედიცინო დახმარების პირველი დონე	82
8.2. სამედიცინო დახმარების მეორე დონე.....	84
8.3 ფსიქიატრიული სამედიცინო დახმარება.....	88
8.4. მედდის სახლი, ხანდაზმულთა სამედიცინო დახმარება	89
8.5 შიდსის მკურნალობა.....	90
8.6 ფსიქიურად დაავადებულთა სამედიცინო დახმარება	90
8.7. სტომატოლოგიური სამედიცინო დახმარება	91
8.8 სამეანო დახმარება.....	92
8.9. მედიკამენტებით უზრუნველყოფა	92
გამოყენებული ლიტერატურა.....	94

თავი 1. ზოგადი ინფორმაცია

1.1. მოსახლეობა

ნიდერლანდები დასავლეთ ევროპის ყველაზე მჭიდროდ დასახლებული ქვეყანაა (439 ადამიანი ერთ კვადრატულ კილომეტრზე). მოსახლეობა მოიცავს დაახლოებით 15.6 მილიონს. ნიდერლანდების დედაქალაქია ამსტერდამი, რომლის მოსახლეობა შეადგენს 702 444-ს. მოსახლეობის უმეტესობა დასახლებულია ქვეყნის დასავლეთში და სამხრეთში.

ნიდერლანდებში დაახლოებით 700 000 (მოსახლეობის 15%) ემიგრანტია. ემიგრანტები არიან ევროგაერთიანების წევრი ქვეყნებიდან, თურქეთიდან, მაროკოდან, ნიდერლანდების ყოფილი კოლონიებიდან (სურინამი, ანტილი), რომლებიც სამუშაოდ ჩამოვიდნენ 60-იან, 70-იან წლებში. ემიგრანტთა დიდი რაოდენობაა ამსტერდამში, რომლის მხოლოდ 40%-ს შეადგენენ ჰოლანდიელები. დანარჩენ 60%-ს ემიგრანტები წარმოადგენენ.

მოსახლეობის 26% 20 წლის ასაკზე ახალგაზრდაა, 13% 65 წლის და მეტი ასაკისაა. დემოგრაფთა მოსაზრებით 2010 წლისათვის 65 წელზე მეტი ასაკის მოქალაქეთა რიცხვი 15%-მდე გაიზრდება.

1.2. ეკონომიკა

მიუხედავად ტერიტორიული სიმცირისა (41 864 კვ.კმ), მთლიანი შიგა პროდუქტის მხრივ ნიდერლანდებს მსოფლიოში მეცხრე ადგილი

უკავია, რომელიც 1996 წლის მონაცემებით შეადგენდა 318 მილიარდ გულდენს (დაახლოებით 160.6 მილიარდი დოლარი. 1\$=f1.98).

დასაქმებული მოსახლეობის 66% მუშაობს მომსახურეობის სფეროში, 27% ინდუსტრიულ სექტორში, ხოლო 5 % სოფლის მეურნეობის დარგში. უკანასკნელი 40 წლის განმავლობაში ქვეყანაში მნიშვნელოვნად დაჩქარდა ინდუსტრიალიზაციის პროცესი. ეკონომიკის მნიშვნელოვანი ნაწილი თავმოყრილია რანდსტადის ნაწილში, რომელიც აერთიანებს 4 უდიდეს ქალაქს და სადაც ცხოვრობს ქვეყნის მოსახლეობის 45%.

ქვეყნის ეკონომიკის განვითარებაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია ელექტრონულ მოწყობილობებს (Philips), მულტიმედიას (Polygram), სოფლის მეურნეობას (ყვავილები, მეძროხეობა, მებოსტნეობა), აგრეთვე ბუნებრივ გაზს (მოიპოვებენ კრონინგენში და ჩრდილოეთის ზღვაში).

1.3. პოლიტიკური წყობა

ნიდერლანდები კონსტიტუციური მონარქიაა. ქვეყნის მეთაურია დედოფალი. ქვეყანას მართავს კოალიციური მთავრობა, რომლის პოლიტიკა დამყარებულია კომპრომისებისა და ურთიერთშეთანხმების პრინციპებზე. პოლიტიკურ სფეროში წამყვანი ადგილი უკავია სამ პარტიას: სოციალისტური, კათოლიკურ-პროტესტანტული და კონსერვატორულ-ლიბერალური. 1994 წლის მაისში ჩატარდა არჩევნები. იმავე წლის სექტემბერში ჩამოყალიბდა ახალი კოალიციური მთავრობა, რომელშიც შევიდნენ მუშათა პარტია (Labor Party), ლიბერალ დემოკრატები და ლიბერალ კონსერვატორები.

ქვეყნის მართვაში გამოიყოფა სამი შრე: ცენტრალური, სამხარეო (პროვინციული) და მუნიციპალური, რომელთაც სრულიად განსხვავებული ფუნქციები აქვთ განსაზღვრული. მუნიციპალიტეტი პასუხისმგებელია პოლიტიკის განხორციელებაზე. პროვინციების, ანუ

მხარეების ფუნქციას დახმარება აღმოუჩინოს მუნიციპალიტეტს პოლიტიკის განხორციელებაში. ცენტრალური ხელისუფლება განსაზღვრავს ქვეყნის განვითარების გეგმას, პერსპექტივებს. ქვეყანა შედგება 12 პროვინციისგან.

თავი 2. სოციალური პოლიტიკა

2.1. სოციალური პოლიტიკის ძირითადი პრობლემები

2.1.1. უმუშევრობა

ნიდერლანდებში მოსახლეობის უმეტეს ნაწილს ცხოვრების ნორმალური პირობები გააჩნია. მიუხედავად ეკონომიკის დარგში მიღწეული თვალსაჩინო შედეგებისა, ნიდერლანდებში შეინიშნება გარკვეული სოციალური პრობლემები: უმუშევრობა, სიღარიბე, ემიგრანტების რიცხვის ზრდა. უმუშევრობის დონე შეადგენს დაახლოებით 6%-ს. ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანეს პრობლემას წარმოადგენს დიდი ხნის განმავლობაში უმუშევართა საკმაოდ დიდი ჯგუფი. უკანასკნელ პერიოდში საგრძნობლად გაიზარდა უმუშევრობისთვის დადგენილი მინიმალური შემოსავლის მქონე ადამიანთა რიცხვი.

ძირითად მოსახლეობასთან შედარებით, თურქებში და მაროკოელებში უმუშევართა რაოდენობა ხუთჯერ უფრო მაღალია. 1995 წლისთვის დაახლოებით 90 000 ოჯახს ჰქონდა დაბალი შემოსავალი. ნიდერლანდების ისეთ დიდ ქალაქებში, როგორცაა: ამსტერდამი, როდერდამი, ჰააგა, უტრეხტი, მინიმალური შემოსავალი გააჩნდა მოსახლეობის 24%-ს, ქვეყნის დანარჩენ ნაწილში კი ეს მაჩვენებელი შეადგენდა 11%-ს.

2.1.2. ეთნიკური უმცირესობები

ძირითად ეთნიკურ უმცირესობებს შეადგენდნენ თურქები, მაროკოელები, სურინამელები. ეთნიკურ უმცირესობათა ინტეგრაციის პროცესი ნიდერლანდებში გარკვეული სირთულეებით ხასიათდება. მიუხედავად იმისა, რომ ნიდერლანდები საკმაოდ ლიბერალური და ტოლერანტული ქვეყანაა. ძირითადი მოსახლობის გარკვეული ნაწილის დამოკიდებულება ეთნიკურ უმცირესობებთან არ არის ადვილი. ისეთ სფეროებში, როგორცაა მუშაობის დაწყება, განათლების მიღება, საკუთარი შემოსავლის მოპოვება ეთნიკურ უმცირესობათა ჯგუფები აწყდებიან გარკვეულ წინააღმდეგობებს.

2.1.3 საზოგადოების გაუცხოება, დაუცველობა

ნიდერლანდების, ისევე როგორც სხვა ტექნიკურად მაღალგანვითარებული ქვეყნების მოსახლეობის გარკვეული ნაწილისთვის დამახასიათებელია გაუცხოების პრობლემა, რომელსაც ხელი შეუწყო ქალაქების სწრაფმა ურბანიზაციამ და ტექნიზაციამ. გაუცხოების სენის გამო ადამიანები თავს გრძნობენ დაუცველად და უიმედოდ, ისინი უმრავლეს შემთხვევაში უძლურნი არიან გაუმკლავდნენ თავიანთ პრობლემებს.

2.2. სოციალური პოლიტიკის მიზნები

ნიდერლანდები მსოფლიოს ერთ-ერთი განვითარებული ქვეყანაა. სახელმწიფოში წარმატებით ხორციელდება სოციალური და ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკა.

სოციალურ პოლიტიკაში გამოირჩევა 3 ძირითადი მიმართულება:

1. სოციალური პრობლემების პრევენცია;

2. უკვე არსებულ პრობლემებზე ინტერესის გაძლიერება და მათი აღმოფხვრა;
3. მომავალში მოსალოდნელი სოციალური პრობლემების წინასწარ შესწავლა და ადრეული ზრუნვა მათ გამოსასწორებლად.

პრევენცია გულისხმობს სოციალური წინააღმდეგობებისა და საზოგადოებასთან სოციალური კონტაქტის დაკარგვისაგან მოსახლეობის დაცვას. ჯანდაცვის, კეთილდღეობის და სპორტის სამინისტრო (Ministry Of Health, Welfare and Sport) ცდილობს გაზარდოს საზოგადოების როლი და გავლენა სოციალური პოლიტიკის განხორციელებაში. მისი მთავარი მიზანია პიროვნების ინდივიდუალიზაცია. მისი თვითცნობიერების, თვითშეგნების, საკუთარი პასუხისმგებლობის უნარის გაზრდა. მისი განხორციელებისთვის სახელწიფო ხელს უწყობს საზოგადოებრივი კონტაქტების, დასვენების სხვადასხვა საშუალებების განვითარებას. არამართ დიდ ქალაქებში, არამედ გარეუბნებში და სოფლებში იქმნება დასვენების, გართობის და შემოქმედებითი ცენტრები, სპეციალური კლუბები, ბიბლიოთეკები, რაც თავის მხრივ ამალღებს ცხოვრების დონეს, იძლევა სოციალური ერთობის სტიმულს. მუნიციპალური ხელისუფლების მთავარ ამოცანას, მისი მოსახლეობასთან უფრო მეტი სიახლოვის გამო, წარმოადგენს სხვადასხვა პროგრამების განხორციელების, მიმდინარეობის და ყველასთვის ხელმისაწვდომობის ადგილობრივ დონეზე შესწავლა და გაკონტროლება.

არსებულ პრობლემებზე ინტერესის გაძლიერებისა და მათი აღმოფხვრისათვის აქცენტი კეთდება თითოეულ პიროვნებაზე. პიროვნებას აღმოუჩინენ დამატებით ყურედღებას და მხარდაჭერას ისეთი საკმაოდ ხშირი პრობლემების წარმოშობისას, როგორცაა განქორწინება, უმუშევრობა, სტრესი, მარტოობა...

მომავალში მოსალოდნელი სოციალური პრობლემების წინასწარ შესწავლა და ადრეული ზრუნვა მის გამოსასწორებლად გულისხმობს ისეთი მწვავე ან სოციალური პრობლემის გადაწყვეტას, რომლებიც ჯერ კიდევ არ არსებობს, მაგრამ მოსალოდნელია რომ წარმოიშვას, ასეთი პრობლემებია: საზოგადოების განათლების დონის დაქვეითება, მანამდე შეუმჩნეველი მავნე მიდრეკილების აღმოჩენა...

ნიდერლანდების ჯანდაცვის, კეთილდღეობის და სპორტის სამინისტრო ცდილობს შეიმუშაოს ისეთი სოციალური პოლიტიკა, რომლის მიზანი იქნება შესაძლებლობების ფარგლებში გადაწყვიტოს ქვეყანაში არსებული პრობლემები. სოციალური პოლიტიკის მთავარი ამოცანაა სოციალურად დაუცველი კატეგორიის ადამიანებისთვის არა მარტო დახმარების აღმოჩენა, არამედ საზოგადოებაში მათი სოციალური მდგომარეობის გაუმჯობესებისთვის ზრუნვა. ამ მიმართებით სახელმწიფო ცდილობს უფრო მეტი დამოუკიდებლობა მიანიჭოს სოციალურად დაუცველ ფენებს, რომ უფრო მეტად გამოავლინონ და წარმოაჩინონ საკუთარი თავი და შესაბამისად ნაკლებად იყვნენ დამოკიდებული სახელმწიფოს დახმარებაზე. სახელმწიფო ახორციელებს ისეთ ღონისძიებებს, რგორიცაა: სპეციალისტთა პროფესიული გადამზადება, უწყვეტი განათლება. სოციალური პოლიტიკისადმი ასეთი მიდგომა სოციალურად დაუცველ ფენებს შესაძლებლობას აძლევს გახდნენ საზოგადოების აქტიური წევრები და თავად მოიპოვონ სიცოცხლისათვის აუცილებელი საარსებო პირობები.

სამინისტროს მიერ შემუშავებულ იქნა მთელი რიგი პროგრამები, როგორიცაა: სოციალური მოღვაწეობის მხარდაჭერა, სიღარიბის დაძლევა, ოჯახის განვითარება, სოციალური დამოუკიდებლობის ამაღლება. ქვეყნის სოციალურ სფეროში გატარებული ღონისძიებების შედეგია ის გარემოება, რომ უკანასკნელ პერიოდში საგრძნობლად გაიზარდა დასაქმებულთა რაოდენობა. საზოგადოებაში ამაღლდა პიროვნების როლი. პიროვნება უფრო დამოუკიდებელი გადა.

სახელმწიფო ხელს უწყობს ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის და თვითშეგნების სტიმულირებას.

2.3. სოციალური პოლიტიკის პრიორიტეტები

სოციალური პოლიტიკის მიზნების მისაღწევად ნიდერლანდების ჯანდაცვის, კეთილდღეობის და სპორტის სამინისტრომ განსაზღვრა ძირითადი პრიორიტეტები. არსებულ მწვავე პრობლემებზე მუშაობისა და მათი პრევენციის დროს აუცილებელი შეიქმნა ურთიერთობების დამყარება სხვა სამინისტროებთან, პარლამენტთან, ბიზნესით დაკავებულ პიროვნებებთან...

სოციალური პოლიტიკის ძირითადი პრიორიტეტებია:

- ოჯახის განვითარების პოლიტიკა;
- სოციალური აქტიურობის გაძლიერება;
- ეთნიკურ უმცირესობათა ინტეგრაცია;
- პიროვნების დამოუკიდებლობა და სოციალური რეაბილიტაცია;
- ცხოვრების დონის გაუმჯობესება.

2.3.1 ოჯახის განვითარება

სამინისტრო ხელს უწყობს მშობლების აღმზრდელობით-საგანმანათლებლო როლის განვითარებას. შემუშავებულია სოციალური პროგრამები, რომლის მიზანია ბავშვების სოციალური ჩვევების გაძლიერება, გახანგრძლივებული სასკოლო დღის შემოღება. რადგანაც ამ პროცესში მშობლების გარდა მონაწილეობას ღებულობენ საგანმანათლებლო დაწესებულებები და საზოგადოება, სამინისტრო ცდილობს გაზარდოს მათ მიმართ განსაზღვრული ამოცანები.

2.3.2 სოციალური აქტიურობის გაძლიერება

სიღარიბე უმრავლეს შემთხვევაში სოციალური იზოლაციის შედეგია, ისევე როგორც უმუშევრობა, სიღარიბე იწვევს სოციალური კონტაქტების შემცირებას. სოციალური აქტიურობა ხელს უწყობს ადამიანთა მისწრაფებას შეასრულონ სოციალურად სასარგებლო ამოცანები, რომლის საფუძველზე მათ შეუძლიათ მოიპოვონ საკუთარი შემოსავალი. პროფესიული გადამზადება და სწავლის გაგრძელება საშუალებას აძლევს ადამიანებს გაზარდონ სამუშაოს პოვნის შანსი.

ნიდერლანდების ჯანდაცვის, კეთილდღეობის და სპორტის სამინისტრო ცდილობს გაზარდოს სოციალური აქტიურობა სხვადასხვა გზებით. ერთერთ ასეთ გზას წარმოადგენს იმ ორგანიზაციების ხელშეწყობა, რომლებიც ცდილობენ სოციალურად დაუცველი ფენების ინტერესების დაცვას. გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება მოსახლეობისთვის ინფორმაციის ფართოდ მიწოდებას. მისი ინფორმაციულობის დონის შემდგომ გაზრდას. იქმნება სასწავლო-საგანმანათლებლო ცენტრები. გამოიციემა სპეციალური საცნობაროები, რომლებიც მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებს აძლევენ რჩევა-დარიგებებს.

2.3.3. ეთნიკურ უმცირესობათა ინტეგრაცია

ნიდერლანდები ეთნიკურ უმცირესობათა საკმაოდ დიდი რაოდენობით ხასიათდება. ეთნიკურ უმცირესობებს და ემიგრანტებს ყოველთვის ექნებათ დაბრკოლებები თუ ისინი არ გააცნობიერებენ იმ ახალი საზოგადოების ინტერესებს, რომელშიც სურთ არსებობა. ეთნიკური უმცირესობები მრავალ წინააღმდეგობებს აწყდებიან, რომელთა შორის აღსანიშნავია სალაპარაკო ენის პრობლემა. ნიდერლანდების ჯანდაცვის, კეთილდღეობის და სპორტის სამინისტრომ, განათლების, კულტურის და მეცნიერების

სამინისტროსთან ერთად შეიმუშავა ეთნიკურ უმცირესობათა და ემიგრანტთა ინტეგრაციის სამოქმედო გეგმა. ამ პროგრამით გათვალისწინებულია მათთვის ჰოლანდიური ენის შემსწავლელი კურსების ჩატარება.

ქვეყანაში წარმატებით ხორციელდება ისეთი ღონისძიებები, როგორცაა: ეთნიკური უმცირესობებისათვის სოციალური ორიენტაციის ხელშეწყობა. მათთვის სპეციალური საცნობაროების გამოცემა, დახმარება სასურველი სამუშაოს მოპოვებაში.

2.3.4. პიროვნების დამოუკიდებლობა და სოციალური რეაბილიტაცია

სახელმწიფოს ერთერთი უმნიშვნელოვანესი მიზანია პიროვნების დამოუკიდებლობის, მისი ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის სტიმულირება. აღსანიშნავია, რომ ნიდერლანდებში უფროსი თაობის წარმომადგენლებს შორის შეინიშნება გარკვეული ტენდენცია გაიხანგრძლივონ დამოუკიდებლად ცხოვრების პირობები. მათ არ სურთ მოხუცთა სახლების ბინადრად გახდომა. დამოუკიდებლად ცხოვრების სურვილი აქვთ აგრეთვე ინვალიდებს და ფსიქიური ჯანმრთელობის მხრივ პრობლემების მქონე ადამიანებს. სამინისტროს სოციალური პოლიტიკა მხარს უჭერს მუნიციპალიტეტებს, ხელი შეუწყოს ასეთ ადამიანებს სოციალური დამოუკიდებლობის შენარჩუნებაში.

სამინისტროს ერთ–ერთ უმნიშვნელოვანეს მიზანს წარმოადგენს გარკვეული პერიოდის განმავლობაში საზოგადოებისგან მოწყვეტით მყოფი პირების სოციალური რეაბილიტაცია (მაგ., პატიმრობიდან ახლადგანთავისუფლებულები, წარსულში ფსიქიური ჯანმრთელობის მხრივ პრობლემების მქონენი). მათ არ შეუძლიათ ფეხი აუწყონ ცხოვრების ახალ პირობებს. ასეთ ადამიანებს ეხმარებიან ისეთი უნარ-ჩვევების ათვისებაში, რომელიც ხელს შეუწყობს მათი, როგორც საზოგადოების სრულუფლებიან წევრად გახდომას.

2.3.5 ცხოვრების დონის გაუმჯობესება

დიდ ქალაქებში უკანასკნელ წლებში შეინშნება სოციალურ ურთიერთობათა რღვევის მტკივნეული პროცესი, რომლის ერთერთ მთავარ მიზეზს მოსახლეობის მიგრაცია წარმოადგენს. სოციალური პოლიტიკის ამოცანაა სოციალური კავშირების აღდგენა. შემუშავებულ იქნა სპეციალური პროგრამა, რომელი ხელს უწყობს საზოგადოებაში ცხოვრების დონის ამაღლებას, აგრეთვე ხორციელდება ადამიანთა ერთმანეთთან ჰარმონიულად თანაცხოვრების სწავლება. მნიშვნელოვანი ყურადღება ექცევა ადამიანის უფლებების დისკრიმინაციასთან ბრძოლას.

2.4. სოციალური პოლიტიკის ორგანიზაცია

სოციალური პრობლემების გადაწყვეტა ინტეგრირებულ მიდგომას მოითხოვს. ამისთვის აუცილებელ პირობას წარმოადგენს სხვადასხვა ორგანიზაციების მჭიდრო ურთიერთობა ნიდერლანდების სოციალური პოლიტიკის განხორციელებაში. აქტიურ მონაწილეობას ღებულობენ პარლამენტი, სხვადასხვა სამინისტროები, სოციალური ორგანიზაციები და ინსტიტუტები, მეწარმეები და განსხვავებული რელიგიური და მსოფლმხედველობრივი ორიენტაციის პიროვნებები. ყოველი მათგანი სოციალურ პოლიტიკას საკუთარი შესაძლებლობებისა და პასუხისმგებლობის დონეზე ახორციელებს. ნიდერლანდების ჯანდაცვის, კეთილდღეობის და სპორტის სამინისტრო წარმოადგენს სოციალური პოლიტიკის კოორდინატორს.

ნიდერლანდები გამოირჩევა სხვადასხვა სახის ორგანიზაციათა დიდი რაოდენობით, რომელთა უმეტესობა პროფესიულ საფუძველზეა შექმნილი. მათი უმრავლესობა ნებაყოფლობითი ხასიათისაა. ზოგიერთი მათგანი სახელმწიფო და კერძო ორგანიზაციების შერეულ ფორმას წარმოადგენს.

თავი 3. ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ძირითადი ეტაპები

3.1 ადრეული და შუა საუკუნეების პერიოდი

ნიდერლანდებში უძველესი დროიდან არსებობდა სხვადასხვა სახის ურთიერთდახმარების ტრადიციები. სტქიური უბედურებისა თუ ავადმყოფობის დროს ადამიანები ერთიანდებდნენ თავიანთ ძალებს, შესაძლებლობებს, სახსრებს, რათა დახმარებოდნენ დაზარალებულებს.

არსებობს სარწმუნო წყაროები, რომლის მიხედვით, პრიმიტიულ დონეზე ხდებოდა არსებული ინდივიდუალური რისკის საზოგადოების ყველა წევრზე დანაწილება. პაციენტის, ექიმისა და სახელმწიფოს ურთიერთობის ასეთი ხასიათი წარმოადგენდა ჯანდაცვის სისტემის პირველ საფეხურებს.

კაცობრიობის განვითარებასთან ერთად ხდებოდა ადამიანის სიცოცხლის გახანგრძლივება, რაც თავისთავად იწვევდა სამედიცინო დახმარებაზე მოთხოვნილების ზრდას, რომლის დაკმაყოფილება გასაგები მიზეზების გამო პიროვნების მიერ დამოუკიდებლად ვერ ხერხდებოდა. ამ შემთხვევაში ადამიანები ერთიანდებოდნენ ნათესაური, პროფესიული, ან ტერიტორიული ნიშნებით და სამედიცინო დახმარებითვის განკუთვნილ საერთო ფონდში აგროვებდნენ საჭირო თანხებს.

ნიდერლანდებში ისტორიის ადრეულ ეტაპებზე იქმნებოდა სპეციალური ფონდები, სადაც დაგროვილი თანხებით შესაძლებელი ხდებოდა ავადმყოფებზე და ღარიბ ფენებზე სამედიცინო დახმარების გაწევა. შუა საუკუნეებში მონასტრებთან არსებული საავადმყოფოებისთვის სისტემატურად გროვდებოდა გარკვეული შესაწირი.

შუა საუკუნეებში ჩამოყალიბდა მეწარმეთა გილდიები, რომლებიც ახდენდნენ გარკვეული თანხების აკუმულირებას, რითაც თავს იზღვევდნენ მოსალოდნელი რისკისგან. გილდიები წარმოადგენდნენ ამხანაგობებს, რომელთა წევრები ერთმანეთს უნდა დახმარებოდნენ ავამყოფობის ან ერთერთი წევრის გარდაცვალების შემთხვევაში.

შემდგომში ეს ფორმა უფრო დაიხვეწა: შესაძლებელი გახდა სახრების შეკრება სპეციალური ფონდის შექმნის მეშვეობით. ეს სისტემა საბოლოოდ ჩამოყალიბდა მეწარმეთა სადაზღვეო სალაროების სახით. რაც გარკვეულწილად მოგვიანებით შექმნილი ე.წ. საავადმყოფოთა სალაროების (Sickness funds) წინამორბედი გახდა.

უნდა აღინიშნოს რომ, პირველი სამედიცინო სადაზღვეო ფონდები ნიდერლანდებში მეწარმეებმა ჯერ კიდევ მე-17 საუკუნეში შექმნეს.

სამრეწველო საწარმოში მომუშავეთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით ზოგიერთი მეპატრონე ექიმს ხელშეკრულებით იწვევდა. მისი შრომის ანაზღაურება ხორციელდებოდა სპეციალური ფონდების (ე.წ. საავადმყოფო სალაროების) მეშვეობით. ამ შემთხვევაში საწარმოს წევრს უკვე არ ესაჭიროებოდა არამარტო უბედური შემთხვევით, არამედ მის ჯანმრთელობასთან დაავშირებული სამედიცინო ხარჯების უშუალო გაღება.

დროთა განმავლობაში, სამედიცინო შენატანები სადაზღვეო ფონდებში ისეთი რაოდენობით დაგროვდა, რომ შესაძლებელი გახდა ზოგ საწარმოებთან მძლავრი საავადმყოფოების აშენება. საავადმყოფოები თავდაპირველად ღარიბი მოსახლებისთვის იყო განკუთვნილი. ავადმყოფობის შემთხვევაში გილდიები ფინანსურ დახმარებას უწევდნენ თავიანთ შრომისუუნარო წევრებს. საავადმყოფოების შექმნაში აქტიურ მონაწილეობას ღებულობდა ეკლესია.

სამედიცინო სადაზღვეო ფონდის მართვა საზოგადოებრივ საწყისებზე ხორციელდებოდა, რომელშიც ერთერთ მთავარ როლს ასრულებდნენ დაქირავებულებისა და დამქირავებელთა წარმომადგენლები. დაზღვევის ეს ფორმა შემდგომ გამოყენებულ იქნა სოციალური დაზღვევის სისტემის ჩამოყალიბებისთვის.

მეცხრამეტე საუკუნის უკანასკნელ მეოთხედში მიღებულ იქნა პირველი სოციალური კანონმდებლობა, რომელიც უმთავრესად ეხებოდა ბავშვებს, ორსულ ქალებს, საწარმოების მუშებს.

3.2. აბრაჰამ კუპერის სამედიცინო დაზღვევის სქემა

1904 წელს ცნობილმა პროტესტანტმა პოლიტიკოსმა აბრაჰამ კუპერმა წარმოადგინა სამედიცინო დაზღვევის პირველი კანონი. კანონის თანახმად, შემოსავლის გარკვეულ ზღვარს ქვევით მყოფ ყველა მოქალაქეზე (დიასახლისებსა და სახლში მყოფი პირების გარდა) ვრცელდებოდა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა. წარმოდგენილი სქემა მოიცავდა სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა სახეებს: დაავადებათა მკურნალობა, მედიკამენტების გამოწერა და ავადმყოფების ან სიკვდილის შემთხვევაში მატერიალური დახმარება. კუპერს სურდა ყველა დაბალშემოსავლიანი მოქალაქის სამედიცინო დაზღვევა.

კუპერის სქემა ითვალისწინებდა სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვეო ფონდის შექმნას, რომელსაც უხელმძღვანელებდა ადგილობრივი ხელისუფლება. მაღალშემოსავლიან მოქალაქეებს შეეძლოთ დაზღვეულიყვნენ კერძო სადაზღვეო ფონდებში. კუპერის მიერ წარმოდგენილ კონცეფციას ფართო გამოხმაურება მოჰყვა საზოგადოების სხვადასხვა წრეებში. დებატებში განსაკუთრებულ ინტერესს იჩენდნენ დაქირავებული მუშები და დამქირავებლები, რადგანაც ისინი წარმოადგენდნენ სადაზღვეო შენატანების

გადამხდელებს. მათ სურდათ სოციალური დაზღვევის ფონდებზე განსაკუთრებული ადმინისტრაციული ძალაუფლების მოპოვება.

კუპერის მიერ შემოთავაზებულ მოსაზრებებზე განსხვავებული დამოკიდებულება გამოხატა სამედიცინო პერსონალმა. 1908 წელს ექიმთა სამეფო საზოგადოებამ (Royal Society for the Advancement of Medicine - KMBG) გამოაქვეყნა 800 გევრდიანი მოხსენება, რომლის მიხედვით სამედიცინო სადაზღვევო ფონდების მართვაში ექიმებს უნდა მინიჭებოდათ განსაკუთრებული როლი. აღსანიშნავია, რომ სადაზღვევო ფონდები ვალდებულები იყვნენ ყველა ექიმთან დაედოთ ხელშეკრულება. დისკუსიები ეხებოდა, აგრეთვე, სადაზღვევო ფონდების, როგორც არამომგებიანი ორგანიზაციული ფორმის შესახებ გამოთქმულ მოსაზრებას.

1940 წლისათვის ქვეყანაში 600-ზე მეტი სადაზღვევო ფონდი არსებობდა, რომელთა კლასიფიკაცია ხდებოდა 5 კატეგორიის მიხედვით:

1. არამომგებიანი საერთო ფონდები;
2. ე.წ. ექიმთა ფონდები, რომლებიც შეიქმნა სოფლებში ერთ ან რამდენიმე ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მიერ;
3. მედიცინის განვითარებისთვის შექმნილი სპეციალური ფონდები
4. მომგებიანი ხასიათის კერძო ფონდები;
5. მსხვილი სამრეწველო დაწესებულებების მიერ შექმნილი ფონდები.

1910 წელს კუპერმა წარმოადგინა ახალი პროექტი, რომელშიც ძირითადი აქცენტი გადატანილი იყო ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის განვითარებაზე. კუპერის მიერ წარმოდგენილი წინადადებების საფუძველზე მიღებულ იქნა სოციალური უსაფრთხოების კანონი (Social Security Councils Act). კანონის მიხედვით სადაზღვევო ფონდების მართვაში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭებოდა დამქირავებელთა და დაქირავებულთა ასოციაციებს.

აღსანიშნავია, რომ დაქირავებულებისა და დამქირავებულების მიერ შემოთავაზებული სოციალური დაცვის სისტემის თვითმმართველობის ფორმა მთელი საუკუნის განმავლობაში წარმოადგენდა სოციალური კანონმდებლობის ირგვლივ გამართული დებატების ცენტრალურ პრობლემას.

3.3. 1920-30-იანი წლების რეფორმები

ეკონომიკური მდგომარეობის გაუარესებამ განაპირობა ოციანი წლების დასაწყისში სოციალური დაცვის ახალი კონცეფციის ჩამოყალიბება. 1920 წელს მთავრობამ წარმოადგინა სამედიცინო დაზღვევის გეგმა, რომელშიც მეტი ყურადღება ისევ კერძო სამედიცინო დაზღვევის განვითარებას ექცეოდა. წარმოდგენილი დოკუმენტების შესაბამისად კერძო დაზღვევით უნდა მოცულიყო სამედიცინო დახმარების თითქმის ყველა სახეები. წარმოდგენილ პროექტს ეწინააღმდეგებოდნენ ექიმთა ასოციაციის წარმომადგენლები. მათი მიზანი იყო სამედიცინო ფონდებს ყველა ექიმთან დაედოთ ხელშეკრულება. მიუხედავად ამისა, სადაზღვეო ფონდები მაინც ძველ ტრადიციას აგრძელებდნენ, ექიმთან ხელშეკრულებებს თავიანთი საჭიროების მიხედვით დებდნენ.

ოციანი წლების დასაწყისისთვის ნიდერლანდების მოსახლეობის თითქმის ნახევარს გააჩნდა სამედიცინო დაზღვევა. ამავე პერიოდში ჩამოყალიბდა კათოლიკეების გაერთიანება, რომლის საფუძველზეც შეიქმნა დამოუკიდებელი სამედიცინო სადაზღვეო ფონდი.

ექიმთა ასოციაციები კიდევ უფრო აძლიერებდნენ თავიანთ ორგანიზაციას, მათ არაერთი გაფიცვა მოაწყვეს სადაზღვეო ფონდების წინააღმდეგ. გაფიცვის ძირითად მოთხოვნას სადაზღვეო ფონდის მიერ ყველა ექიმთან ხელშეკრულების დადება წარმოადგენდა. ისინი მიზნად ისახავდნენ სადაზღვეო ფონდის

მმართველობაში ექიმთა უმრავლესობის დაკვიდრებას. შემდგომ პერიოდში ექიმთა ასოციაციამ საკუთარი სამედიცინო სადაზღვევო ფონდი ჩამოაყალიბა, რომელსაც თვითონ მართავდა.

ოცდაათიანი წლები ხასიათდება პოლიტიკური არასტაბილურობით, რომელმაც გამოიწვია რამდენიმე კოალიციური მთავრობის ჩამოყალიბება. ამ პერიოდში სოციალურ კანონმდებლობაში რაიმე მნიშვნელოვანი ცვლილებები არ განხორციელებულა.

3.4 მეორე მსოფლიო ომის პერიოდი

1941 წელს გერმანიის საოკუპაციო მთავრობის მიერ ნიდერლანდებში შემოღებულ იქნა კანონი, რომლის მიხედვით დაბალშემოსავლიანი მოქალაქეებისთვის სამედიცინო დაზღვევის ფონდში დაზღვევა სავალდებულო გახდა. კანონი განსაზღვრავდა სავალდებულო სამედიცინო გადასახადის ოდენობას შემოსავლის დონის მიხედვით. დადგინდა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის უნიფიცირებული წესები. ქვეყანაში არსებულ ყველა სადაზღვევო ფონდზე სახელმწიფო ახორციელებდა ზედამხედველობას.

გერმანელი ნაცისტების მიერ მიღებულმა კანონმა შეამცირა სხვადასხვა სახის სამედიცინო ფონდებს შორის არსებული განსხვავებები. მნიშვნელოვნად შემცირდა სამედიცინო სადაზღვევო ფონდების რაოდენობა. თუ 1940 წლამდე მათი რიცხვი შეადგენდა 600-ზე მეტს, 1963 წლისთვის სამედიცინო სადაზღვევო ფონდების რაოდენობა 115-მდე შემცირდა; 1992 წლისთვის კი მხოლოდ 25-ს მოიცავდა.

მეორე მსოფლიო ომამდე ნიდერლანდების მთავრობა ჯანდაცვის სისტემის მართვაში მნიშვნელოვან მონაწილეობას არ ღებულობდა. აღნიშნულ პერიოდში მნიშვნელოვან როლს თამაშობდნენ კერძო ინსტიტუტები, განსაკუთრებით რელიგიური ორგანიზაციები.

აღსანიშნავია, რომ საავადმყოფოებიც არასახელმწიფო, კერძო დაწესებულებებს წარმოადგენდნენ. 1950 წელს ნიდერლანდების 250 საავადმყოფოდან მხოლოდ 37 ეკუთვნოდა სახელმწიფოს. 112 საავადმყოფო ეკლესიის განკარგულებაში იყო. 43 სტაციონარული დაწესებულება პროტესტანტებს ეკუთვნოდათ. სამოქალაქო ორგანიზაციები ფლობდნენ 58 საავადმყოფოს.

3.5. ომის შემდგომი პერიოდი

ნიდერლანდების ჯანდაცვის სისტემა ძირითადად ბისმარკის სოციალური დაზღვევის მოდელით განვითარდა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია სამედიცინო დახმარების დაფინანსება დაქირავებულებისა და დამქირავებლების სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო შენატანების საშუალებით.

მეორე მსოფლიო ომის პერიოდში ინგლისში გამოქვეყნდა ლორდ ბევერიჯის მოხსენება (Beveridge Report, 1942), რომელმაც დიდი ზეგავლენა მოახდინა დასავლეთ ევროპის ქვეყნების (დანია, დიდი ბრიტანეთი, ფინეთი, ირლანდია, ნორვეგია, შვეცია, კანადა) ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებაზე. ბევერიჯის მოდელის მიხედვით ჯანდაცვის დაფინანსება საგადასახადო სისტემის საშუალებით ხორცილდება. მის დადებით მხარეს წარმოადგენს დანახარჯებზე მკაცრი კონტროლის დაწესება, სამედიცინო დახმარებით მთელი მოსახლეობის თანაბრად მოცვა, საყოველთაო ხელმისაწვდომობა.

1943 წელს ლონდონში გადახვეწილი ნიდერლანდების მთავრობამ ჩამოაყალიბა ომისშემდგომი სოციალური დაცვის მრჩეველთა კომიტეტი, რომელსაც თავმჯდომარეობდა ვან რეინი (Committee Van Rhijn). მისმა კომიტეტმა წარმოადგინა პროექტი, რომელშიც გათვალისწინებული იყო ბევერიჯის მიერ წარმოდგენილი ჯანდაცვის სისტემის სქემა. ვან რეინის მთავარი მიზანი იყო

შემოსავლის მქონე ყველა მოქალაქის სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო სისტემაში გაერთიანება.

მეორე მსოფლიო ომმა მნიშვნელოვნად დააზარალა ნიდერლანდების ეკონომიკა. ომისშემდგომ არჩეული პირველი მთავრობა წარმოადგენდა ქრისტიანებისა და სოციალ-დემოკრატების კოალიციას.

ომისშემდგომი პერიოდი ხასიათდება ჯანდაცვის სისტემაში მთავრობის მარეგულირებელი როლის გაზრდით. სამედიცინო დახმარების ტარიფებს მკაცრად აკონტროლებდა სახელმწიფო. ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისთვის განსაზღვრული იყო ფიქსირებული ანაზღაურება. შემცირდა სავალდებულო სამედიცინო გადასახადის დონე.

1949 წელს ჩამოყალიბდა სამედიცინო სადაზღვევო ფონდების საბჭო (Sickness Fund Council), რომელიც წარმოადგენდა მთავრობის კაბინეტის მრჩეველ ორგანიზაციას. იგი პასუხისმგებელი იყო სოციალური სამედიცინო დაზღვევის ყველა საკითხებზე, სავალდებულო სამედიცინო გადასახადის ჩათვლით.

სადაზღვევო ფონდების საბჭო მართავდა და კონტროლს უწევდა ყველა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის ფონდს. საბჭოს ყავს 37 წევრი, საიდანაც 7 მთავრობის მიერ იყო დანიშნული. 7–7 წარმომადგენლები ჰყავდათ სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებს, სადაზღვევო ფონდებს, დამქირავებელთა და დაქირავებულთა ასოციაციებს, 2 წარმომადგენელი ყავდა პაციენტთა ასოციაციასაც.

3.6. 1958–1970 წლების პერიოდი

1958 წლის დეკემბერში დამთავრდა სოციალ-დემოკრატებისა და ქრისტიან დემოკრატების კოალიციური მთავრობის ომისშემდგომი მოღვაწეობის პერიოდი. ასპარეზზე გამოვიდა ლიბერალური პარტია. ამ პერიოდისთვის დამახასიათებელია საავადმყოფოების

ექსტენსიური ზრდა, რაც გამოწვეული იყო ეკონომიკური აღმავლობის პირობებში ახალი ტექნოლოგიების დანერგვით. მნიშვნელოვნად გაიზარდა სპეციალისტების როლი, მათი რაოდენობა, გაფართოვდა არსებული საავადმყოფოების ქსელი, ინტენსიურად შენდებოდა ახალი საავადმყოფოები.

მოცემული პერიოდისთვის დამახასიათებელი იყო სტაციონარული სამედიცინო დახმარების დანახარჯების ზრდა. მზარდი დანახარჯების ასანაზღაურებლად მთავრობა იძულებული იყო დაეწესებინა მაღალი გადასახადები.

სამოციან წლებში ასევე გრძელდებოდა ჯანდაცვის ხარჯების ზრდა. სამინისტრომ არაერთხელ დააპირა ხარჯების ზრდის შეკავება. 1965 წელს მიღებულ იქნა საავადმყოფოების ტარიფების კანონი (Hospital Tariff`s Act), რომლის საფუძველზე ჩამოყალიბდა საავადმყოფოების ცენტრალური ორგანიზაცია (Central Organization for Hospital Tariffs). ამ ორგანიზაციამ დაადგინა სამედიცინო დახმარების ბევრი სახეების ტარიფები. მიუხედავად საავადმყოფოს მიერ გატარებული არაერთი ღონისძიებებისა, დანახარჯები ჯანდაცვის სისტემაზე არ შემცირებულა.

1967 წელს პარლამენტმა მიიღო განსაკუთრებული სამედიცინო დახმარების დანახარჯების კანონი (Exceptional Medical Expenses Act – AWBZ). იგი გულისხმობდა ფსიქიატრიულ სამედიცინო დაწესებულებებში, შინმოვლის სახლებში, აგრეთვე საავადმყოფოებში ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარების გაწევას. კანონი ეხებოდა, როგორც სავალდებულო, ასევე კერძო სადაზღვევო ფონდებს, განსაკუთრებული სამედიცინო დანახარჯების კანონით დადგენილი სამედიცინო გადასახადი უნდა გადაეხადა დამქირავებლებს (მეწარმეებს) მათი შემოსავლის პროცენტული გაანგარიშების შესაბამისად.

3.7. 1970–1985 წლების რეფორმები

სამოცდაათიანი წლების დასაწყისში მნიშვნელოვნად შეჩერდა ომისშემდგომი ეკონომიკური აღმავლობა, რომელიც განპირობებული იყო ნავთობის სფეროში არსებული კრიზისით. მთავრობა იძულებული გახდა შეემცირებინა ჯანდაცვის დანახარჯები.

1971 წელს მიღებულ იქნა სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებების კანონი (Hospital Facilities Act- WZV). კანონის მიხედვით, სახელმწიფო აქტიურ მონაწილეობას ღებულობდა საავადმყოფოებისა და მედიის სახლების მოცულობის და განაწილების დაგეგმარების პროცესში. ფაქტიურად იგი ხელმძღვანელობდა სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებების გეგმის განსაზღვრას. კანონი ითვალისწინებდა არამარტო საავადმყოფოების მოცულობის, მისი შესაძლებლობების, შენობის დაგეგმარებას, არამედ სიჭარბის შემთხვევაში მათ დახურვას. ასეთი არაპოპულარული ღონისძიებების განხორციელებაში ერთერთი მთავარი როლი ენიჭებოდა საავადმყოფოების საბჭოს (Council of Hospital Facilities – CvZ). საბჭოს შემადგენლობაში შედიოდნენ საავადმყოფოების ასოციაციის, ექიმთა ასოციაციის, სადაზღვევო ფონდების, მუნიციპალიტეტების, რეგიონარული ორგანიზაციების, დამქირავებელთა და დაქირავებულთა ასოციაციების წარმომადგენლები. აღსანიშნავია, რომ ამ საბჭოს წევრთა ნახევარზე მეტს წარმოადგენდნენ საავადმყოფოს ასოციაციის და ექიმთა ასოციაციის წარმომადგენლები, ე.ი. სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლები. რომელთა ინტერესები ეწინააღმდეგებოდა ახალი კანონით განსაზღვრულ ამოცანებს. მათ არ სურდათ საავადმყოფოების დანახარჯებისა და საწოლთა რაოდენობის შემცირება. აღნიშნული მდგომარეობა თავისთავად განაპირობებდა საავადმყოფოების საბჭოს მხრიდან კანონით დადგენილი ჩასატარებელი ღონისძიებებზე კონტროლის სისუსტეს.

1974 წელს ნიდერლანდების მთავრობამ გამოაქვეყნა ჯანდაცვის სისტემის ძირეული რესტრუქტურის ახალი პროექტი. იგი წარმოადგენდა ჯანდაცვის სისტემის რესტრუქტურის პირველ სერიოზულ ნაბიჯს. პროექტი მიზნად ისახავდა ჯანდაცვის სამინისტროს მარეგულირებელი ფუნქციის გაზრდას, საავადმყოფოებისა და საწოლების რაოდენობის შემცირებას. სამედიცინო დახმარების ყველა სახეობაზე საავადმყოფოების ტარიფების კანონის (Hospital Tariffs Act) ამოქმედებას, რომელიც მკაცრ კონტროლს დააწესებდა სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებზე, ფასებზე და ფინანსურ მართვაზე. ერთერთ უმნიშვნელოვანეს საკითხს წარმოადგენდა მთელი მოსახლეობისთვის ერთი სამედიცინო დასაზღვევო სქემის ჩამოყალიბება. უკანასკნელი გულისხმობდა სამედიცინო დაზღვევის ყველა არსებული სქემის ინტეგრირებას სავალდებულო დაზღვევის სისტემაში.

ხანგრძლივი დებატების შემდეგ გადაწყდა ჯანდაცვის სისტემის დაგეგმარების და სამედიცინო დახმარების განფასების ცენტრალიზებული სისტემის ჩამოყალიბება. რაც შეეხება უნიფიცირებული სავალდებულო სამედიცინო დახმარების სისტემის შექმნას, დებატები ამ საკითხის ირგვლივ დიდხანს გაგრძელდა, პოლიტიკური აზრი შეიცვალა და იგი უარყოფილ იქნა.

1982 წელს მიღებულ იქნა სამედიცინო ტარიფების კანონი (Health Tariffs Act), რომელმაც შეცვალა 1965 წელს მიღებული საავადმყოფოების ტარიფების კანონი (Hospital Tariffs Act).

ოთხმოციანი წლების შუა პერიოდში საავადმყოფოს ტარიფების სისტემა ერთერთ უმთავრეს როლს ასრულებდა დაფინანსების სისტემის ჩამოყალიბებაში. 1983 წელს თითქმის ყველა საავადმყოფოსთვის შემოღებულ იქნა პროსპექტული ბიუჯეტური დაფინანსება. ფიქსირებულ ბიუჯეტს ადგენს სამედიცინო ტარიფების ცენტრალური ორგანიზაცია სამედიცინო დაწესებულებებთან და სადაზღვეო ფონდებთან კონსულტაციების შემდგომ.

ჯანდაცვაზე დანახარჯების ზრდის შესამცირებლად გარდა საავადმყოფოების ბიუჯეტური დაფინანსების მეთოდისა, შემოღებულ იქნა მედიკამენტების ფასთა კონტროლის სისტემა.

მიუხედავად ჩატარებული ღონისძიებებისა, შეინიშნებოდა დამახული ურთიერთობა ჯანდაცვის სამინისტროს, პროფესიულ ორგანიზაციებისა და სამედიცინო დაწესებულებებს შორის. პროფესიული ორგანიზაციები ნეგატიურად იყვნენ განწყობილი ჯანდაცვის სისტემაში მთავრობის მარეგულირებელი როლის გაზრდაზე.

3.8 ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების დეკერის კონცეფცია

1986 წელს ნიდერლანდების მთავრობამ გადაწყვიტა ჩამოეყალიბებინა საკონსულტაციო ჯგუფი, რომელსაც უნდა განეხილა ჯანდაცვის სისტემის მართვისა და დაფინანსების რეფორმირების საკითხები. კომპანია „ფილიფსის“ ყოფილი პრეზიდენტის, პროფესორ ვაის დეკერის (DR Wisse Dekker) ხელმძღვანელობით შეიქმნა ჯანდაცვის სტრუქტურისა და დაფინანსების კომიტეტი (Committee on the Structure and Financing of Health Care), რომელმაც 1987 წლის მარტში ჩამოაყალიბა ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირების შემდეგი ძირითადი ასპექტები:

1. ყველა არსებული სამედიცინო სადაზღვევო სქემის ინტეგრირება სოციალური დაზღვევის სისტემაში და მთელი მოსახლეობისთვის ერთი სამედიცინო სადაზღვევო სქემის ჩამოყალიბება, რომელსაც უნდა მოეცვა მთელი სამედიცინო დანახარჯების 85%. სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის გვერდით უნდა არსებულიყო ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა, რომლითაც შესაძლებელი იქნებოდა სამედიცინო

დახმარების ისეთი სახეების მოცვა, როგორცაა: ფიზიოთერაპია, სტომატოლოგია.

2. რეფორმა ითვალისწინებდა დაფინანსების სისტემის გამარტივებას. სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის დაფინანსება განხორციელდებოდა სამედიცინო სადაზღვევო გადასახადით, ხოლო ნებაყოფლობითი, დამატებითი სამედიცინო დაზღვევა დაფინანსდებოდა ფიქსირებული შენატანების ხარჯზე. ფიქსირებულ შენატანს დაზღვეული გადაიხდის სამედიცინო სადაზღვევო ფონდში. სამედიცინო სადაზღვევო ფონდებს უფლება ეძლევათ თვითონ დაადგინონ ფიქსირებული, მინიმალური შენატანის ოდენობა. სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენცია ფიქსირებული შენატანის დონის მიხედვით ხორციელდება.
3. რეფორმა მიზნად ისახავდა სამედიცინო სადაზღვევო სფეროში მთავრობის მარეგულირებელი როლის შემცირებას და საბაზრო ურთიერთობების განვითარებას. სამედიცინო შენატანების ზომის დადგენაში მთავარი როლი ეძლეოდა სამედიცინო სადაზღვევო ფონდებს. მნიშვნელოვან მომენტს წარმოადგენდა სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებისა (სამედიცინო დაწესებულებები, ზოგადი პრაქტიკის ექიმები) და მყიდველის (სამედიცინო სადაზღვევო ფონდები) ინტერესთა კონფლიქტი. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ წინა პერიოდში სადაზღვევო ფონდებს უფლება არ ჰქონდათ ხელშეკრულება გაფორმებინათ მათთვის სასურველი ლიცენზირებული ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისა და საავადმყოფოებისთვის. ისინი იძულებულნი იყვნენ ყველასთან დაედოთ კონტრაქტი. რეფორმის ერთერთ მთავარ მიზანს წარმოადგენდა სამედიცინო სადაზღვევო ფონდისთვის სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლის ამორჩევის უფლების მიცემა. სამედიცინო დახმარების მოცულობის, ხარისხისა და ფასის განსაზღვრა

განხორციელდებოდა მიმწოდებლებისა და სადაზღვევო ფონდებს შორის ურთიერთშეთანხმების საფუძველზე. ასეთი მიდგომით სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლები იძულებულნი გახდებოდნენ გაეთვალისწინებინათ სადაზღვევო ფონდების მკაცრი მოთხოვნები რესურსების ეფექტურ გამოყენებაზე, სამედიცინო დახმარების ხარისხის ამაღლებაზე, რაც თავისთავად გამოიწვევდა მათ კონკურენციას სადაზღვევო ფონდებთან კონტაქტის დადების თვალსაზრისით.

დეკერის მიერ წარმოდგენილი პროექტის მიხედვით საწოლთა რაოდენობა დაახლოებით 49 000 – ით უნდა შემცირებულიყო, ანუ დაახლოებით 3.2 საწოლით ათას მოსახლეზე.

დეკერის პროექტს დიდი გამოხმაურება მოჰყვა საზოგადოების ფართო ფენებში. მოსახლეობის დიდი ნაწილისთვის ცხადი იყო ჯანდაცვის სისტემის რეფორმების აუცილებლობა. დებატები უმთავრესად ასეთი რადიკალური ცვლილებების უმტკივნეულოდ განხორციელებას ეხებოდა.

1990 წელს ჯანდაცვის სახელმწიფო მდივანმა საიმონმა გამოაქვეყნა თავისი გეგმა, რომელიც გარკვეულწილად ითვალისწინებდა დეკერის მიერ შემუშავებული პროექტის ძირითად დებულებებს. სახელმწიფოს მთავარ მიზანს წარმოადგენდა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემის უპირატესი განვითარება. რეფორმის მიხედვით, სამედიცინო დანახარჯების 95% სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემით უნდა განხორციელებულიყო.

რეფორმის ერთერთ მთავარ მიზანს აგრეთვე წარმოადგენდა სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიების როლის გაზრდა. მთავრობამ გადაწყვიტა სამედიცინო სადაზღვევო კანონში (Health Insurance Act-ZFW) და განსაკუთრებული სამედიცინო დანახარჯების კანონში (AWBZ – Exceptional Medical Expenses Act) გარკვეული ცვლილებების შეტანა, რომლის მიხედვით, სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიებს

უფლება ეძლეოდათ დაეწესებინათ სხვადასხვა ფიქსირებული, ნომინალური შენატანი. მნიშვნელოვანი მომენტი იყო სადაზღვევო კომპანიებისთვის პროსპექტული ბიუჯეტის დადგენა.

მიუხედავად იმისა, რომ რეფორმის მთავარ მიზანს სახელმწიფოს როლის შემცირება შეადგენდა, მთავრობის რეგულირება უნდა გაგრძელებულიყო ისეთ სფეროებში, როგორცაა სამედიცინო დახმარების ხარისხზე ზედამხედველობა, სამედიცინო დაწესებულებების დაგეგმარება და ბაზისური სადაზღვევო პაკეტის მოცულობის დადგენა.

1994 წლის მარტში უილემსის ჯგუფის (Willems Committee) მიერ გამოქვეყნებულ იქნა პროექტი, რომელიც შეიცავდა 1987 წელს დეკრის მიერ წარმოდგენილი კონცეფციის ანალიზს. აღინიშნა, რომ სხვადასხვა დანტერებულ პირებს შორის ჯანდაცვის სისტემის რესტრუქტურისაციაზე კონსენსუსი ვერ იქნა მიღწეული. დეკრის მიერ წარმოდგენილ ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებას ყველაზე მეტ წინააღმდეგობას უწევდნენ კერძო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიები და მსხვილ მეწარმეთა ასოციაციები.

დისკუსიის შემდეგ გამოვლინდა შემდეგი საკითხები:

1. დამქირავებელთა ასოციაციები და მსხვილ გადამხდელთა კავშირი ეწინააღმდეგებოდა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის გაძლიერებას;
2. დაქირავებულთა და მომხმარებელთა ასოციაციების ინტერესს წარმოადგენდა მთელი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის უზრუნველყოფა. მათ ნეგატიური დამოკიდებულება გამოავლინეს მინიმალური სამედიცინო შენატანის (თანაგადახდა) გაზრდაზე. მიუხედავად ზოგიერთის კრიტიკული მოსაზრებისა, ექსპერტები თვლიდნენ, რომ მინიმალური სამედიცინო შენატანი შეამცირებდა სამედიცინო დახმარებაზე მოთხოვნილებას

და გაზრდიდა სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენციას შენატანის ზომის მიხედვით. რაც უფრო ნაკლებ შენატანს დააწესებდა ფონდი, მით უფრო გაიზრდებოდა მასთან დაზღვეულთა რაოდენობა.

3. საავადმყოფოები მხარს უჭერდნენ კონცეფციის მიხედვით ჩამოყალიბებულ ისეთ ასპექტებს, როგორცაა სამედიცინო დახმარების ეფექტურობისა და ხარისხის ამაღლება. რეფორმის მიმართ მათი უარყოფითი დამოკიდებულება ძირითადად გამოიხატებოდა იმაში, რომ სამედიცინო სადაზღვევო ფონდები არ იყვნენ ვალდებული ყველა საავადმყოფოსთან გაეფორმებინათ კონტრაქტი, რაც სერიოზულ საშიშროებას უქმნიდა საავადმყოფოების ფინანსურ შესაძლებლობებს. საავადმყოფოები აგრეთვე ნეგატიურად ეკიდებოდნენ სამედიცინო დაწესებულებების დაგეგმარებაში სახელმწიფოს მარეგულირებელი როლის გაზრდას;
4. ამბულატორიული ტიპის სამედიცინო დაწესებულებები და ექიმთა ასოციაციები გარკვეულწილად მხარ უჭერდნენ რეფორმის ძირითად პრინციპებს, მაგრამ წინააღმდეგნი იყვნენ ზოგადი პრაქტიკის ექიმების გადანაცვლებისა სამედიცინო სადაზღვევო ფონდიდან განსაკუთრებული სამედიცინო დანახარჯების კანონით განსაზღვრულ სისტემაში (AWBZ – Exceptional Medical Expenses Act). ასეთი გადანაცვლება მნიშვნელოვნად ცვლიდა ზოგადი პრაქტიკის ექიმების მოლვაწეობის არსებულ, კარგად ჩამოყალიბებულ სისტემას. უნდა აღინიშნოს, რომ მთავრობამ მხედველობაში მიიღო ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ნეგატიური დამოკიდებულება ასეთ ცვლილებაზე და იგი არ მიიღო;

5. სამედიცინო სადაზღვევო ფონდები მხარს უჭერდნენ სადაზღვევო სქემების ინტეგრაციის პროცესს, მაგრამ გარკვეულ მერყეობას იჩენდნენ მინიმალური ფიქსირებული გადასახადის და თანაგადახდის თაობაზე, რომელიც უმეტესწილად დაზღვეულების უნტერესების დასაცავად იყო გათვლილი (დაზღვეულებს შეეძლოთ ამოერჩიათ ისეთი სადაზღვევო კომპანია, რომელიც დააწესებდა ნაკლებ ფიქსირებულ გადასახადს);
6. კერძო სადაზღვევო ფონდები ნეგატიურად შეხვდნენ სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის გაძლიერების პროცესს. ისინი მხარს უჭერდნენ კონკურენციისა და დაზღვეულთა უფლებების გაზრდას, მაგრამ მხოლოდ არსებული კერძო სამედიცინო სადაზღვევო სისტემის შიგნით. მათ მიზანს წარმოადგენდა სამედიცინო სადაზღვევო ფონდების გადაქცევა კერძო, მომგებიან ფონდებად.

დეკერის მიერ შემოთავაზებული პროექტის მიმართ სრულიად განსხვავებული დამოკიდებულება გამოხატეს სხვადასხვა პარტიებმა. ქრისტიანულ დემოკრატიული პარტია მხარს უჭერდა სამედიცინო დაწესებულებებისა და დამქირავებელთა ასოციაციების პოზიციას. მუშათა პარტია იცავდა მუშათა კავშირების და დაზღვეულთა ინტერესებს. ლიბერალურ კონსერვატიული პარტია მხარს უჭერდა დამქირავებელთა ასოციაციებს და კერძო სადაზღვევო კომპანიებს. ლიბერალ დემოკრატები ძირითადად მთავრობის მხარეზე იდგნენ (James Warner Bjorkman, 1997).

1994 წის მათში ჩატარდა არჩევნები. იმავე წლის სექტემბერში ჩამოყალიბდა ახალი კოალიციური მთავრობა, რომელშიც შევიდნენ მუშათა პარტია, ლიბერალ-დემოკრატები და ლიბერალ-კონსერვატორები.

კოალიციური მთავრობის მიერ წამოყენებული პროგრამის შესაბამისად ჯანდაცვის ცენტრალიზებული სისტემა ისევ რჩებოდა. მნიშვნელოვან მომენტს წარმოადგენდა თანაგადახდის გაზრდა და სავალდებულო თანაგადახდის გაზრდა და სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევით განსაზღვრული სამედიცინო დახმარების მოცულობის ლიმიტირება.

ახალი კოალიციური მთავრობის მიერ გამოცხადებული პროგრამის ძირითად ასპექტებს წარმოადგენდა:

- განსაკუთრებული სამედიცინო დანახარჯების არსებული კანონის, როგორც ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარების დაფინანსების დამოუკიდებელი წყაროს მხარდაჭერა, ვიდრე მისი სამედიცინო დაზღვევის სხვა სისტემაში ინტეგრაცია;
- სპეციალისტების ინტეგრაცია საავადმყოფოს ბიუჯეტთან, რაც გამოიხატება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით (fee for service) არსებული ანაზღაურების მეთოდით;
- სამედიცინო დაწესებულებების ცენტრალიზებული დაგეგმარებისა და მართვის, აგრეთვე ფასის ცენტრალიზებული სისტემის შენარჩუნება;
- სოციალური და კერძო სამედიცინო სადაზღვევო სისტემების ერთმანეთთან დაახლოების და თანაბარი უფლებებით აღჭურვის ხელშემწყობი კანონმდებლობის შექმნა;
- მედიკამენტების ხარჯვაზე კონტროლის გაძლიერება;
- სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პაკეტით განსაზღვრული მოცულობის შემცირება.

როგორც წარმოდგენილი პროგრამა ცხადყოფს გათვალისწინებულ იქნა სხვადასხვა დაინტერესებულ ჯგუფთა პოზიციები. განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიების, კერძო სამედიცინო

სადაზღვევო კომპანიების, ექიმთა, დაქირავებულთა და დამქირავებელთა ასოციაციების ინტერესების დაცვა.

ევროპული ქვეყნების მსგავსად ნიდერლანდების ჯანდაცვის სისტემა ხასიათდება სხვადასხვა ორგანიზაციებს შორის ურთიერთშეთანხმების მოწესრიგებული, ძველისძველი ტრადიციით. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ერთი შეხედვით თითქოს მიღწეულ იქნა კონსენსუსი სხვადასხვა დაჯგუფებებს შორის და ყველა დაეთანხმა რადიკალური რეფორმების განხორციელებას, მაგრამ მეორე მხრივ, დებატები ხშირ შემთხვევაში ჩიხში მოექცა, რადგან სხვადასხვა დაინტერესებულ ჯგუფებს განსხვავებული პოზიცია გააჩნდათ ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირებაზე.

ნიდერლანდების სამედიცინო დაზღვევის სისტემის განვითარებაში შეიძლება რამდენიმე ძირითადი ეტაპი გამოიყოს. თავდაპირველად, მეოცე საუკუნის დასაწყისში სამედიცინო სადაზღვევო სისტემაში მთავარი როლი მომხმარებლებს ეკუთვნოდათ. შემდგომ ეტაპზე მედიცინის მუშაკთა ასოციაციებმა მოიპოვეს მთავარი ფუნქცია. ომის პერიოდში სახელმწიფო არეგულირებდა სამედიცინო დახმარების გაწევასა და დაფინანსებას. ომის შემდგომ სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლები და სადაზღვევო კომპანიები თამაშობდნენ წამყვან როლს. უკანასკნელ პერიოდში ნიდერლანდების მთავრობა ცდილობს კონტროლის გაძლიერებას სამედიცინო დაწესებულებებზე და სადაზღვევო კომპანიებზე.

თავი 4. ჯანდაცვის სისტემა

4.1. ზოგადი ინფორმაცია

ნიდერლანდებში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა შეადგენს 77.5 წელს (კაცი - 74.6 წელი, ქალი - 80.3 წელი), რაც მსოფლიოს სხვა ქვეყნებთან შედარებით ერთერთ მაღალ მაჩვენებელს წარმოადგენს.

1988 წლის მონაცემებით შობადობის მაჩვენებელი შეადგენდა 12.6-ს (აბსოლუტური მაჩვენებელი - 184 513), სიკვდილიანობის მაჩვენებელი - 8.4 - ს (1000 მოსახლეზე გაანგარიშებით). ახალშობილთა სიკვდილიანობა 5.5- ს (1000 ახალდაბადებულზე გაანგარიშებით). სიკვდილიანობის ყველაზე მთავარ მიზეზს წარმოადგენს გულსისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები (58%). 1991 წელს შიდსით დაიღუპა 1912 ავადმყოფი (მილიონ მოსახლეზე 127 შემთხვევა).

4.2. ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაცია

ნიდერლანდებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვაზე პასუხისმგებელია ნიდერლანდების ჯანდაცვის, კეთილდღეობისა და სპორტის სამინისტრო.

სამედიცინო დახმარების ორგანიზაცია 3 საფეხურად ხორციელდება: საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, სამედიცინო დახმარების პირველი დონე და სამედიცინო დახმარების მეორე დონე.

პირველი საფეხური: საზოგადოებრივი ჯანდაცვა გულისხმობს დაავადებათა პრევენციას, იმუნიზაციას, სასკოლო დაწესებულებებში სამედიცინო დახმარებას, სამედიცინო განათლებას. მას ახორციელებს ადგილობრივი მუნიციპალური დაწესებულებები (დაახლოებით 700 მუნიციპალიტეტი). ჯანდაცვის მთლიანი დანახარჯების მხოლოდ 1.4% იხარჯება საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე.

მეორე საფეხური: სამედიცინო დახმარების პირველ დონეს შეადგენს ზოგადი პრაქტიკის ექიმების, მედდების, სტომატოლოგების მიერ გაწეული სამედიცინო დახმარება. აგრეთვე ფარმაცევტული მომსახურეობა.

მესამე საფეხური: სამედიცინო დახმარების მეორე დონეს შეადგენს სპეციალისტების მიერ გაწეული სტაციონალური სამედიცინო დახმარება. ასეთი სახის სამედიცინო დახმარების გაწევაზე პასუხისმგებელია ჯანდაცვის რეგიონალური დაწესებულებები (12 რეგიონი).

სამედიცინო დახმარების მეორე დონე შეიძლება დაიყოს 4 სექტორად:

1. სტაციონარული სამედიცინო დახმარება
2. ფსიქიურად ინვალიდთა მომსახურეობა
3. ფსიქიატრიული სამედიცინო დახმარება
4. მედდების მომსახურეობა

ნიდერლანდების ჯანდაცვის სისტემაში მოღვაწეობს 560 000 ადამიანი, რომელიც შეადგენს ყველა სექტორში დასაქმებულთა 11.2%-ს (Grunwald, 1992). ექიმთა რაოდენობა შეადგენს 22 124-ს, რომელთაგან 14 779 საავადმყოფოში მომუშავე სპეციალისტია და 7345 ზოგადი პრაქტიკის ექიმი (100 000 მოსახლეზე 43 ზოგადი პრაქტიკის ექიმი). ქვეყანაში დაახლოებით 150 000 მედდა ეწევა სამედიცინო საქმიანობას. (Mulder, 2000).

4.3. ჯანდაცვის სამინისტროს როლი

სამინისტროს როლი განისაზღვრება ჯანდაცვის სისტემის ისეთი სახით ორგანიზებაში, რომლითაც შესაძლებელი იქნება მთელი მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების მაღალი სტანდარტებით უზრუნველყოფა. სამინისტროს მიერ შემუშავებულ იქნა სამედიცინო სადაზღვევო კანონი (Health Insurance Act – ZFW) და

განსაკუთრებული სამედიცინო დანახარჯების კანონი (AWBZ – Exceptional Medical Expenses Act). AWBZ ფაქტიურად ითვალისწინებდა ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარების შემთხვევაში პაციენტათათვის ახალი სადაზღვევო სქემის ჩამოყალიბებას

ჯანდაცვის სისტემაზე მთავრობის მარეგულირებელი როლი გაიზარდა იმ პერიოდიდან, როდესაც ეროვნული ბიუჯეტის შემცირების პირობებში მნიშვნელოვნად გაიზარდა ჯანდაცვის დანახარჯები (60-70-იანი წლები). სამედიცინო ბაზრის განვითარება გარკვეულ რეგულირებას მოითხოვდა. ჩამოყალიბდა რეგულირებადი სამედიცინო ბაზრის კონცეფცია. სამედიცინო დახმარებაზე მზარდი დანახარჯების შესაჩერებლად სახელმწიფო იძულებული გახდა შესაბამისი ღონისძიებები ჩაეტარებინა. შემოღებულ იქნა მნიშვნელოვანი საკანონმდებლო აქტები, რომელიც ითვალისწინებდა სამინისტროს მარეგულირებელი ფუნქციის გაძლიერებას. სამედიცინო ტარიფების კანონი (1982 წ.) და საავადმყოფოებისათვის პროსპექტული ბიუჯეტური დაფინანსების დაწესება (1983 წ.) სახელმწიფოს საშუალებას აძლევდა ფასებზე და ხარჯებზე განეხორციელებინა კონტროლი.

მთავრობის მარეგულირებელი როლი გაიზარდა სამედიცინო დახმარების მიწოდების პროცესზეც. იგი გამოიწვია 60-70-იან წლებში საავადმყოფოების ქსელის დაუგეგმავმა და ექსტენსიურმა ზრდამ, რის გამოც ზოგ რაიონებში მათი ჭარბი რაოდენობა შეინიშნებოდა.

სახელმწიფო უმნიშვნელოვანეს როლს ასრულებს სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებების (საავადმყოფოები, მედლის სახლები, ფსიქიატრიული საავადმყოფოები, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირთა დაწესებულებები, ბავშვთა სახლები) დაგეგმარების პროცესში. იგი ხორციელდება 1979 წელს მიღებული სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებების კანონის (Hospital Facilities Act – WZV) საფუძველზე.

ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის სისტემის მართვის ცენტრალიზებული სქემა, რომელიც მნიშვნელოვნად ამცირებდა სამხარეო ადმინისტრაციების როლს რეგიონალური გეგმის შემუშავების პროცესში. საავადმყოფოების განვითარების გეგმას განიხილავს სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებების საბჭო (Council of Hospital Facilities), რომელიც წარმოადგენს სამინისტროს მრჩეველს. რეგიონის მიერ წარმოდგენილ გეგმაზე კაპიტალის დაბანდება შესაძლებელია მხოლოდ სამინისტროს თანხმობის შემდგომ, რომელსაც რეკომენდაციას აძლევს სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებების საბჭო. სამინისტროს უფლება აქვს სიჭარბის შემთხვევაში დახუროს საავადმყოფოები, ან მისი განყოფილებები, შეამციროს საწოლთა რიცხვი. კანონის მესამე მუხლის შესაბამისად სამინისტროს უფლება ეძლევა კონტროლზე აიყვანოს სამედიცინო სპეციალისტთა განაწილება საავადმყოფოში, საჭიროების შემთხვევაში შეამციროს მათი რაოდენობა. (Bjorkman, 1997).

კანონის მეთვრამეტე მუხლით სამინისტროს შეუძლია წინააღმდეგობა გაუწიოს სამედიცინო დახმარების ისეთი სახეების გაწევას, რომლებიც მაღალ ტექნოლოგიურ მოწყობილობებს მოითხოვენ და რეგიონალური დონისათვის არ არიან განსაზღვრული (კანონი მიღებულ იქნა 1974 წელს). კონტროლი დაწესებულია შემდეგ 10 ტექნოლოგიაზე: ჰემოდიალიზი, თირკმლის ტრანსპლანტაცია, რადიოთერაპია, ნეიროქირურგია, კარდიოქირურგია, გულის კათეტერიზაცია, ინვიტრო განაყოფიერება, პრენატალური ქრომოსომული გამოკვლევა და ნეონატალური ინტენსიური მკურნალობა. კანონმდებლობის მიხედვით, სამედიცინო დახმარების გარკვეული სახეების ჩასატარებლად საავადმყოფოებს სახელმწიფოს ნებართვა ესაჭიროებათ.

დაგეგმარების სისტემა დეცენტრალიზებულია მხარეების მიხედვით (ნიდერლანდები დაყოფილია 12 პროვინციად და 27

რეგიონად). ჯანდაცვის სამხარეო ადმინისტრაცია შეიმუშავებს რეგიონში შემავალი რაიონების განვითარების გეგმას, რომელიც ძირითადად შეეხება საავადმყოფოების მოცულობას (მისი დანიშნულება, ფუნქციები, საწოლთა და სპეციალისტთა რაოდენობა). მისი მოღვაწეობა შესაბამისობაშია სამინისტროს მიერ დადგენილ ნორმებთან და დირექტივებთან. სამინისტროს მიერ შემუშავებული რეკომენდაციები და წესები საკმაოდ დეტალიზებულია.

ჯანდაცვის სამხარეო ადმინისტრაციის მიერ შემუშავებულ საავადმყოფოების განვითარების გეგმას განიხილავს სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებების საბჭო (Council of Hospital Facilities), რომელიც მიღებულ დასკვნას რეკომენდაციის სახით წარუდგენს სამინისტროს.

ჯანდაცვის ბიუჯეტს ძირითადად სამინისტრო განსაზღვრავს. იგი ყოველ წელს აქვეყნებს საფინანსო ანგარიშს, სადაც განხილულია ჯანდაცვის ხარჯები მიმდინარე წლის განმავლობაში.

სამინისტროს დაწესებული აქვს კონტროლი სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა სახეების ღირებულებაზე. ფასები წარმოდგენილია სპეციალურ საფინანსო ცნობარებში, რომელსაც შეიმუშავებს სამედიცინო დახმარებაზე დანახარჯების ცენტრალური საბჭო (Central Council for Health Care Charges-COTG). საბჭოს მიერ დადგენილ ტარიფებს განიხილავს და ამტკიცებს ჯანდაცვის სამინისტრო.

მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლები კერძო დაწესებულებებია. სახელმწიფო უმნიშვნელოვანეს როლს თამაშობს მათ მიერ გასაწევი სამედიცინო დახმარების რეგულირებაში. არსებობს სპეციალისტთა მოსაზრება, რომელთა თვალსაზრისით დაგეგმარების ასეთი ცენტრალიზებული სისტემა გარკვეული არაეფექტურობით ხასიათდება. არაეფექტურობის უმთავრეს მიზეზად ისინი მიიჩნევენ ნიდერლანდების ჯანდაცვის სისტემაში კერძო და საზოგადოებრივი

ინსტიტუტების საკმაოდ შერეულ და რთულ ხასიათს. ნიდერლანდების ჯანდაცვის სისტემისათვის დამახასიათებელია შემდეგი გარემოება : ერთის მხრივ, სახელმწიფოს უმთავრესი როლი უჭირავს სამედიცინო დახმარების სისტემის დაგეგმარებაში, მეორეს მხრივ, იგი კერძო და დამოუკიდებელი ინსტიტუტების ხელშია. ნიდერლანდების ჯანდაცვის სისტემის ასეთი მრავალფეროვანი ხასიათის გამო (საზოგადოებრივი და კერძო ინსტიტუტების თითქმის თანაბარი განაწილება, დამოუკიდებელი და კვაზისახელმწიფო დაწესებულებების სიმრავლე), მთავრობის მცდელობა ჯანდაცვის სისტემაში მისი მარეგულირებელი როლის გაზრდისა გარკვეულ სირთულეებსა და წინააღმდეგობებს აწყდება. აღსანიშნავია, რომ ყოველ ორგანიზაციას განსხვავებული კომპეტენცია და თავისი ინტერესები გააჩნია. ამითაა გამოწვეული ნიდერლანდების მთავრობის მიერ დანახარჯების შემცირების მიზნით ჯანდაცვის ცენტრალიზებული დაგეგმარების მოდელის შემოღების წარუმატებლობა (Altenstetter and Bjorkman, 1981).

უკანასკნელ წლებში მიმდინარე რეფორმების მიზანია არსებული სისტემის დეცენტრალიზაცია. ქვეყანაში ფაქტიურად დაიწყო დეცენტრალიზაციის პროცესი, რომელიც ითვალისწინებს მზღვეველების, სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებისა და დაზღვეულების თვითრეგულაციის გაზრდას. სახელმწიფოს როლი ძირითადად განისაზღვრება ჯანდაცვაზე გასაწევი ხარჯების დონის დადგენაში. რეფორმების შედეგად უნდა შეიცვალოს სამედიცინო დახმარების ფასების უნიფორმული სისტემა. ტარიფები უნდა დადგინდეს სადაზღვევო ფონდებსა და სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებს შორის ურთიერთშეთანხმების საფუძველზე. გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება სამხარეო სტრუქტურების როლის გაზრდას, რომლებმაც უნდა განახორციელონ სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლი.

4.4. სხვადასხვა ორგანიზაციების როლი

ჯანდაცვის სისტემის დაგეგმარებისა და დაფინანსების პროცესში გარკვეულ მონაწილეობას ღებულობენ სხვადასხვა უწყებები და ორგანიზაციები. მათ შორის წამყვანი ადგილი უკავია 5 ორგანიზაციას.

- ჯანდაცვის საბჭო (Health Council) მონაწილეობს სამედიცინო დახმარების სამეცნიერო საკითხების განხილვაში.
- ჯანდაცვის საკონსულტაციო ეროვნული საბჭო (The National Advisory Council of Public Health) აწარმოებს ჯანდაცვასთან დაკავშირებული მრავალი საკითხების ირგვლივ კონსულტაციებს (მაგ. ფსიქიატრიული სამედიცინო დახმარების და კერძო კლინიკების ორგანიზაცია).
- საავადმყოფოების საბჭო (The Hospital Council) მონაწილეობს სტაციონარების მოცულობის, მათი ეფექტური მართვისა და ფუნქციების შესწავლის, ინფრასტრუქტურის დაგეგმარების, ფინანსური მაჩვენებლების სამედიცინო-ეკონომიკური ანალიზის, პერსონალის ეფექტური განაწილების, უკვე არსებული სამედიცინო დაწესებულების განახლებასთან დაკავშირებული საკითხების კვლევის პროცესში. იგი დაარსდა 1972 წელს, მდებარეობს უტრეხტში. ორგანიზაციაში მუშაობს დაახლოებით 75 პერსონალი (ექიმები, ჯანდაცვის სპეციალისტები, ეკონომისტები, სოციოლოგები, დემოგრაფები, საკანონმდებლო ექსპერტები, მშენებელი ინჟინრები). ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული რეკომენდაციები მიეწოდება ჯანდაცვის სამინისტროს.
- სამედიცინო დახმარების ტარიფების ცენტრალური საბჭო (The Central Council of Health Tariffs) პასუხისმგებელია სამედიცინო დახმარებაზე გასაწევი დანახარჯების სტრუქტურისა და კალკულაციის შედგენაზე. მას

უმნიშვნელოვანესი როლი უკავია სამედიცინო დახმარების ღირებულების რეგულირების პროცესში. სამედიცინო დახმარების ყველა სახეზე ტარიფისა და ფასის დასადგენად აუცილებელია სამედიცინო ტარიფების ცენტრალური ორგანიზაციის თანხმობა. სამედიცინო დახმარების ტარიფების დასადგენად საბჭო ახორციელებს შეთანხმებას საავადმყოფოების, ექიმების, სადაზღვევო ფონდების წარმომადგენლებთან. ორგანიზაციის 18 წევრი მთავრობის მიერ ინიშნება.

- სამედიცინო დაზღვევის ფონდების საბჭო (The Health Insurance Funds Council) მონაწილეობს სამინისტროსათვის რეკომენდაციების შემუშავებაში, რომლებიც შესაბამისობაშია სამედიცინო სადაზღვევო კანონთან (Health Insurance Act – ZFW) და განსაკუთრებული სამედიცინო დანახარჯების კანონთან (AWBZ – Exceptional Medical Expenses Act). საბჭოს გარკვეული უფლებები აქვს მინიჭებული ცენტრალური ფონდისა (სადაც ხორციელდება სამედიცინო შენატანების მოკრება და მათი გადანაწილება სადაზღვევო კომპანიებში) და სადაზღვევო ფონდების ზედამხედველობაში. იგი აგრეთვე პასუხისმგებელია სადაზღვევო კომპანიებსა, საავადმყოფოებსა და დაზღვეულებს შორის შეთანხმების მიღწევაში. მისი მთავარი ამოცანაა სადაზღვევო ფონდების ინტერესების დაცვა და მხარდაჭერა. საბჭოს უმაღლესი ორგანოა ყველა სამედიცინო დამზღვევთა გენერალური ასაბლეს, რომელშიც არის 9 წარმომადგენელი: 4 სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო ფონდიდან, 4 კერძო სამედიცინო სადაზღვევო ფონდიდან, 1 დამოუკიდებელი პირია. ორგანიზაცია აერთიანებს 70 წევრ ორგანიზაციას, რომელთაგან 29 სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო ფონდიდანაა, 46 კერძო სამედიცინო სადაზღვევო ფონდიდან.

საბჭოს ზედამხედველობს ჯანდაცვის, კეთილდღეობისა და სპორტის სამინისტრო.

ზემოთ ჩამოთვლილი ორგანიზაციებიდან სადაზღვევო ფონდების საბჭო და სამედიცინო დახმარების ტარიფების ცენტრალური საბჭო მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ ჯანდაცვის სისტემის რეგულირების პროცესში.

ნიდერლანდების ჯანდაცვის სისტემა ხასიათდება მედიცინის მუშაკთა ფართო ავტონომიისა და „თვითრეგულაციის“, თვითმართველობის საკმაოდ ხანგრძლივი ტრადიციით.

ნიდერლანდებში ზოგადი პრაქტიკის ექიმები გაერთიანებულია ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ეროვნულ ასოციაციაში (LHV), რომელიც წარმოადგენს მათი ინტერესების დამცველ ორგანიზაციას. ასოციაციას მჭიდრო თანამშრომლობა აქვს ზოგადი პრაქტიკის ექიმების კოლეგიასთან (NHG). კოლეგია 1958 წელს დაარსდა და ძირითადად სამეცნიერო მოღვაწეობას ეწევა. კოლეგიის მიზნები და ამოცანებია:

- პრაქტიკული საექიმო საცნობაროების და დირექტივების შემუშავება და მათი განვითარება;
- უწყვეტი სამედიცინო განათლება;
- პრაქტიკული საექიმო მოღვაწეობის მართვა;
- პაციენტთა განათლება და პრევენცია;
- „ნიდერლანდების ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ჟურნალის“ გამოცემა.

საექიმო საცნობაროები ფართოდაა გავრცელებული ნიდერლანდებში. იგი ძალიან პოპულარულია საექიმო საზოგადოებაში. 1987 წელს ზოგადი პრაქტიკის ექიმების კოლეგიამ მიიღო გადაწყვეტილება შეემუშავებინა საექიმო საცნობაროების განვითარების საკუთარი პროგრამა, რომლის ძირითად ამოცანებს შეადგენდა:

- ზოგადი პრაქტიკის ექიმების მიერ საექიმო საცნობაროების საფუძვლიანი განვითარება.
- საექიმო საცნობაროების განვითარების პროგრამის ჩართვა უწყვეტი სამედიცინო განათლების და სამედიცინო დახმარების ხარისხზე კონტროლის უკვე არსებულ სისტემაში.

ზოგადი პრაქტიკის ექიმების კოლეგიამ უკვე შეიმუშავა 70 საექიმო საცნობარო, რომლებიც გამოქვეყნებულია „ნიდერლანდების ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ჟურნალში“. საექიმო საცნობაროების შედგენის დაფინანსებაში მონაწილეობას ღებულობს ჯანდაცვის სამინისტრო.

სპეციალისტების რეგისტრაციასა და დიპლომისშემდგომ სასწავლო პროგრამების განხორციელებაში აქტიურ მონაწილეობას ღებულობს ექიმთა ასოციაცია. სასწავლო სტანდარტებს განსაზღვრავს სპეციალისტთა სწავლების ცენტრალური კოლეგია, ხოლო სასწავლო პროგრამების ხარისხს და სპეციალისტთა რეგისტრაციას აწარმოებს სამედიცინო სპეციალისტების რეგისტრაციისა და ლიცენზირების კოლეგია.

4.5. საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემა

საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე ზედამხედველობა გულისხმობს მთელი მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის შეგროვებას. განსაკუთრებით უნდა აღინიშნოს უმწეო კატეგორიის ადამიანების ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის მოპოვება. მნიშვნელობა ენიჭება სოციალურად საშიში დაავადებების რეგისტრაციას (მაგ. ინფექციური დაავადებები), ვაქცინაციის პროგრამის მიმდინარეობას, მედიკამენტების გვერდით ეფექტების შესწავლას. მისი მოღვაწეობის სფერო აგრეთვე მოიცავს დაავადებათა პროფილაქტიკას (ვაქცინაცია), საკვების ინსპექციას,

გარემოს დაცვას, ეპიდემიოლოგიურ შემოწმებას, სკოლებში სტომატოლოგიური დახმარების პროგრამის განხორციელებას. აგრეთვე სკოლებში და სამუშაო ადგილებში სამედიცინო განათლების (შიდსი, სექსუალურად გადამდები დაავადებები, ალკოჰოლი, ზოგადი ჰიგიენა) ამაღლებას და ინფორმაციის გავრცელებას.

საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე ზედამხედველობა ხორციელდება 63 სამხარეო და რაიონული ორგანიზაციების მიერ.

4.6. ჯანდაცვის სახელმწიფო ინსპექცია

ჯანდაცვის სახელმწიფო ინსპექცია (State Inspectorate of Health) წარმოადგენს ჯანდაცვის, კეთილდღეობისა და სპორტის სამინისტროს ავტონომიურ ნაწილს. ჯანდაცვის სახელმწიფო ინსპექცია შედგება 4 განყოფილებისაგან: სამედიცინო დახმარების, ჯანმრთელობის დაცვის, ვეტერინარული და გარემოს დაცვის ინსპექციებისაგან. გარემოს დაცვის ინსპექცია წარმოადგენს გარემოს დაცვის სამინისტროს (Ministry of Housing, Spetial Planning and Environment) ნაწილს.

ჯანდაცვის სახელმწიფო ინსპექცია ახორციელებს ჯანდაცვასთან დაკავშირებული საკითხების კანონმდებლობასთან შესაბამისობის მონიტორინგს (გარემოს დაცვა, საკვები პროდუქტები, მოხმარების საშუალებები და ვეტერინარული საკითხები). მისი მიზანია თითოეული დაავადების შემთხვევაში გაწეული სამედიცინო დახმარების შესწავლა და ამ დაავადებათა თავიდან აცილების ღონისძიებების შემუშავება.

1956 წელს მიღებულ ჯანდაცვის კანონის 36-ე პუნქტში ჩამოყალიბებულია ჯანდაცვის სახელმწიფო ინსპექციის ძირითადი ამოცანები:

ა) ჯანდაცვის კანონით დადგენილი პირობების შესრულებაზე ზედამხედველობის განხორციელება. იგი გულისხმობს არამარტო

მონიტორინგს, არამედ გარკვეული სანქციების გატარებას კანონის დამრღვევთა წინააღმდეგ. ერთერთ მთავარ ამოცანას წარმოადგენს აგრეთვე სამედიცინო მოწყობილობების შემოწმება. აღსანიშნავია, რომ მედიკამენტების რეგისტრაცია, წარმოება და განაწილება სპეციალური კანონმდებლობით ხორციელდება. ამ კანონის დაცვაზე ზედამხედველობს ჯანდაცვის სახელმწიფო ინსპექცია.

ბ) ჯანდაცვის, კეთილდღეობისა და სპორტის სამინისტროსათვის რეკომენდაციებისა და ინფორმაციის მიწოდება.

ჯანდაცვის სახელმწიფო ინსპექციაში მუშაობს დაახლოებით 300 ადამიანი, რომელთაგან ნახევარი ინსპექტორია. ჯანდაცვის სახელმწიფო ინსპექციას აქვს ცენტრალური ოფისი და შვიდი რეგიონალური სამსახური. ჯანდაცვის სახელმწიფო ინსპექციას ხელმძღვანელობს ჯანდაცვის სახელმწიფო ინსპექციის მთავარი ინსპექტორი. რეგიონალურ ინსპექციას ხელმძღვანელობს რეგიონის მთავარი ინსპექტორი.

ფორმალურად ჯანდაცვის, კეთილდღეობისა და სპორტის სამინისტრო პასუხისმგებელია ჯანდაცვის სახელმწიფო ინსპექციის მუშაობაზე. მინისტრი ჯანდაცვის სახელმწიფო ინსპექციის მუშაობის ანგარიშს აბარებს პარლამენტს. ჯანდაცვის კანონში დეტალურად არ არის წარმოდგენილი ჯანდაცვის სახელმწიფო ინსპექციისა და მინისტრის ურთიერთობის საკითხები. რეალურად ჯანდაცვის სახელმწიფო ინსპექციას შეუძლია დამოუკიდებლად განსაზღვროს ჩასატარებელი ღონისძიებები. მიუხედავად ამისა, ჯანდაცვის სახელმწიფო ინსპექცია ვალდებულია გაითვალისწინოს სამინისტროს მიერ შემუშავებული ინსტრუქციები.

შემუშავებული კანონის მიხედვით ინსპექტორებს უფლება აქვთ შეამოწმონ დაწესებულება, განახორციელონ მის მიერ გაწეული მუშაობის კანონთან შესაბამისობის მონიტორინგი, შეისწავლონ გაწეული სამედიცინო დახმარების ხარისხი. პაციენტთა საჩივრების

და არსებული კანონის დარღვევების შემთხვევაში გამოიკვლიონ არსებული მდგომარეობა.

მონიტორინგის სამი ფორმა არსებობს: ზოგადი, ინტერვენციული და თემატური.

ზოგადი მონიტორინგი გულისხმობს სამედიცინო დახმარების მაღალი სტანდარტით უზრუნველყოფის გარანტიას.

ინტერვენციული ზედამხედველობა გულისხმობს ჯანდაცვის სფეროში უეცრად წამოჭრილი სერიოზული პრობლემების გამოკვლევას. ასეთ შემთხვევებში საჭიროა არამართო პრობლემების მიზეზების და მათი თავიდან აცილების, არამედ მათი სამედიცინო დახმარების ხარისხზე ზემოქმედების ექსტენსიური კვლევა.

თემატური მონიტორინგის მიზანია სახელმწიფოს მიერ განხორციელებული ჯანდაცვის პოლიტიკის შედეგების შესწავლა და სფეროში არსებული სუსტი ადგილების აღმოჩენა.

ჯანდაცვის სახელმწიფო ინსპექცია ჯანდაცვის სამინისტროს, სამხარეო და მუნიციპალურ ხელმძღვანელობისათვის ყოველ წელს აქვეყნებს ანგარიშს გაწეული სამუშაოს შესახებ. თემატური ზედამხედველობის შედეგებზე ყოველ წელს მზადდება ოცი-ოცდაათი მოხსენება. ინტერვენციული ზედამხედველობის შედეგად მიღებული კვლევის საფუძველზე კეთდება ცალკეული მოხსენებები.

4.7. სამედიცინო განათლება

სამედიცინო განათლების მიღება ხორციელდება ცხრა სამედიცინო დაწესებულებაში. კლინიკური სპეციალისტები განათლებას ლებულობენ საუნივერსიტეტო საავადმყოფოებში, რომლებშიც აგრეთვე ტარდება დიპლომისშემდგომი სწავლება. სამედიცინო ფაკულტეტზე სტუდენტთა მიღება განსაზღვრულია კვოტირებული სისტემის საშუალებით, რომელიც დაფუძნებულია სწავლების მოცულობაზე. განსაკუთრებით შეინიშნება

ორთოპედისტების, ოფთალმოლოგების, რევმატოლოგების და ფსიქიატრების უკმარისობა.

ჯანდაცვის მართვის სწავლება მიმდინარეობს უნივერსიტეტებში, საავადმყოფოების ეროვნულ ინსტიტუტებში (National Hospital Institute). ჯანდაცვის მენეჯერებისათვის ტარდება დიპლომისშემდგომი კურსები. სახელმწიფო არ ღებულობს მნიშვნელოვან მონაწილეობას ჯანდაცვის მართვისათვის განკუთვნილი სასწავლო პროცესების დაფინანსებაში. გამონაკლისს წარმოადგენს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლები. აღსანიშნავია, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დიპლომისშემდგომ სკოლებში ტარდება სასწავლო კურსები, რომლებიც გამიზნულია ეპიდემიოლოგიური კვლევისა და დაავადებათა პრევენციისათვის.

მედდებისათვის განკუთვნილი კურსები მიმდინარეობს მედდების პროფესიულ სკოლებში და საავადმყოფოს ეროვნულ ინსტიტუტში.

4.8. აკრედიტაცია

საავადმყოფოების აკრედიტაციის ნიდერლანდების ინსტიტუტი (Netherlands Institute for Accreditation of hospitals – NIAZ) დაარსებულ იქნა 1999 წლის 12 იანვარს ნიდერლანდების საავადმყოფოთა ასოციაციის (Netherlands Hospital Assotiation), ნიდერლანდების საუნივერსიტეტო საავადმყოფოების (Netherlands Assotiation of University Hospitals), ნიდერლანდების სამედიცინო სპეციალისტების ორგანიზაციის (Netherlands Organization of Medical Specialists) მიერ. საავადმყოფოების აკრედიტაციის ნიდერლანდების ინსტიტუტის მიზანია ხელი შეუწყონ სამედიცინო დაწესებულებებს ნებაყოფლობითი აკრედიტაციის პროცესში.

1996 წლამდე სამედიცინო დახმარების ხარისხი რეგულირდებოდა სამედიცინო სადაზღვევო ფონდის აქტის (Health Insurance Fund Act) და განსაკუთრებული სამედიცინო დანახარჯების აქტის (Exceptional Medical Expenses Act) მიხედვით, რომელიც საკმაოდ დეტალიზებულ და დამაზღვეველ სისტემას წარმოადგენდა. სამედიცინო დახმარების ხარისხთან დაკავშირებით მიღებულ იქნა ორი კანონი: პროფესიული საქმიანობის კანონი (Law on Professional Practice – BIG) და სამედიცინო დაწესებულებათა ხარისხის კანონი (The Care Institutions Quality Act).

პროფესიული საქმიანობის კანონის (1994 წ) მიზანია სამედიცინო პერსონალის მიერ ჩატარებული სამედიცინო დახმარების ხარისხზე კონტროლი. განსაზღვრულია იმ ექიმთა სია, რომლებსაც შეუძლიათ საექიმო მოღვაწეობა კანონის შესაბამისად. კანონით განსაზღვრულია პერსონალის ხელახალი რეგისტრაციის მექანიზმი და საექიმო დისციპლინის პირობები.

დეტალიზებული სტანდარტების დიდი რაოდენობისაგან განსხვავებით სამედიცინო დაწესებულებათა ხარისხის კანონით (მიღებულ იქნა 1996 წ.) განისაზღვრა ზოგადი მოთხოვნები, რომელიც ძირითადად ითვალისწინებდა სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელთა პასუხისმგებლობას მაღალი ხარისხის სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფაზე.

1996 წლის 1 აპრილიდან სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებს განესაზღვრათ ხარისხის 4 კრიტერიუმი:

- **სამედიცინო დახმარების გაწევის პასუხისმგებლობა.** სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლები პასუხისმგებლები არიან პაციენტებზე სამედიცინო დახმარების გაწევაზე. სამედიცინო დახმარების გაწევის პასუხისმგებლობა ნიშნავს პაციენტზე ორიენტირებულ და ეფექტურ სამედიცინო დახმარებას, სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებს შორის კოორდინაციას. უნდა აღინიშნოს, რომ დეტალიზირებული წესების დიდი რაოდენობა არ წარმოადგენს

ხარისხის გარანტიას. სამედიცინო დახმარების ყველა მიმწოდებელს სამედიცინო დახმარების გაწევის ხარისხის სხვადასხვა მოთხოვნები უნდა განესაზღვროს. ისინი სამედიცინო დახმარების გაწევისას პაციენტზე უნდა იყვნენ ორიენტირებული და თვითონ უნდა განსაზღვრონ თითოეულ შემთხვევაში სამედიცინო დახმარების გაწევის პასუხისმგებლობა. არსებული სამედიცინო სტანდარტები და საცნობაროები შეიძლება გამოყენებულ იქნას როგორც რეკომენდაცია.

- სამედიცინო დაწესებულებებში უნდა იყოს საქმის ისეთი ორგანიზაცია, რომლითაც შესაძლებელი იქნება სამედიცინო დახმარების სათანადო პასუხისმგებლობით განხორციელება. კარგად **მოწესრიგებული ორგანიზაცია** გულისხმობს სამედიცინო დაწესებულების სხვადასხვა განყოფილებების მართვასა და სამედიცინო დახმარების გაწევას შორის ეფექტურ კავშირს. სამედიცინო დაწესებულებებისათვის არანაკლებ მნიშვნელოვანია კომპეტენტური თანამშრომლების საკმარისი რაოდენობა, მათ მიმართ წაყენებული მოთხოვნებისა და პასუხისმგებლობის ნათლად განაწილება, ძვირადღირებული მოწყობილობა-დანადგარების ეფექტურად გამოყენების შეფასება. სამედიცინო აპარატურის მცირე დატვირთვის შემთხვევაში უფრო მიზანშეწონილი იქნება მისი რომელიმე სხვა საავადმყოფოსთან ერთად გამოყენება.

3. სამედიცინო დაწესებულებებმა სისტემატურად უნდა განახორციელონ სამედიცინო დახმარების **ხარისხზე კონტროლი** და მისი შემდგომი ამაღლება.

4. სამედიცინო დაწესებულებები ვალდებული არიან წარმოადგინონ მათ მიერ გაწეული სამედიცინო დახმარების **ხარისხის ყოველწლიური ანგარიში**.

კანონი ნათლად განსაზღვრავს როგორც სამედიცინო დაწესებულებების ასევე პერსონალის მიერ გაწეული სამედიცინო დახმარების ხარისხზე პასუხისმგებლობას. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ არ არსებობს ხარისხის განმსაზღვრელი სპეციალური სტანდარტი. იგი

დაფუძნებულია თვითრეგულაციის, თვითკონტროლის პრინციპზე. დაწესებულებამ თვითონ უნდა განავითაროს სამედიცინო დახმარების ხარისხთან დაკავშირებული სტანდარტი და კონტროლის მექანიზმი.

ნიდერლანდებში საავადმყოფოების აკრედიტაციის სისტემის განვითარება დაიწყო 1989 წელს. ამ პერიოდში შემუშავებულ იქნა 35 სტანდარტი და სააკრედიტაციო ცნობარი. სტანდარტებით მოცული იყო საავადმყოფოს თითქმის ყველა ორგანიზაციული ერთეულები: რადიოლოგიური განყოფილება, საოპერაციო ბლოკი, დღის სტაციონარი და სხვა. სტანდარტები დაფუძნებული იყო „სამედიცინო დაწესებულებათა აკრედიტაციის კანადის საბჭოს“ მიერ განსაზღვრულ დებულებაზე. უნდა აღინიშნოს, რომ იგი არ წარმოადგენდა კანადის საბჭოს მიერ მიღებული სტანდარტების მხოლოდ ასლს, მისი შედგენისას გათვალისწინებული იყო ნიდერლანდების ჯანდაცვის სისტემის სპეციფიური თავისებურებანი.

1998 წელს საავადმყოფოების აკრედიტაციის ნიდერლანდების ინსტიტუტის მიერ შემუშავებულ იქნა „ხარისხის სისტემის“ სტანდარტი, რომელიც განიხილავდა აკრედიტაციისათვის საჭირო მინიმალურ მოთხოვნებს.

„ხარისხის სისტემის“ სტანდარტის ზოგადი საკითხებია:

- საავადმყოფოების მართვა და ორგანიზაცია (დანიშნულება, სტანდარტები, ხარისხის მართვა);
- პერსონალის მართვა, პერსონალის განათლების ხარისხი;
- ხარისხის შეფასება, მისი ამაღლება და გარანტია;
- საავადმყოფოს პარტნიორობა პერსონალთან და პაციენტებთან, მათი საჩივრების განხილვა;
- 4 წელიწადში ერთხელ აუდიტში მონაწილეობის აუცილებლობა;
- დოკუმენტაციის, ინსტრუქციების და დირექტივების მართვის ხარისხი.

საავადმყოფოების აკრედიტაციის ნიდერლანდების ინსტიტუტს შემუშავებული აქვს 36 სტანდარტი, რომელთაგან 1 წარმოადგენს მთელი საავადმყოფოს ხარისხის სისტემის სტანდარტს (განიხილავს მინიმალურ მოთხოვნებს), 35 წარმოადგენს საავადმყოფოს ორგანიზაციული ერთეულების სტანდარტს (გამოიყენება როგორც სარეკომენდაციო).

საავადმყოფოს ორგანიზაციული ერთეულების სტანდარტები:

1. სამუშაო ძალა და გარემო
2. მიმღები განყოფილება
3. ცენტრალური სამედიცინო არქივი
4. ცენტრალური სტერილიზაცია
5. სახელმწიფო სამსახური
6. დღის სტაციონარი
7. დიეტის განყოფილება
8. ეკონომიკური მმართველობის განყოფილება
9. ერგოთერაპია
10. ფიზიოთერაპია
11. ფსიქიატრიული სამედიცინო დახმარება
12. ჰიგიენა და ინფექციათა პროფილაქტიკა
13. კომპიუტერული მომსახურება
14. ინსტრუმენტული მომსახურება
15. ინტენსიური სამედიცინო დახმარება
16. ლაბორატორია
17. სამედიცინო პერსონალი
18. ნეონატალური სამედიცინო დახმარება
19. კვლევითი განყოფილება
20. საოპერაციო ოთახი
21. პაციენტთა საინფორმაციო სამსახური
22. პერსონალი და ორგანიზაცია

23. პოლიკლინიკური განყოფილება
24. დირექტორთა საბჭო/მენეჯმენტი
25. რადიოლოგია
26. სასწრაფო სამედიცინო დახმარება
27. ტექნიკური საქმეები
28. მედლების მომსახურეობა
29. საავადმყოფოს აფთიაქი
30. კლინიკური განყოფილება

საავადმყოფოების აკრედიტაცია ნებაყოფლობით პროცესს წარმოადგენს. საავადმყოფოების აკრედიტაციის ნიდერლანდების ინსტიტუტის მიერ შემუშავებული სტანდარტები ყველასთვის ერთნაირია. ისინი განიხილავენ შემდეგ კრიტერიუმებს: მართვა და ორგანიზაცია, პროცესის კონტროლი, მოწყობილობები, განათლება და ჩვევები, ხარისხის გარანტია.

აკრედიტაციისათვის საჭიროა შემდეგი საფეხურების გავლა:

1. აკრედიტაციის მისაღებად საავადმყოფო ნებაყოფლობით რეგისტრირდება საავადმყოფოების აკრედიტაციის ნიდერლანდების ინსტიტუტში. აკრედიტაციის ინსტიტუტსა და საავადმყოფოს შორის ურთიერთობები განისაზღვრება სააკრედიტაციო ხელშეკრულებაში.
2. საავადმყოფო აკეთებს თავისი საქმიანობის ანგარიშს, რომელიც დაფუძნებულია ხარისხის სისტემის სტანდარტზე და ანკეტურ გამოკითხვაზე.
3. ინსპექტორები საავადმყოფოს საქმიანობას განიხილავენ მათ მიერ წარმოდგენილი ანგარიშის საფუძველზე (1 ფაზა). ინსპექტორებს შეუძლიათ უფრო ღრმად შეისწავლონ საავადმყოფოს ორგანიზაციული ერთეულები

(განყოფილება), რისთვისაც ხდება მათთვის საინტერესო განყოფილებების ამორჩევა.

4. ინსპექტორების მიერ ამორჩეული ორგანიზაციული ერთეულები (განყოფილებები) ჩაიწერებიან ელექტრონულ სააკრედიტაციო ცნობარში.
5. ინსპექტორები გამოიკვლევენ საავადმყოფოს ხარისხის სისტემას ელექტრონული სააკრედიტაციო ცნობარის ანალიზის და ამორჩეული ორგანიზაციული ერთეულების ადგილზე შემოწმების საშუალებით. საავადმყოფოში ვიზიტისას ინსპექტორები ესაუბრებიან განყოფილების თანამშრომლებს და ეცნობიან დოკუმენტაციას (II-ფაზა)
6. ინსპექტორები აკეთებენ ანგარიშს.
7. საავადმყოფოების აკრედიტაციის ნიდერლანდების ინსტიტუტის ხარისხის დეკლარაციის კომიტეტი გაეცნობა წარმოდგენილ ანგარიშს, რომლის შემდეგ გადაწყდება სააკრედიტაციო სერთიფიკატის გადაცემა. განისაზღვრება სააკრედიტაციო სერთიფიკატის მოქმედების ვადა (უმთავრესად სამი წელი)

აკრედიტაციის პროცესში ყველაზე აქტიურად მონაწილეობენ ინსპექტორები და საავადმყოფო. სტანდარტები და სააკრედიტაციო ცნობარი ცნობილია ფართო საზოგადოებისათვის. მათი გაცნობა შეიძლება ინტერნეტის საშუალებითაც.

თავი 5. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება

ნიდერლანდების ეკონომიკაში ჯანდაცვის სექტორს მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია. 1996 წელს 60.8 მილიარდი გულდენი დაიხარჯა ჯანდაცვის დასაფინანსებლად, მთლიანი შიგა პროდუქტის (GDP) 8.3%. ამ მიმართებით ნიდერლანდები მსოფლიოს მხოლოდ შემდეგ ქვეყნებს ჩამორჩება: ა.შ.შ-12%. საფრანგეთი(9.1%), შვეცია(8.8%), გერმანია (8.5%).

1989 წლის მონაცემებით ნიდერლანდებში ერთ სულზე დაიხარჯა 1176 დოლარი. ამ მიმართებით ნიდერლანდები მსოფლიოს მხოლოდ შემდეგ ქვეყნებს ჩამორჩება: ა.შ.შ. - 2362 \$. საფრანგეთი - 1415\$. გერმანია - 1412 \$. შვეცია-1390 \$.

ჯანდაცვის სისტემაში ხარჯების ზრდა განსაკუთრებით შეინიშნებოდა სამოცდაათიან წლებში (დანახარჯები 33 %-ით გაიზარდა), რის გამოც სახელმწიფო ოთხმოციანი წლების დასაწყისში იძულებული გახდა შეემუშავებინა მისი შემცირების მეთოდები, რომელიც ძირითადად მდგომარეობდა შემდეგში:

1. საავადმყოფოებისათვის ბიუჯეტური დაფინანსების მეთოდის განსაზღვრა.
2. საავადმყოფოების საწოლების შემცირების შესახებ სპეციალური კანონის შემოღება.
3. სამედიცინო სადაზღვევო სისტემაში ექიმებისა და ფიზიოთერაპევტების მკაცრი რეგისტრაცია.
4. მედიკამენტების ღირებულების შემცირება

1982 წელს კოალიციურმა მთავრობამ მიიღო გადაწყვეტილება ჯანდაცვის ხარჯების 3 მილიარდი გულდენით შემცირების შესახებ. 1986 წელს ახლადარჩეულმა მთავრობამ განიზრახა შემდგომი 4 წლის განმავლობაში ხარჯების 1.2 მილიარდი გულდენით შემცირება, რაც ითვალისწინებდა ჯანდაცვის დანახარჯების ყოველწლიურ ზრდას

მხოლოდ 1%-ით. სახელმწიფოს მიერ მიღებულმა ზომებმა გარკვეული შედეგი გამოიღო. ჯანდაცვის ხარჯების შემცირებას ასევე ხელი შეუწყო 1987 წელს დეკერის მიერ წარმოდგენილმა პროექტმა, რომელიც ითვალისწინებდა ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის რესტრუქტურისა და კონკურენციის გაძლიერებას.

80-იანი წლებიდან უკვე შეინიშნებოდა ხარჯების შემცირების ტენდენცია. როგორც ქვემოთ მოყვანილ ცხრილშია ნაჩვენები, 1980-1990 წლებში ჯანდაცვის ხარჯები მხოლოდ 3 %-ით გაიზარდა (მიმდინარე ფასებთან შესაბამისად).

ცხრილი: ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის პროცენტული მაჩვენებელი (1990 წ.)

	ჯანდაცვის დანახარჯები მშპ-თან შედარებით 1970. (%)	ჯანდაცვის დანახარჯების ზრდა (1970-1980 წწ.) (%)	ჯანდაცვის დანახარჯების ზრდა (1980-1990 წწ.) (%)
აშშ	12.4	24	35
საფრანგეთი	8.8	31	16
შვეცია	8.6	31	-9
გერმანია	8.3	42	-1
ნიდერლანდები	8.2	33	3
ბელგია	7.6	61	15
ნორვეგია	7.4	32	12
ესპანეთი	6.6	51	18
ბრიტანეთი	6.2	29	7

საყურადღებოა, რომ ხარჯების ყველაზე მეტი ზრდა მედიკამენტებით უზრუნველყოფასთან იყო დაკავშირებული (ყოველწლიურად 8.6%), მნიშვნელოვანია, რომ საავადმყოფოების პროსპექტული ბიუჯეტით დაფინანსების მეთოდმა მნიშვნელოვნად შეამცირა ჯანდაცვის ხარჯები. ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში საავადმყოფოების პროცენტული წილი 28.5%-დან (1983 წ.) 26.5%-მდე შემცირდა (1988 წ.). უკანასკნელ წლებში საავადმყოფოების სექტორში დანახარჯები ყოველწლიურად მხოლოდ 1.2%-ით იზრდება, რაც ჯანდაცვის დაფინანსების სფეროს გარკვეული სტაბილურობის მიმანიშნებელია.

ყოველწლიურად ჯანდაცვის სამინისტრო ახდენს ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მთლიანი ბიუჯეტის განაწილებას. იგი ადგენს აგრეთვე დაქირავებულებისა და დამქირავებლების სამედიცინო სადაზღვევო შენატანის ზომას, რომელიც ყველა სადაზღვევო კომპანიისათვის ერთნაირია. სადაზღვევო შენატანის ზომის განსაზღვრა ხორციელდება ჯანდაცვის სამინისტროსა და სადაზღვევო ფონდების საბჭოს ურთიერთშეთანხმებით.

სამედიცინო გადასახადის ზომა დამოკიდებულია დაზღვეულების შემოსავლის დონეზე. 58950 გულდენზე (დაახლოებით 36 000 ა.შ.შ დოლარი) ნაკლები წლიური შემოსავლის შემთხვევაში დამქირავებლები და დაქირავებულები იხდიან სავალდებულო სამედიცინო გადასახადს. თუ მოქალაქის შემოსავალი გადააჭარბებს ზემოთნახსენებ ზღვარს, მასზე არ ვრცელდება სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა და სამედიცინო გადასახადი შეაქვთ კერძო სამედიცინო დაზღვევის ფონდში. ასეთ შემთხვევაში კერძო სამედიცინო გადასახადი დამოკიდებულია დაზღვეულის ასაკზე, ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე და მათ მიერ ამორჩეულ სამედიცინო დაზღვევის პაკეტის მოცულობაზე.

მომავალი წლის შემოსავლების დონის განსაზღვრისთვის სარეკომენდაციოდ გამოიყენება ყოველი წლის 1 ნოემბერი.

მომდევნო წელს დაზღვეულის შემოსავლის დონის გაზრდის თუ შემცირების, უფრო მაღალანაზღაურებანი სამუშაოს პოვნის მიუხედავად, ასეთ შემთხვევაში ყოველი წლის 1 ნოემბერს განისაზღვრება ცვლილებების შედეგად განსაზღვრული შემოსავლის დონე. 2000 წელს სამედიცინო შენატანი შეადგენდა პაციენტის შემოსავლის 10.25%-ს.

საგადასახადო შემოსავლების ეროვნული სამსახური ახდენს სამედიცინო შენატანების შეგროვებას. შეგროვილი თანხა გადაეცემა ცენტრალურ ფონდს, რომელსაც მართავს სამედიცინო სადაზღვევო ფონდების საბჭო. ცენტრალური ფონდიდან ხორციელდება სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიების დაფინანსება. სადაზღვევო ფონდებზე განსაზღვრულია წლიური ბიუჯეტი, რომელშიც გათვალისწინებულია მასთან რეგისტრირებული დაზღვეულების სპეციფიკური მახასიათებლები (ასაკი, სქესი, სოციალური პირობები და სხვა.)

ჯანდაცვაზე დანახარჯების 80%-ს აფინანსებს სოციალური და კერძო სადაზღვევო კომპანიები სამედიცინო სადაზღვევო შენატანების ხარჯზე. რომლის ზომა დამოკიდებულია დაზღვეულის შემოსავალზე. აღსანიშნავია, რომ სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემით დაიხარჯა მთლიანი დანახარჯების 64%. კერძო დაზღვევის სისტემით 16%. დარჩენილი 20%-ის დაფინანსება ხდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან და პაციენტებიდან, რომლებიც სამედიცინო სადაზღვევო ფონდში იხდიან დამატებით ფიქსირებულ შენატანს. 1999 წელს სამედიცინო დახმარების დანახარჯებზე სახელმწიფო ბიუჯეტის წილი შეადგინა 10% (5 მილიარდ 952მილიონი გულდენი). ხოლო პაციენტების მიერ პირდაპირ გადახდილმა თანხამ შეადგინა 10%.

ცხრილი: ჯანდაცვის ხარჯების განაწილება

სავალდებულო დაზღვევის სისტემა	64%
კერძო დაზღვევა	16%
სახელმწიფო ბიუჯეტი	10%
პაციენტი	10%

წყარო: C.A. Grunwald, A.F. Mantel National Hospital Institute Utrecht

უნდა აღინიშნოს, რომ სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიები ლებულობენ გაწეული სამედიცინო დანახარჯების დაახლოებით 90%-ს. დანარჩენი ხარჯების დასაფარავად დაწესებულია დამატებითი ფიქსირებული გადასახადი, რომლის ოდენობას თვითონ სადაზღვევო კომპანია განსაზღვრავს. სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიები კონკურენციას ერთმანეთს სწორედ ამ მინიმალური ფიქსირებული გადასახადის ზომის მიხედვით უწევენ. 1999 წელს პაციენტების მინიმალური ფიქსირებული შენატანი შეადგინა მთლიანი ხარჯების 7.8% (4 მილიარდ 720 მილიონი გულდენი). 2000 წლისათვის პასიენტისათვის დაწესებული მინიმალური გადასახადის ოდენობამ შეადგინა 156.55-დან 223.26 ევრო.

სადაზღვევო კომპანია ვალდებულია იმ პირებზე, რომლებმაც სამედიცინო დახმარების ერთნაირი პაკეტი აარჩიეს, დააწესოს მინიმალური ფიქსირებული შენატანის ერთიდაიგივე რაოდენობა. მინიმალური ფიქსირებული შენატანი წარმოადგენს სამედიცინო დახმარებაზე ფაქტიური დანახარჯებისა და რისკზე გათვლილი სულადობრივი ნორმატივის შორის სხვაობას, მინიმალური ფიქსირებული შენატანის ზომა განაპირობებს სადაზღვევო კომპანიებს

შორის კონკურენციის ეფექტურ სტიმულს. დაზღვეულები ირჩევენ იმ სამედიცინო სადაზღვევო ფონდს, რომელსაც ნაკლები მინიმალური ფიქსირებული შენატანი აქვს დაწესებული.

სამედიცინო დახმარების პირველი დონის დასაფინანსებლად სადაზღვევო კომპანიები ცენტრალური ფონდიდან ღებულობენ რისკზე გათვლილ სულადობრივ ნორმატივს, რომელიც წარმოადგენს ერთ სულზე გათვლილ მოსალოდნელ დანახარჯებს იმ რისკის ჯგუფის ჩარჩოებში, რომელსაც ეკუთვნის დაზღვეული, გამოკლებული ფიქსირებული თანხა. ფიქსირებული თანხა წარმოადგენს ერთიდაიგივეს ყველა დაზღვეულისათვის და შეადგენს თითო სულზე მოსალოდნელი საშუალო სავალდებულო სამედიცინო დანახარჯების დაახლოებით 10%-ს. დეფიციტი ივსება მინიმალური ფიქსირებული შენატანით, რომელსაც დაზღვეული უშუალოდ მის მიერ ამორჩეულ სადაზღვევო კომპანიაში იხდის.

1993-1994 წლებში რისკზე გათვლილი სულადობრივი ნორმატივის გამოსათვლელი ფორმულა დაფუძნებული იყო მხოლოდ ასაკზე და სქესზე. 1995 წელს რისკის ამ მაჩვენებელს დაემატა "რეგიონი" და "შრომისუნარიანობა". მეცნიერებმა დაადგინეს, რომ რისკის ყველაზე პერსპექტიულ მაჩვენებელს წარმოადგენს დიაგნოსტიკური ინფორმაცია, რომელიც გვიჩვენებს წინათ გაწეულ სამედიცინო დახმარებას, ინვალიდობის დონეს, ჯანმრთელობის ფუნქციონალურ მდგომარეობას და ქრონიკულ დაავადებას.

რისკზე გათვლილი სულადობრივი ნორმატივი დამზღვევებისათვის წარმოადგენს რესურსების ეფექტური გამოყენების სტიმულს. ძირითადად ტექნიკურ პრობლემას წარმოადგენს მისი გასაანგარიშებელი ფორმულის სრულყოფა. 1995 წელს მთავრობამ შემოიღო ნაწილობრივი სულადობრივი ნორმატივი, რომლის მიხედვით სადაზღვევო ფონდები იღებენ პასუხისმგებლობას ფაქტიური და მოსალოდნელი დანახარჯებს შორის სხვაობის მხოლოდ 3 %.

სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის ფონდებიდან ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ანაზღაურება ხორციელდება სულადობრივი (კაპიტაციური) მეთოდით. სულადობრივი ანაზღაურების ზომა დგინდება სადაზღვევო ფონდების ასოციაციებისა და ურთიერთშეთანხმების საფუძველზე.

კერძო სამედიცინო დაზღვევის ფონდებიდან ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ანაზღაურება ხორციელდება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით.

ზოგადი პროფილის საავადმყოფოების დაფინანსებისათვის განსაზღვრულია გლობალური ბიუჯეტი. პროსპექტული ბიუჯეტური მეთოდით დაფინანსება შემოღებულ იქნა 1983 წლის იანვარში. 1984 წელს იგი გავრცელდა სტაციონარული ტიპის ფსიქიატრიული დაწესებულებისთვის და მედიის სახლებისთვის.

ბიუჯეტი შედგება ფიქსირებული და ცვლადი ნაწილისაგან. ფიქსირებული ნაწილის განსაზღვრა ხორციელდება საწოლთა და სპეციალისტთა რაოდენობის მიხედვით. ცვლადი ნაწილი დამოკიდებულია პაციენტთა მიმართვიანობისა და დღეთა რაოდენობაზე. საავადმყოფოები და სადაზღვევო ფონდები შეთანხმდებიან მომავალი წლისათვის მოსალოდნელ დანახარჯებზე და განსაზღვრავენ მთლიან ბიუჯეტს. საავადმყოფოებისათვის გლობალური ბიუჯეტის დადგენაში მონაწილეობს სამხარეო საბჭო, რომელიც ძირითადად სამინისტროს რეკომენდაციებს ეყრდნობა. 1988 წელს საავადმყოფოების ბიუჯეტური დაფინანსების მეთოდში შეტანილ იქა ცვლილებები. ბიუჯეტის განსაზღვრაში მნიშვნელობა მიენიჭა საავადმყოფოს ხასიათს და მოცულობას.

უკანასკნელ წლებში ფართოდ იწერება სპეციალისტების ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურება, რომელიც საავადმყოფოს გლობალურ ბიუჯეტთანაა ინტეგრირებული. სპეციალისტები თითოეულ ნამკურნალევ პაციენტზე ღებულობენ ფიქსირებულ ანაზღაურებას. აღსანიშნავია, რომ სამედიცინო დახმარების ისეთი

სპეციფიკური სახეებისათვის, როგორცაა: დიაგნოსტიკური გამოკვლევა, თერაპიული ღონისძიებები. სპეციალისტების ანაზღაურება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ხორციელდება, რომელიც ემატება ზემოთნახსენებ თითოეულ პაციენტზე დადგენილ ფიქსირებულ ანაზღაურებას.

ცხრილი: სტაციონარული დახმარების ხარჯები. (მლნ. გულდენი. 1990 წ.)

	აბს. მაჩვენებელი	%	სოც. დაზღვევის მაჩვ.
საავადმყოფო	12887	48.6	64.5
ფსიქიატრიული საავადმყოფოები	2324	8.8	99.8
შინმოვლის სახლები	4155	15.6	88.8
ხანდაზმულთა სახლები	4676	17.6	0.5
ინვალიდები (ფსიქიური)	2470	9.4	100
სულ	26512	100%	67.7

წყარო: C.A. Grunwald, A.F. Mantel National Hospital Institute Utrecht

1990 წელს გაუქმებულ იქნა 1987 წელს შემოდებული პაციენტის თანაგადახდა (სპეციალისტთან თითოეულ ვიზიტზე 25 გულდენი). პაციენტის თანაგადახდა ისევ ძალაში რჩებოდა სტომატოლოგთა ვიზიტის, სატრანსპორტო ხარჯების შემთხვევაში. საყურადღებოა,

რომ სტომატოლოგების ანაზღაურება ხორციელდება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით.

ერთი მხრივ, კაპიტაციური მეთოდით ანაზღაურება ექიმს არ აძლევს პაციენტის ბოლომდე მკურნალობის სტიმულს. იგი დაინტერესებულია ადვილად მოიშოროს პაციენტი და მკურნალობის გასაგრძელებლად საავადმყოფოში გააგზავნოს. მეორე მხრივ, შესრულებული სამუშაოს მიხედვით ანაზღაურება ექიმს უბიძგებს არააუცილებელი სამედიცინო დახმარების ჩატარებაზე. ანაზღაურების ამ ორი მეთოდის უარყოფითი მხარეები მნიშვნელოვნად განაპირობებს დანახარჯების ზრდას, თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ ბიუჯეტური დაფინანსების პირობებში საავადმყოფო ლიმიტირებულია, რაც თავისთავად ამცირებს სამედიცინო დანახარჯების ზრდის რისკს.

1990 წლის მონაცემებით, ნიდერლანდებში სტაციონარულ სამედიცინო დახმარებაზე დაიხარჯა მთლიანი სამედიცინო დანახარჯების 66%. ამბულატორიულ სამედიცინო დახმარებაზე (ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, პოსტნატალური, სამენო, პარამედიკალური, სტომატოლოგიური სამედიცინო დახმარება) დაიხარჯა სამედიცინო დანახარჯების 27,2%, ადმინისტრატიულმა ხარჯებმა შეადგინა 5.4%.

1999 წელს ჯანდაცვაზე დაიხარჯა 60 მილიარდ 532 მილიონი გულდენი (საერთო ეროვნული შემოსავლის 8.6%). სტაციონარული სამედიცინო დაიხარჯა 32 მილიარდ 222 მილიონი გულდენი (მთლიანი დანახარჯის 53 %). ამბულატორიულ სამედიცინო დახმარებაზე დაიხარჯა 25 მილიარდ 372 მილიონი გულდენი (მთლიანი დანახარჯის 42%).

საყურადღებოა, რომ საზოგადოებრივ ჯანდაცვაზე დანახარჯები ყოველწლიურად 2%-ით იზრდება (1983-1988 წ.წ). შიდსზე სისხლის გამოსაკვლევად 1986 წელს დაიხარჯა 12 მლნ გულდენი.

ცხრილი: სამედიცინო დანახარჯების განაწილება

სამედიცინო დანახარჯები	%
ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, საავადმყოფო, სპეციალისტები, სასწრაფო სამედიცინო დახმარება	40
მედდის სახლები, მოხუცთა თავშესაფრები, შინმოვლა	23
მედიკამენტები	11
შრომისუნაროთა და ინვალიდთა სამედიცინო დახმარება	9
ფსიქიატრიული სამედიცინო დახმარება	8
პროფილაქტიკური სამედიცინო დახმარება	2
მენეჯმენტი და სხვა დანახარჯები	7

წყარო: Jannes Mulder. Medicine and the Community. 2000

აღსანიშნავია, რომ ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარების სადაზღვევო სისტემით ყველაზე მეტი თანხები დაიხარჯა - 25 მილიარდ 459 მილიონი გულდენი (მთლიანი დანახარჯის 42.1%).

სამედიცინო დახმარების დანახარჯებზე სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო ფონდების წილი შეადგენს 27.2%-ს (16 მილიარდ 464 მილიონი გულდენი). სამედიცინო დახმარების დანახარჯებზე კერძო სამედიცინო სადაზღვევო ფონდების წილი შეადგენს 12 %-ს (7 მილიარდ 288 მილიონი გულდენი).

ცხრილი: დანახარჯები ჯანდაცვაზე (1999 წ.)

გადამხდელი	ხარჯები (მლნ გულდენი)	%
ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარების სადაზღვევო სისტემა	25459	42.1
სავალდებულო სადაზღვევო ფონდი	16464	27.2
კერძო სადაზღვევო ფონდი	7288	12
სახელმწიფო ბიუჯეტი	5952	9.8
პაციენტთა პირდაპირი გადახდა	4720	7.8
მთლიანი დანახარჯები	60532	

Jannes Mulder. Medicine and the Community. 2000

თავი 6. სამედიცინო სადაზღვევო სისტემა

ნიდერლანდების ჯანდაცვის სისტემა ძირითადად ბისმარკის მოდელით განვითარდა, რომელიც გერმანიის კანცლერის ოტო ბისმარკის მიერ მიღებული სოციალური კანონმდებლობის საფუძველზე ჩამოყალიბდა. ბისმარკის მოდელის მიხედვით ჯანდაცვის დაფინანსება დაქირავებულებისა და დამქირავებლების სავალდებულო სამედიცინო შენატანებით ხორციელდება, რომელიც გადაიცემა სამედიცინო სადაზღვევო ფონდებს.

6.1. მოსახლეობის სამედიცინო სადაზღვევო სისტემით მოცვა

ქვეყნის მთელი მოსახლეობა გარანტირებულია ეფექტური სამედიცინო დაზღვევით. მოსახლეობის დაახლოებით 63% დაზღვეულია სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის ფონდში, ანუ როგორც მას ჰოლანდიაში უწოდებენ დაავადებათა ფონდში (sickness fund). მოსახლეობის 31 % გააჩნია კერძო სამედიცინო დაზღვევა. მოსახლეობის 6% (სახელმწიფო მოხელეების გარკვეული ჯგუფები) დაზღვეულია სპეციალური დაზღვევის სისტემით მოსახლეობის მხოლოდ 1.5% არის დაუზღვეველი.

6.2. სამედიცინო სადაზღვევო ფონდები

სამედიცინო სადაზღვევო ფონდები სამი სახისაა: სავალდებულო, კერძო და შერეული სახის (გაერთიანებული). სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო ფონდები არამომგებიანი ორგანიზაციებია. კერძო სადაზღვევი ფონდები არის როგორც მომგებიანი, ასევე არამომგებიანი ორგანიზაციები.

ქვეყანაში ფუნქციონირებს 29 სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო ფონდი, 46 კერძო სამედიცინო სადაზღვევო ფონდი და 3 სახელმწიფო მოხელეების დაზღვევისათვის განკუთვნილი სამედიცინო სადაზღვევო ფონდი.

სამედიცინო სადაზღვევო ფონდებში დაზღვეულია 15.4 მილიონი ადამიანი. სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევაში გაერთიანებულია 9.9 მილიონი ადამიანი, ხოლო კერძო სამედიცინო დაზღვევაში 5.5 მილიონი ადამიანი.

ზოგ სამედიცინო დაზღვევის ფონდში კერძო სავალდებულო დაზღვევა გაერთიანებულია და წარმოადგენს ერთიან ორგანიზაციას. ასეთ სამედიცინო სადაზღვევო ფონდში არის 2 განყოფილება: სოციალური დაზღვევის განყოფილება და კერძო დაზღვევის განყოფილება. იურიდიულად და ფინანსურად ეს ორივე განყოფილება ერთმანეთისგან მკაცრადაა გამოყოფილი. სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევისათვის განკუთვნილი თანხები შეიძლება გამოყენებულ იქნეს მხოლოდ ასეთი სახით დაზღვეულთათვის. უნდა აღინიშნოს, რომ მოქალაქეები უპირატესობას ასეთ გაერთიანებულ ფონდებს ანიჭებენ, რადგან მათთვის ერთ ორგანიზაციასთან ურთიერთობა უფრო მოსახერხებელია. ასეთი შემთხვევის უპირატესობა მდგომარეობს შემდეგში: გაერთიანებულ სამედიცინო სადაზღვევო ფონდს შეუძლია როგორც კერძო, ასევე სავალდებულო დაზღვეულისათვის სამედიცინო დახმარების გაწევა. თუ პაციენტი სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევით და საჭიროებს კერძო დაზღვევას, ფონდს შეუძია გაუწიოს ასეთი სახის მომსახურეობა. თუ პაციენტს სურს სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის დატოვება, ფონდს შეუძლია იგი კერძო სამედიცინო დაზღვევით დააზღვიოს.

სამედიცინო სადაზღვევო ფონდებს აკონტროლებს სამედიცინო სადაზღვევო ფონდების საბჭო, რომელსაც ზედამხედველობას უწევს ჯანდაცვის, კეთილდღეობისა და სპორტის სამინისტრო.

სამედიცინო სადაზღვევო კომპანია არ განსაზღვრავს გასაწევი სამედიცინო დახმარების მოცულობას. საკონსულტაციო საბჭოსთან მოლაპარაკების შემდეგ ჯანდაცვის, კეთილდღეობისა და სპორტის სამინისტრო განსაზღვრავს სამედიცინო მოცულობას და ღირებულებას სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებათა კანონის (Hospital Facilities Act-WZV) საფუძველზე.

სამედიცინო სადაზღვევო ფონდების რიცხვი უკანასკნელ პერიოდში საგრძნობლად შემცირდა. 1985-დან 1993 წლის განმავლობაში მათი რაოდენობა 53-დან 26-მდე შემცირდა, რაც გამოწვეული იყო სამედიცინო სადაზღვევო ფონდების ერთმანეთთან შეწყობით. დღეისათვის ქვეყნის ბევრ ნაწილში მხოლოდ ერთი სადაზღვევო ფონდია.

სამედიცინო სადაზღვევო ფონდი შუამავალს წარმოადგენს დაზღვეულებსა და სამედიცინო დაწესებულებებს შორის. სადაზღვევო ფონდებს სამედიცინო დაწესებულებებთან კონტრაქტის პირობების განხილვისას გარკვეული თავისუფლება აქვთ. კონტრაქტის დადების პროცესში ისეთ საკითხებზე ხდება შეთანხმება, როგორცაა სამედიცინო დახმარების ფასი, ხარისხი და მოცულობა.

1994 წლიდან სადაზღვევო კომპანიებს უფლება აქვთ ამოირჩიონ სამედიცინო დაწესებულება და შესთავაზონ სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა პაკეტები. ასეთივე უფლება გააჩნია დაზღვეულსაც, რომელსაც შეუძლია თავისი სურვილის მიხედვით აირჩიოს მისთვის სასურველი სამედიცინო სადაზღვევო ფონდი.

სამედიცინო ბაზარზე კონკურენცია არსებობს როგორც სამედიცინო დაწესებულებებს, ასევე სამედიცინო სადაზღვევო ფონდებს შორის. აქვე იბადება კითხვა, რაში მდგომარეობას სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენციის მნიშვნელობა და რითი განსხვავდება იგი ერთი სადაზღვევო კომპანიის რეგიონალური მონოპოლიისაგან. ამასთან დაკავშირებით არსებობს როგორც დადებითი ასევე უარყოფითი არგუმენტები.

ერთი სადაზღვევო კომპანიის რეგიონალური მონოპოლიის დადებითი მხარეები:

1. უკეთესი სამედიცინო დახმარების მიღება მინიმალური ფასით, განსაკუთრებით, თუ სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელთა ბაზარზე ძლიერი კონკურენციაა.
2. საქმის წარმოებაზე დაბალი დანახარჯები, რადგანაც სამედიცინო დაწესებულებები კონტრაქტს დებენ მხოლოდ ერთ სადაზღვევო კომპანიასთან.
3. ხელს უწყობს ადგილობრივ დონეზე სამედიცინო დახმარების მიწოდების თანმიმდევრობითობას და კოორდინაციას.

ერთი სადაზღვევო კომპანიის რეგიონალური მონოპოლიის უარყოფითი მხარე:

- სადაზღვევო კომპანიებს არ აქვთ ხარჯების შეკავების ფინანსური სტიმული.

სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენციის დადებითი მხარეები:

1. სადაზღვევო კომპანიებს აქვთ სტიმული იმოქმედონ, როგორც დაზღვეულების ინტერესების ეფექტური აგენტი.
2. დაზღვეულს უფლება აქვთ ამოირჩიონ მათთვის სასურველი სადაზღვევო კომპანია.
3. სამედიცინო დახმარების მაღალი ხარისხით უზრუნველყოფის სტიმული.
4. ეკონომიკური ეფექტურობა.

სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენციის უარყოფითი მხარე:

- სადაზღვევო კომპანიები რესურსების ეკონომიური გამოყენების გამო ცდილობენ ამოირჩიონ უფრო ჯანმრთელი დაზღვეულები (ე.წ. “ნაღების მოხდა”).

სადაზღვევო კომპანიების მიერ უფრო ჯანმრთელი დაზღვეულების ამორჩევა ხასიათდება 2 უარყოფითი ეფექტით:

ქრონიკულ ავადმყოფებს უძნელდებათ ხარისხიანი სამედიცინო დახმარების მიღება. იმ შემთხვევაშიც კი, როცა სადაზღვევო კომპანიებს უფლება არ აქვთ დაზღვეულის რეგისტრაციაზე უარი თქვან, მათ შეიძლება გამოიყენონ სასურველი რისკის მქონე პირების მიზიდვის და არასასურველი რისკის მქონე პირების მოშორების ფარული სტრატეგია. სადაზღვევო კომპანიები არ დადებენ კონტრაქტებს იმ სამედიცინო დაწესებულებებთან, რომელნიც მკურნალობენ სიმსივნეან ან დიაბეტიან ავადმყოფებს, რადგანაც სადაზღვევო კომპანიებს არ სურთ ასეთი ავადმყოფების დაზღვევა. რისკზე გათვლილი სულადობრივი ნორმატივის ფორმულის არასრულყოფილად შემუშავების შემთხვევაში არაეფექტურად მომუშავე სადაზღვევო კომპანიებმა, რომლებიც წარმატებით ასრულებენ “ნაღების მოხდის” პროცესს შეიძლება შეავიწროვონ ეფექტურად მომუშავე სადაზღვევო კომპანიები.

სადაზღვევო კომპანიების არათანაბარი დაფინანსება. სადაზღვევო კომპანიები, რომლებთანაც დაზღვეულების უმეტესობა არაჯანმრთელია დებულობენ უფრო ნაკლებ სულადობრივ ნორმატივს და პირიქით.

პაციენტთა სადაზღვევო ორგანიზაციაში რეგისტრაცია

ნიდერლანდების ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვან ელემენტს წარმოადგენს დაზღვეულის უფლება აირჩიოს სასურველი სადაზღვევო კომპანია. კანონი განსაზღვრავს სადაზღვევო

ორგანიზაციაში რეგისტრაციის პირობებს, პაციენტის შემოსავლის დონის მიხედვით. 58 950 გულდენზე (დაახლოებით 36 000 ა.შ.შ. დოლარი) ნაკლები წლიური შემოსავლის შემთხვევაში მოქალაქეზე ვრცელდება სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა თუ მოქალაქის შემოსავალი გადააჭარბებს ზემოთნახსენებ ზღვარს, მას შეუძლია დაეზღვიოს კერძო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიაში.

თავდაპირველად, პაციენტი აკეთებს განაცხადს თავისი სურვილით ამორჩეულ სადაზღვევო ორგანიზაციაში: შემდეგ ავსებს სარეგისტრაციო ფორმას. სადაზღვევო ორგანიზაცია განაცხადის განხილვის შემდეგ ბენეფიციარს გადასცემს სადაზღვევო ბარათს, რომელიც პაციენტმა აუცილებლად თან უნდა იქონიოს ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან ან სპეციალისტთან ვიზიტის დროს. დაზღვევა ვრცელდება დაზღვეული მოქალაქის მეუღლეზე და ბავშვებზე.

სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პერიოდი განისაზღვრება 1 წლით. ათვლა იწყება 1 იანვრიდან. მაგ., თუ პაციენტმა რეგისტრაცია გაიარა 27 მაისს, დაზღვევა წყდება 1 იანვარს. 1 წლის გასვლის შემდგომ რეგისტრაცია ავტომატურად განახლდება. თუ პაციენტს სურს სხვა სადაზღვევო კომპანიაში რეგისტრაცია, მან 2 თვით ადრე უნდა გააკეთოს ამის შესახებ განაცხადი.

პაციენტს არ შეუძლია მისთვის სასურველი დროის ყველა პერიოდში შეწყვიტოს ურთიერთობა სადაზღვევო ორგანიზაციასთან, რადგანაც დაზღვევის დაწყების ათვლის წერტილად დაწესებულია 1 იანვარი. პაციენტმა წლის დამთავრებამდე 2 თვით ადრე უნდა განაცხადოს ხელშეკრულების შეწყვეტის თაობაზე. თუ პაციენტი იცვლის ტერიტორიულ ადგილსამყოფელს მას შეუძლია გააგრძელოს ურთიერთობა სადაზღვევო ორგანიზაციასთან. ისეთი მომენტების დადგომისას, როგორცაა: ქორწინება, საცხოვრებლად სხვაგან გადასვლა, ახალი სამუშაო, სხვა ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან დარეგისტრირება, დაზღვეული ვალდებულია 7 დღის განმავლობაში აცნობოს სადაზღვევო ორგანიზაციას.

თავი 7 . სამედიცინო დაზღვევის თავისებურებანი ნიდერლანდებში

7.1 სამედიცინო დაზღვევის სახეები

ნიდერლანდების სამედიცინო დაზღვევის სისტემაში გამოყოფენ 3 დონეს:

1. ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარების სოციალური დაზღვევა განაკუთრებული სამედიცინო დახმარების კანონის საფუძველზე. იგი მოიცავს ფსიქიატრიულ დაავადებებს, ინვალიდთა სამედიცინო დახმარებას, მედლის სახლებს, სახლში გაწეულ სამედიცინო დახმარებას.

2. სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა/კერძო სამედიცინო დაზღვევა. ამბულატორიული და სტაციონარული სამედიცინო დახმარება, მედიკამენტები, ფიზიოთერაპია, ბავშვებისთვის სტომატოლოგიური დახმარება.

მეორე დონე გულისხმობს დაფინანსების სხვადასხვა მეთოდებს:

- სოციალური დაზღვევის კანონი. მოსახლეობის 63%-ია დაზღვეული;
- კერძო დაზღვევა, რომელიც შედგება:
 - კერძო ინდივიდუალური დაზღვევა;
 - სამედიცინო დაზღვევის ხელმისაწვდომობის აქტი (medical insurance access Act)
 - სახელმწიფო მოხელეების დაზღვევა.
- დამატებითი ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა. მოზრდილთა სტომატოლოგიური დახმარება, კოსმეტიკური ქირურგია, ჰომეოპათია, აკუპუნქტურა, ორთოდონტის მკურნალობა, სამედიცინო ასისტანსი.

7.2. ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარება

ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარება სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევით ხორციელდება. მის საფუძველს წარმოადგენს განსაკუთრებული სამედიცინო დახმარების კანონი (AWBZ - Exceptional Medical Expenses Act). ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარება მოიცავს ქრონიკულ ავადმყოფებს, ფსიქიურ დაავადებებს, მედლების მიერ ხანდაზმულთათვის გაწეულ და ოჯახის პირობებში ხანგრძლივ სამედიცინო დახმარებას, აგრეთვე ინვალიდებისა და ფსიქიურად დაავადებულთათვის გაწეულ სამედიცინო დახმარებას.

ცხრილი: სამედიცინო დაზღვევის სახეები ნიდერლანდებში

ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარების სოციალური დაზღვევა განსაკუთრებული სამედიცინო დახმარების კანონი მოსახლეობის 100 %-ია დაზღვეული ჩვეულებრივი სამედიცინო დახმარება		
სოციალური დაზღვევის კანონი 63%-ია დაზღვეული	კერძო დაზღვევა 31 %-ია დაზღვეული	სახელმწიფო მოხელეების დაზღვევა 6%-ია დაზღვეული
ჩვეულებრივი სამედიცინო დახმარება	ჩვეულებრივი სამედიცინო დახმარება	ჩვეულებრივი სამედიცინო დახმარება
დამატებითი სამედიცინო დაზღვევა		

ასეთი სახის სამედიცინო დახმარებით დაზღვეულია მოსახლეობის 100%. იგი განიხილება სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის ერთერთ სახედ, რადგანაც კერძო სამედიცინო

სადაზღვევო კომპანიებისთვის ასეთი სახის სამედიცინო დახმარების დაფინანსება დიდი სადაზღვევო რისკის გამო მნიშვნელოვან სირთულეს წარმოადგენს. აღსანიშნავია, რომ ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარება საკმაოდ ძვირადღირებულია და დიდ დანახარჯებს მოითხოვს. 1999 წელს მასზე დაიხარჯა 25 მილიარდ 459 მილიონი გულდენი (მთლიანი სამედიცინო დანახარჯების 42.1%). ხანგრძლივი სამედიცინო დახმარების დაფინანსება ხორციელდება სავალდებულო სამედიცინო შენატანების ხარჯზე, რომელიც იკრიბება ცენტრალურ ფონდში. 2000 წელს იგი შეადგენდა შემოსავლის 10.25%-ს. პაციენტზე, რომელიც დაზღვეულია სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევით, ავტომატურად ვრცელდება განსაკუთრებული სამედიცინო დანახარჯების კანონი.

7.3. სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა

ნიდერლანდების სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემა შეიქმნა 1941 წელს, მეორე მსოფლიო ომის პერიოდში. 1966 წელს შეიქმნა სოციალური სამედიცინო დაზღვევის კანონი (Social Health Insurance Act – ZFW)

სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა ხორციელდება 1967 წელს მიღებული განსაკუთრებული სამედიცინო დანახარჯების კანონის (AWBZ – Exceptional Medical Expenses Act) და 1966 წელს მიღებული სამედიცინო დაზღვევის კანონის საფუძველზე. სავალდებულო დაზღვევას აწარმოებენ სოციალური სამედიცინო სადაზღვეო ფონდები.

კანონი განსაზღვრავს სოციალურ სამედიცინო სადაზღვევო ფონდში რეგისტრაციის პირობებს, რომელიც დამოკიდებულია პაციენტის შემოსავლის დონეზე. მოქალაქეებს რომელთა წლიური შემოსავალი 58 950 გულდენზე ნაკლებია (დაახლოებით 36 000 ა.შ.შ

დოლარი) დაზღვეულია სავალდებულო დაზღვევის სისტემაში, თუ მოქალაქის შემოსავალი გადააჭარბებს ზემოთნახსენებ ზღვარს, მასზე არ ვრცელდება სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა. მას შეუძლია დაეზღვიოს კერძო სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიაში.

სოციალურ სამედიცინო დაზღვევაში დაზღვეულია – 9.9 მლნ მოქალაქე. დაზღვევა ვრცელდება დაზღვეული მოქალაქის მეუღლეზე და ბავშვებზე.

სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა ვრცელდება შემდეგ პირებზე:

- მოქალაქეები, რომელთა წლიური შემოსავალი კანონის დადგენილ ზღვარს ქვევითაა (1999 წლისათვის იგი შეადგენდა 58 950 გულდენს – დაახლოებით 36 000 ა.შ.შ დოლარი).
- მოქალაქეები, რომლებიც დებულობენ სოციალურ დახმარებას (რომელთა შემოსავალი მინიმალურ ზღვარს ქვევითაა).
- მოხუცები (65 წლის ზევით) – რომელთა შემოსავალი 18 650 ევროზე ნაკლებია.
- მცირე მეწარმე, რომლის შემოსავალი 18 700 ევროზე ნაკლებია.

1998 წლის 1 იანვარს მიღებულ იქნა 65 წელს ზევით ასაკის მოქალაქეთა დაზღვევის წესი. თუ პიროვნებას 65 წელი შეუსრულდა და ამ პერიოდში სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევითაა დაზღვეული, მასზე გაგრძელდება სავალდებულო დაზღვევა. ამასთანავე, უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში (60 წლის ასაკის შემდგომ) იგი აუცილებლად უნდა იყოს სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევაში.

დაქირავებულთათვის სავალდებულო სამედიცინო გადასახადი შეადგენს მათი შემოსავლის 1.75%-ს. ხოლო დამქირავებლები იხდიან თავიათი შემოსავლის 6.35%-ს.

სავალდებულო სამედიცინო შენატანი გადაეცემა ცენტრალურ ფონდს, რომელსაც მართავს სოციალური სამედიცინო დაზღვევის საბჭო. ცენტრალური ფონდი მოკრებულ თანხებს ანაწილებს სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო ფონდებში. სამედიცინო სადაზღვევო ფონდები მათთან დაზღვეულ თითოეულ პირზე ღებულობენ რისკზე გათვლილ სულადობრივ ანაზღაურებას, რომელიც ითვალისწინებს ასაკს, სქესს, შრომისუნარიანობას და რეგიონს.

სამედიცინო სადაზღვევო ფონდებს გაფორმებული აქვთ ხელშეკრულებები სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებთან. დადებული ხელშეკრულებების საფუძველზე სამედიცინო დაზღვევის ფონდები აფინანსებენ სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლებს.

სავადმყოფოებისათვის განსაზღვრულია პროსპექტული გლობალური ბიუჯეტი. ხოლო ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ანაზღაურება ხორციელდება სულადობრივი მეთოდის მიხედვით.

სამედიცინო დახმარების ზოგიერთ სახეებზე (მვირადღირებული მედიკამენტები) თანაგადახდაა დაწესებული, რომელსაც დაზღვეული პირდაპირ სამედიცინო დახმარების მიმწოდებელს უხდის.

სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის საშუალებით პაციენტზე გაწეული სამედიცინო დახმარების დანახარჯების დაახლოებით 90 % იფარება. დანარჩენი 10% ის შესავსებად დაწესებულია ფიქსირებული სამედიცინო გადასახადი, რომლის ზომას თვითონ სადაზღვევო ფონდი განსაზღვრავს.

სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა სამედიცინო დახმარების შემდეგ სახეებზე ვრცელდება:

- ზოგადი პრაქტიკის ექიმების და სპეციალისტების მიერ თერაპიული და ქირურგიული მკურნალობა;
- ფიზიოთერაპია;
- მეტყველების თერაპია;
- სამეანო დახმარება (ჩვეულებრივ, ბებიაქალი აწარმოებს); სტომატოლოგიური სამედიცინო დახმარება (18 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის სამედიცინო დახმარების ფართო სახეებია მოცული. მოხუცებისთვის და პენსიონერებისთვის ლიმიტირებულია);
- საავადმყოფოში მიმართვა და გატარებული საწოლ/დღეები;
- ფარმაცევტული სამედიცინო დახმარება (მედიკამენტები), ტრანსპორტი (სასწრაფო);
- ჰემოდიალიზი;
- ქრონიკული რესპირატორული დაავადებები;
- თრომბოზის პროფილაქტიკა;
- აუდიოლოგიური დახმარება;
- რეაბილიტაცია.

1995 წელს ჯანდაცვაზე დახარჯული თანხების 71.3% დაფინანსდა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის საშუალებით. 1990 წელს იგი შეადგენდა 64%-ს.

7.4. კერძო სამედიცინო დაზღვევა

პირებს, რომლებზეც კანონის შესაბამისად სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა არ ვრცელდება უფლება აქვთ დაეზღვიონ კერძო სამედიცინო სადაზღვეო კომპანიაში. კერძო სამედიცინო დაზღვევაში დაზღვეულია – 5.5 მლნ. მოქალაქე. კერძო სამედიცინო სადაზღვეო კომპანიებს უფლება აქვთ არ დააზღვიონ მათთვის არასასურველი პაციენტები. გამონაკლისს წარმოადგენს სამედიცინო

დაზღვევის ხელმისაწვდომობის კანონით დადგენილი სტანდარტული პაკეტი (Standart Pachet Policy).

კერძო სამედიცინო სადაზღვეო კომპანიებს დაწესებული აქვთ ნომინალური სამედიცინო შენატანი, რომელიც დამოკიდებულია დაზღვეულის ასაკზე. სტანდარტული პაკეტისა და სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის მსგავსი პაკეტისათვის კერძო სადაზღვეო კომპანიაში საშუალო ფიქსირებული შენატანი შეადგენს დაახლოებით 730 ევროს.

7.4.1. სამედიცინო დაზღვევის ხელმისაწვდომობის კანონი

1986 წლის 1 აპრილიდან ნებაყოფლობითი სოციალური დაზღვევის სქემამ გარკვეული ცვლილებები განიცადა. სამედიცინო დაზღვევის ხელმისაწვდომობის აქტის (Medical Insurance Access Act) მიხედვით განისაზღვრა კერძო დაზღვევის სისტემის ძირითადი მომენტები. აღსანიშნავია, რომ ამ აქტის საფუძველზე მიღებული კერძო სამედიცინო სადაზღვეო პაკეტი ძალიან ემსგავსებოდა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პაკეტს. მოსახლეობის 31%-დან, რომელიც კერძო სამედიცინო დაზღვევითაა მოცული, მხოლოდ 14%-ს გააჩნია სტანდარტული პაკეტი, 86% აქვს ინდივიდუალური კერძო პოლისი.

სტანდარტული პაკეტი აქვთ მოსახლეობის შემდეგ ჯგუფებს:

- ნიდერლანდების მოქალაქეები, რომლებმაც გარკვეული მიზეზების გამო დატოვეს სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის ან სახელმწიფო მოხელეების დაზღვევის სისტემა;
- ნიდერლანდების მოქალაქეები, რომლებიც არ არიან დაზღვეულები;

- მოქალაქეები, რომლებმაც მიიღეს ნიდერლანდების მოქალაქეობა, რომლებიც წინათ სამედიცინო დაზღვევის გარკვეული ფორმით იყვნენ დაზღვეული;
- 65 წელს ზევით ასაკის მოქალაქეები, რომლებსაც წინათ კერძო დაზღვევის სისტემის გარკვეული ფორმით იყვნენ დაზღვეული.

7.4.2. სავალდებულოდ დაზღვეულ მოხუცთა თანადაფინანსების კანონი

65 წელს გადაცილებულ პირთა უმრავლესობა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევითაა მოცული. სოციალური სამედიცინო დაზღვევისათვის დამახასიათებელი მაღალი დანახარჯების საკომპენსაციოდ მიღებულ იქნა სავალდებულოდ დაზღვეულ მოხუცთა თანადაფინანსების კანონი. (Act on Cofinancing the Over-representing of the Elderly obligatory insureds – MOOZ).

კანონის თანახმად, მაღალი დანახარჯების კომპენსაციისთვის ყოველი დაზღვეული, რომელიც მოცულია კერძო სამედიცინო დაზღვევით, ვალდებულია გადაიხადოს საკომპენსაციო შენატანი. ასეთი სახის სამედიცინო დაზღვევაზე პასუხისმგებლობის განსახორციელებლად შეიქმნა სპეციალური სამსახური - Pooling Foundation, რომელიც ჯანდაცვის მინისტრთან, სამედიცინო სადაზღვევო ფონდების საბჭოსთან შეთანხმებით ადგენს სამედიცინო შენატანის ზომას. 2000 წელს ასეთი სახის დაზღვევისთვის დაწესებული იყო 100.74 ევროს გადახდა (20-დან 64 წლამდე ასაკის დაზღვეულთათვის, 50.37 ევრო (0-დან 19 წლამდე ასაკის დაზღვეულთათვის).

7.5. დამატებითი ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა

სამედიცინო დახმარების ასეთ სახეებზე, რომლებზეც არ ვრცელდება განსაკუთრებული სამედიცინო დანახარჯების და სოციალური სამედიცინო დაზღვევის კანონები არ არსებობს დამატებითი ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა. სავალდებულო და კერძო სადაზღვევო ფონდებს შეუძლიათ განახორციელონ დამატებითი, ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა, რისთვისაც დაზღვეული ვალდებულია გადაიხადოს დამატებითი გადასახადი.

დამატებითი სამედიცინო დაზღვევა მოიცავს: მოზრდილთა სტომატოლოგიურ დახმარებას, საავადმყოფოში განსაკუთრებული პირობების შექმნას (კერძო ოთახი და სხვ.), ალტერნატიული სამედიცინო დახმარების ისეთ სახეებს, როგორცაა: ჰომეოპათია, კოსმეტიკური ქირურგია, აკუპუნქტურა, ორთოდონტული მკურნალობა, სამედიცინო ასისტანსი.

თავი 8. სამედიცინო დახმარების სისტემის ძირითადი ასპექტები

8.1. სამედიცინო დახმარების პირველი დონე

ნოდერლანდების ჯანდაცვის სისტემა ხასიათდება მკაცრად განსაზღვრული რეფერალური სისტემით, რომელშიც ზოგადი პრაქტიკის ექიმს ძლიერი „მეჭიშკრის“ როლი უკავია. მისი მიმართვის გარეშე პაციენტს არ აქვს სტაციონარული სამედიცინო დახმარების მიღების უფლება (გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გარდა).

ნოდერლანდებში პირველად სამედიცინო დახმარებას 7 345 ზოგადი პრაქტიკის ექიმი ახორციელებს. ჰოლანდიის ყველა მოქალაქეს ჰყავს ზოგადი პრაქტიკის ექიმი. მასთან დარეგისტრირებულია დაახლოებით 2119 პაციენტი (მინიმალურ ზღვარს წარმოადგენს 1600 პაციენტი). პაციენტს აქვს ზოგადი პრაქტიკის ექიმის არჩევის უფლება. დაზღვეულს მხოლოდ გარკვეული წესის მიხედვით შეუძლია შეიცვალოს ზოგადი პრაქტიკის ექიმი. ზოგადი პრაქტიკის ექიმის არჩევისას დაზღვეული ვალდებულია აცნობოს სადაზღვევო კომპანიას. სასურველია დაზღვეულმა აარჩიოს მის რაიონში, ან მახლობლად მცხოვრები ზოგადი პრაქტიკის ექიმი.

ზოგადი პრაქტიკის ექიმის სამედიცინო დახმარება მოიცავს როგორც ქირურგიულ ასევე პაციენტის სახლში ვიზიტს, სტისტიკური მონაცემებით, პაციენტის ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან მიმართვიანობის საშუალო წლიური მაჩვენებელი 5-ს შეადგენს. ზოგადი პრაქტიკის ექიმთან კონსულტაციების პროცენტული მაჩვენებელი შეადგენს 75%-ს.

ნოდერლანდებში ზოგადი პრაქტიკის ექიმები გაერთიანებულია ზოგადი პრაქტიკის ექიმების ეროვნულ ასოციაციაში, რომელიც მათი ინტერესების დამცველ ორგანიზაციას წარმოადგენს.

პირველადი სამედიცინო დახმარების დასაფინანსებლად სადაზღვევო კომპანია ცენტრალური ფონდის საშუალებით ღებულობს ანაზღაურებას, რომელიც დამოკიდებულია მასთან რეგისტრირებულ დაზღვეულთა რაოდენობაზე. 1993 წლიდან თითოეულ დაზღვეულზე რისკზე გათვლილი სულადობრივი ნორმატივი დაწესდა. რისკზე გათვლილი სულადობრივი ნორმატივი დამოკიდებულია იმ რისკის ჯგუფზე, რომელსაც ეკუთვნის დაზღვეული. იგი დაფუძვნიებულია შემდეგ პარამეტრებზე:

- ასაკი;
- სქესი;
- რეგიონი;
- შრომისუნარიანობა.

ნოდერლანდებში საკმაოდ მაღალია ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების მისაღებად საჭირო „მოცდის დრო“, იგი შეადგენს 10.8 დღეს. ამ მხრივ იგი ჩამორჩება მხოლოდ დიდ ბრიტანეთს (36.3 დღე), ნორვეგიას (33.7 დღე), ირლანდიას (27.4 დღე), ესპანეთს (12 დღე).

ცხრილი: ამბულატორიული სამედიცინო დახმარების მისაღებად საჭირო „მოცდის დრო“ (1989 წ.)

ქვეყანა	მოცდის დრო
დიდი ბრიტანეთი	36.3 დღე
ნორვეგია	33.7 დღე
ირლანდია	27.4 დღე
ესპანეთი	12 დღე
ნიდერლანდები	10.8 დღე
ბელგია	7.5 დღე
გერმანია	6.9 დღე
საფრანგეთი	6.3 დღე

წყარო: ეკონომიკური თანამშრომლობისა და განვითარების ორგანიზაცია. ფაქტები და მიმართულებები. 1989 წ.

8.2. სამედიცინო დახმარების მეორე დონე

სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულებები წარმოადგენენ კერძო არამომგებიან დაწესებულებებს. ნიდერლანდებში საავადმყოფოები ძირითადად 4 სახისაა:

- ზოგადი და საუნივერსიტეტო საავადმყოფოები;
- ფსიქიატრიული საავადმყოფოები;
- მედლის სახლები სომატური და ფსიქოგერიატრიული პაციენტებისთვის;
- ფსიქიურად ინვალიდი პაციენტების მოვლისთვის განკუთვნილი სამედიცინო დაწესებულებები.

ნიდერლანდებში 103 ზოგადი პროფილის საავადმყოფოა, 8 საუნივერსიტეტო საავადმყოფო, 40 კერძო კლინიკა. კერძო კლინიკები მომგებიანი სამედიცინო დაწესებულებებია.

ნიდერლანდებში არ არის სპეციალიზებული საავადმყოფოები. მაგ: დერმატოლოგიური, ან კარდიოლოგიური საავადმყოფო. საავადმყოფოები უფრო შერეული ზოგადი პროფილისაა. საავადმყოფოს ერთერთ შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს ამბულატორიული განყოფილებები. უკანასკნელ წლებში ფართოდ განვითარდა დღის სტაციონარებიც.

ჯანდაცვის ხარჯების შესამცირებლად სამინისტრომ 1982 წელს შეიმუშავა სპეციალური გეგმა, რომელიც ითვალისწინებდა 25 საავადმყოფოს და 8000 საწოლის დახურვას. რეფორმა გარკვეული წინააღმდეგობით მიმდინარეობდა საავადმყოფოების და პერსონალის მხრიდან. მიუხედავად სირთულეებისა, 1990 წელს საწოლების რაოდენობა ყოველ 1000 მოსახლეზე 4.7-დან 4.3-მდე შემცირდა. მომავალში გამიზნულია საწოლების რაოდენობის შემცირება 4.3-დან 3.4-მდე.

ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმების შედეგად მნიშვნელოვნად შემცირდა საავადმყოფოებში გატარებული საწოლ-დღეების რაოდენობა, რომელიც განაპირობა პროსპექტული ბიუჯეტით ანაზღაურების მეთოდის შემოღებამ. 1990 წელს 1986 წელთან შედარებით გატარებულ საწოლ-დღეთა რაოდენობა 2431-ით შემცირდა, ხოლო საწოლთა დატვირთვა 3.9%-ით, რაც გამოწვეული იყო საშუალო დაყოვნების ხანგრძლივობის 1.1%-ით შემცირებით.

ცხრილი: საწოლთა რაოდენობა 1000 მოსახლეზე (1986-1990 წწ.)

	1986	1987	1989	1989	1990
ზოგადი საავადმყოფო	3.9	3.8	3.7	3.6	3.5
აკადემიური საავადმყოფო	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5
სპეციალიზებული საავადმყოფო	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3
სულ	4.7	4.7	4.6	4.5	4.3
ფსიქიატრიული საავადმყოფო	1.7	1.7	1.7	1.6	1.6
მედდის სახლები	3.4	3.4	3.4	3.4	3.5
ხანდაზმულთა სახლები	9.5	9.5	9.3	9.3	9.2

წყარო: National Hospital Institute Financial Survey Department of Health 1991

თუ წინა პერიოდში გატარებული საწოლ-დღეთა რაოდენობა ყოველწლიურად 1.5%-ით მცირდებოდა, 1983 წლის შემდეგ მათი რიცხვი საშუალოდ 3.7%-ით შემცირდა. აღსანიშნავია, რომ გაიზარდა დღის სტაციონარების ხვედრითი წილი. 1988 წელს 1983 წელთან შედარებით ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებში დღის სტაციონარებში გატარებული საწოლ-დღეების რაოდენობა 143%-ით გაიზარდა. 1983 წელს იგი შეადგენდა 124 000, ხოლო 1988 წელს – 302 000. მიუხედავად ფინანსური რესურსების

შეზღუდვისა, 1989 წელს 1982 წელთან შედარებით საავადმყოფოს უფრო მაღალი დანაზოგი გააჩნდა.

ცხრილი: სტაციონარული სამედიცინო დახმარება (1986-1990 წწ.)

	1986	1987	1988	1989	1990
საავადმყოფო					
მიმართვიანობა	1555	1526	1530	1547	1542
საწოლ-დღეები	19755	19161	18155	17777	17324
ზოგადი საავადმყოფო					
საწოლის დატვირთვა %	76.4	11.5	11.2	10.9	10.6
დაყოვნების ხანგრძლივობა	11.7	11.5	11.2	10.9	10.6
ფსიქიატრიული საავადმყოფო					
მიმართვიანობა	33890	34725	35099	35812	36391
საწოლ-დღეები	8427	8514	8572	8444	8502
საწოლის დატვირთვა %	93	93.5	94.3	93.6	93
მედიის სახლები					
მიმართვიანობა	41513	39360	40416	40835	42797
საწოლ-დღეები	17768	17819	18157	18271	18353
საწოლის დატვირთვა %	98	98	98	98.1	97.7
ხანდაზმულთა სახლები					
მიმართვიანობა	6558	7170	8257	10480	10797
საწოლ-დღეები	10993	10987	10989	10956	10932
საწოლის დატვირთვა %	98.5	99.2	99.5	99.5	99.7
ადგილები	147773	146170	144250	143900	131400
ადგილის დატვირთვა %	97.3	97.1	96.7	96.4	96.4

ნიდერლანდების ჯანდაცვის სისტემა ხასიათდება ჰოსპიტალიზაციის დაბალი მაჩვენებლით. ყოველი 1000 პაციენტიდან საშუალოდ 4 პაციენტს უტარდება სტაციონარული სამედიცინო დახმარება. ერთი წლის განმავლობაში პაციენტის სპეციალისტთან კონსულტაციების რაოდენობა შეადგენს 37%-ს. საავადმყოფოში დაყოვნების ხანგრძლივობა შეადგებს 10.6 დღეს.

სტაციონარულ სამედიცინო დახმარებას ეწევა 14 779 სპეციალისტი. გერმანიისგან და საფრანგეთისგან განსხვავებით ნიდერლანდებში სპეციალისტი მხოლოდ საავადმყოფოში მუშაობს და მის გარეთ საექიმო მოღვაწეობის უფლება არ აქვს. სპეციალისტების საერთო რაოდენობიდან 65% საავადმყოფოში მუშაობს, ხოლო 35% საუნივერსიტეტო (ე.წ. აკადემიურ) საავადმყოფოებში.

საავადმყოფოებს ძირითადად ორი დირექტორი მართავს: სამკურნალო (პასუხისმგებელია პაციენტთათვის სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფაში) და მართვის დარგში (პასუხისმგებელია საავადმყოფოს ადმინისტრაციულ და ფინანსურ მხარეზე). საავადმყოფოს მართვას აკონტროლებს საზოგადოების წევრებისგან შემდგარი საბჭო.

პაციენტს არ შეუძლია ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მიმართვის გარეშე სტაციონარული სამედიცინო დახმარების მიღება (გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გარდა). გამონაკლისს წარმოადგენს გინეკოლოგთან (ბეზიაქალს შეუძლია გააგზავნოს) და სტომატოლოგ ქირურგთან (სტომატოლოგს შეუძლია გააგზავნოს) ვიზიტი. პაციენტმა საცხოვრებელ ადგილთან ახლოს მყოფ სპეციალისტს ირჩევს. პაციენტს შეუძლია ტერიტორიული უბნის გარეთ მცხოვრებ სპეციალისტსაც მიმართოს, რისთვისაც აუცილებელია სადაზღვევო კომპანიის წინასწარი თანხმობა.

პაციენტი ძირითადად ზოგადი პროფილის საავადმყოფოში იგზავნება, მხოლოდ მძიმე დაავადებისას ხორციელდება საუნივერსიტეტო (აკადემიურ) საავადმყოფოში გაგზავნა. სამედიცინო

დახმარების გარკვეული სახეების (მაგ: პლასტიკური ქირურგიული მკურნალობა) ჩატარება მხოლოდ აუცილებლობის შემთხვევაშია შესაძლებელი.

პაციენტის ჰოსპიტალიზაციისთვის საჭიროა სადაზღვეო კომპანიის თანხმობა. ურგენტულ შემთხვევებში თანხმობის მიღება შესაძლებელია ჰოსპიტალიზაციის შემდგომ. კერძო კლინიკებში, ჰოსპიტალიზაციისათვის სადაზღვეო კომპანიის თანხმობა არ არის აუცილებელი.

ნიდერლანდებში საკმაოდ მაღალია სტაციონარული სამედიცინო დახმარების მისაღებად საჭირო „მოცლის დრო“. უმთავრესად იგი ეხება კარდიოქირურგიულ, ორთოპედიულ და ოფთალმოლოგიურ დაავადებებს, „მოცლის დრო“ დაახლოებით 18.8 დღეს შეადგენს. ამ მხრივ იგი ჩამორჩება მხოლოდ დიდ ბრიტანეთს (29.6 დღე) და ესპანეთს (21.9 დღე).

8.3 ფსიქიატრიული სამედიცინო დახმარება

ამბულატორიული ფსიქიატრიული სამედიცინო დახმარება ხორციელდება 58 რეგიონალური ცენტრის საშუალებით. თითოეული ცენტრი ემსახურება დაახლოებით 250 000 მოსახლეს. მათ მიერ გაწეული სამედიცინო დახმარება მოიცავს მწვავე შემხვევების მკურნალობას, ფსიქოლოგიურ და ფსიქიატრიულ კონსულტაციას, ფსიქოთერაპიას. წლის განმავლობაში დაახლოებით 170 000 პაციენტი ღებულობს ამბულატორიულ ფსიქიატრიულ სამედიცინო დახმარებას, ხარჯებს იხდიან სადაღვევო ფონდები. ამ ცენტრებს გარდა ალკოჰოლიზმისა და ნარკომანიის სამკურნალოდ არსებობს 16 საკონსულტაციო ცენტრი, რომელიც ყოველწლიურად დაახლოებით 45 000 პაციენტს უწევს სამედიცინო დახმარებას. ცენტრებში დასაქმებულია დაახლოებით 500 ფსიქიატრი.

ნიდერლანდებში 2700 დღის სტაციონარი და 348 ფსიქიატრიული სამედიცინო დახმრების ცენტრია, სადაც სპეციალისტები ეწვეიან ფსიქიატრიულ სამედიცინო დახმარებას. ქრონიკულად ავადმყოფთა სამკურნალოდ არსებობს დაახლოებით 3300 სპეციალური სახლები.

სტაციონარული სამედიცინო დახმარება ტარდება 54 ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში (22 700 საწოლი) და ზოგადი საავადმყოფოების ფსიქიატრიულ განყოფილებებში (2 200 საწოლი).

ფსიქიატრიული სამედიცინო დაწესებულებები არამომგებიანი დაწესებულებებია. მათი მართვის სისტემა ზოგადი საავადმყოფოების მსგავსად ხორციელდება. აღსანიშნავია, რომ უკანასკნელ წლებში მნიშვნელოვნად შემცირდა ჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა რიცხვი, რადგან გაიზარდა დღის სტაციონარებისა და სპეციალიზებული სახლების ქსელი, სადაც ქრონიკულ ავადმყოფებზე და საშუალო სიმძიმის მწვავე შემთხვევებში ტარდება სამედიცინო დახმარება. კლინიკური და ამბულატორიული დაესებულებები ინტეგრირებულია მრავალფუნქციონალურ გაერთიანებებში. ზოგიერთ რეგიონში სტაციონარული, ნახევრადსტაციონარული და ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულებები ერთ მთლიან კომპლექსს წარმოადგენს.

8.4. მედღის სახლი, ხანდაზმულთა სამედიცინო დახმარება

ნიდერლანდებში ფართოდაა გავრცელებული მედღის სახლები. აღსანიშნავია, რომ მედღის სახლებში უფრო მეტი ადამიანი იღებს სამედიცინო დახმარებას, ვიდრე საავადმყოფოებში. მედღების სამედიცინო დახმარებით დაზღვეულია მთელი მოსახლეობა. მედღები სამედიცინო დახმარებას ეწვეიან სახლებში და სპეციალიზებულ სამედიცინო დაწესებულებებში. აღსანიშნავია, რომ სახლებში და დღის სტაციონარებში გაწეული სამედიცინო დახმარება ხასიათდება მაღალი ეკონომიკური ეფექტურობით. სახელმწიფო

ცდილობს გაზარდოს ასეთი სახის სამედიცინო დაწესებულებების ქსელი.

ხანდაზმულთათვის განკუთვნილი დაწესებულებები გაყოფილია 2 მთავარ ჯგუფად: მედლების სახლები და ხანდაზმულთა სახლები. 1990 წელს ქვეყანაში ფუნქციონირებდა 334 მედლის (51 700 საწოლი) და დაახლოებით 1500 ხანდაზმულთა სახლები (135 000 ადგილი). მედლის სახლები ახორციელებდნენ სომატურ (27 000 საწოლი) და ფსიქოგერიატრიულ (25 000 საწოლი) სამედიცინო დახმარებას. მედლების სახლებში აგრეთვე ტარდება სტაციონარიდან გაწერილ პაციენტების რეაბილიტაცია. შიდსით დაავადებულთა სამედიცინო დახმარება.

8.5 შიდსის მკურნალობა

ნიდერლანდებში შიდსით დაავადებულთა სამკურნალოდ დაახლოებით 60 სპეციალური მედლის სახლებია. მკურნალობა ტარდება აგრეთვე საავადმყოფოებში. 1986 წელს შიდსზე სისხლის გამოსაკვლევად გამოიყო 12 მლნ გულდენი.

8.6 ფსიქიურად დაავადებულთა სამედიცინო დახმარება

ნიდერლანდებში ფსიქიურად ინვალიდთა სამედიცინო დახმარება ფსიქიატრიული სამედიცინო დახმარება ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად ხორციელდება. 1990 წლისათვის ქვეყანაში არსებობდა 123 დაწესებულება (31 500 ადგილი) 9–12 კაციანი ჯგუფისათვის, რომელიც 24 საათიან სამედიცინო დახმარებას ეწეოდა. აგრეთვე ბავშვებისა და მოზრდილთათვის განკუთვნილი 300 დღის ცენტრი (14 000 ადგილი) და 520 სახლი (14 000 ადგილი), 450 სპეციალური სკოლა (23 000 ადგილი), 120 სახელოსნო 23 000 ფსიქიურად ინვალიდი პირისათვის.

აღანიშნავია, რომ საკმაოდ დიდია მოცდის სიები, რომელიც სტაციონარული სამედიცინო დახმარებისთვის დაახლოებით 2800-ს შეადგენს. ფსიქიურად ინვალიდთა მომსახურების ორგანიზაცია ნებაყოფლობით ხასიათს ატარებს.

8.7. სტომატოლოგიური სამედიცინო დახმარება

სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის კომპანია სტომატოლოგიურ სამედიცინო დახმარებას ანაზღაურებს შემდეგ შემთხვევებში:

- 0–დან 13 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის მკურნალობა უფასოა;
- 13-დან 18 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის უფასოა, მხოლოდ აუცილებელია სტომატოლოგიური ბარათის ქონა. ასეთი ბარათის უქონლობის შემთხვევაში პაციენტი იხდის დანახარჯების ნახევარს, მაქსიმუმ 500 გულდენს 12 თვის განმავლობაში.
- 18 წლის შემდგომ პაციენტს უფასოდ უტარდება პროფილაქტიკური მკურნალობა (კბილის შემოწმება, ქვების ამოღება, წამლების გამოწერა ან სპეციალისტთან გაგზავნა)

18 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის თითქმის ყველა სახის სტომატოლოგიური მკურნალობა უფასოა, გვირგვინისა და ორთოდონტული მკურნალობის გარდა. სტომატოლოგიური სამედიცინო დახმარება, რომელსაც არ მოიცავს სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა, შეიძლება განხორციელდეს დამატებითი სადაზღვევო სისტემით, ან კერძო სადაზღვევო კომპანიის მიერ.

პაციენტის სტომატოლოგთან ვიზიტისათვის არ არის საჭირო ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მიმართვა.

8.8 სამეანო დახმარება

მშობიარეს თავისი სურვილისამებრ შეუძლია სახლში ან საავადმყოფოში იმშობიაროს. სახლში მშობიარობისას სადაზღვევო კომპანია იმ შემთხვევაში აფინანსებს ზოგადი პრაქტიკის ექიმს, თუ მახლობელ უბანში ბებიაქალი არ არის. ორსული ვალდებულია სამეანო ცენტრში გაიაროს რეგისტრაცია. სამეანო დახმარება სახლში, ან საავადმყოფოში ნაწილობრივ ფინანსდება სადაზღვევო კომპანიის მიერ. გარკვეულ გადასახადს დაზღვეული იხდის. სამეანო დახმარების სახლში გაწევისას, დაზღვეული 6.50 გულდენს იხდის ერთ საათში (ორივე პირისთვის: დედა და ბავშვი)

თუ მშობიარობა ჰოსპიტალიზაციას საჭიროებს, დაზღვეული არ იხდის დამატებით გადასახადს ასეთ შემთხვევაში სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო ფონდი დღეში 315 გულდენს იხდის. არააუცილებელი სამედიცინო დახმარების შემთხვევაში დაზღვეული საავადმყოფოში გატარებული დღეებისთვის სპეციალურ შენატანს იხდის. შენატანის ზომას ადგენს თვითონ საავადმყოფო. თუ ქალი არანაკლებ 12 თვის განმავლობაში დამატებითი სამედიცინო დაზღვევითაა დაზღვეული, თავისუფლდება თანაგადასახადისგან.

8.9. მედიკამენტებით უზრუნველყოფა

ექიმის მიერ გამოწერილი მედიკამენტები, რომლებიც სპეციალურ ჩამონათვალთა სისტემაში (Pharmaceutics Reimbursement System. CVS) შედის, ანაზღაურდება სადაზღვევო კომპანიის მიერ. არსებობს გარკვეული წესი, რომლის მიხედვით პაციენტი ზოგ მედიკამენტს განსაზღვრული დროის განმავლობაში ღებულობს (მაგ კონტრაცეპტივები შეიძლება გამოეწეროს მაქსიმუმ 6 თვის განმავლობაში). ჩვეულებრივ, ყოველი ზოგადი პრაქტიკის ექიმისთვის ცნობილია თითოეულ

დაავადებაზე გამოსაწერი მედიკამენტების რაოდენობა. ზედმეტი რაოდენობის გამოწერის შემთხვევაში, ფარმაცევტი პაციენტთან კონსულტაციის შემდეგ გასცემს შესაბამისი რაოდენობის მედიკამენტს. პაციენტის თანხმობის შემთხვევაში, იგი ვალდებულია გადაიხადოს დამატებითი თანხა.

1982 წლამდე ჯანდაცვის სამინისტრო ცდილობდა მოეხდინა მედიკამენტების ფასებზე რეგულირება, მაგრამ გატარებულ ღონისძიებებს რაიმე შედეგი არ მოჰყოლია. მედიკამენტების მწარმოებლები წინააღმდეგობას უწევდნენ სამინისტროს ყოველ მცდელობას. 1988 წელს მიღწეულ იქნა შეთანხმება, რომლის მიხედვით მედიკამენტებზე ყოველწლიური დანახარჯები არ უნდა გაზრილიყო 3%-ზე მეტად. 1990 წელს გაუქმდა მედიკამენტებზე დაწესებული თანაგადახდა (თითოეულ მედიკამენტზე 2.5 გულდენი).

გამოყენებული ლიტერატურა

- Altenstetter Crista; Bjorkman James Warner (1997): Health Policy Reform, National Variations and Globalization. International Political Science Association.
- Bjorkman James Warner; Okma Kieke G.H (1997): Restructuring Health Care System in the Netherlands. Health Policy Reform, National Variations and Globalization. International Political Science Association.
- Bos Monica. (2000). Health and Health Care in the Netherlands. Zorgver-zekeraars Netherlands.
- Donaldson C. Magnussen J.D.R.G: The Road to Hospital Efficiency - Health Policy, 21, 1992, pp. 47-64.
- Enthoven, A. C. (1998). Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance (Amsterdam)
- Grunwald, C.A. and A.F. Mantel. 1992. "The Netherlands." Pp. 104-115 in *European Health Services Handbook*, edited by N. Leadbeater. London: Institute of Health Services Management.
- Kirkman-Liff, B. 1989. "Cost Containment and Physician Payment Methods in the Netherlands." *Inquiry* 26 (winter): 468-482
- Leiverdink, Harm. Made Jan H. Van Der. (1997). The Reform of Health Insurance System in Netherlands. Health Policy Reform, National Variations and Globalization. International Political Science Association.
- Lieverdink, H. and H. Maarse. 1995. "Negotiating Fees for Medical Specialists in the Netherlands." *Health Policy* 31: 81-101.
- Londen J. Van. (1996) Dutch Health Care Study in Purple. Country Profile.
- Ministry of Health Welfare and Sport The Netherlands. Quality of Care. Documentation. 1997.
- Ministry of Health Welfare and Sport The Netherlands. Social Policy in the Netherlands. Documentation. 1997.

- Mulder Jannes H. (2000). Healthcare Rationing in the Netherlands: The Need for Specific Guidelines. *Medicine and Community*.
- Ovretveit, J. 1996. "Informed Choice? Health Service Quality and Outcome Information for Patients." *Health Policy* 37: 75-90.
- Saltman, R. and A. de Roo. 1989. "Hospital Policy in the Netherlands: The Parameters of Structural Stalemate." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 14(4, winter): 773-795.
- Schrijvers, A.J.P. and L. Kodner, Editors. 1997. *Health and Health Care in the Netherlands*. Utrecht: De Tijdstroom.
- van de Veu, W. 1997. "The Netherlands." Pp. 87-103 in *Health Care Reform: Learning from International Experience*, edited by C. Ham. Buckingham: Open University Press.
- van der Grinten, T. 1996. "Scope for Policy: Essence, Operation and Reform of the Policy of Dutch Health Care." Pp. 135-154 in *Fundamental Questions about the Future of Health Care*, edited by L.J. Gunning-Schepers, G. J. Kronjee, R.A. Spasoff. The Hague: Sdu Uitgevers.