

კონკურენტული სამედიცინო დაზღვევის სისტემა, ისრაელის სახელმწიფოს მაგალითზე.

ივანე კერესელიძე

სამაგისტრო ნაშრომი წარდგენილია ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის მეცნიერებათა და ხელოვნების ფაკულტეტზე, ჯანდაცვის ადმინისტრირების მაგისტრის აკადემიური ხარისხის მინიჭების მოთხოვნების შესაბამისად.

ჯანდაცვის პოლიტიკა და მენჯემენტი.

სამეცნიერო ხელმძღვანელი: თენგიზ ვერულავა

ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

თბილისი, 2013

აბსტრაქტი

ჯანდაცვის სისტემაში ბოლო წლებში განხორციელებული, რეფორმები რომელიც მიმართული იყო რათა ჩამოყალიბებულიყო "რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო სისტემა" დაიწყო გასული საუკუნის 90 იან წლებში, კერძოდ 1993 წელს ნიდერალანდების სახელმწიფომ დაიწყო ამ სისტემის დანერგვა, რომელიც შემდეგომ გადმოიღო და წარმატებით განახორციელა სხვა სახელმწიფოებმა. აღსანიშნავია, რომ საქართველოში იყო რამდენიმე წელი მცდელობა და ტენდენციები, რომ სადაზღვევო სისტემა ამ მოდელზე შექმნილიყო, თუმცა გარკვეული მიზეზების გამო ეს პროცესი ამ ეტაპისთვის შენელებულია. ამ ნაშრომში განხილულია კონკურენტული დაზღვევის სისტემის მთელი რიგი თავისუბერებები, რომელიც ისრაელმა დანერგა თავის სახელმწიფოში და ერთ-ერთ წარმატებულ სისტემადაც არის აღიარებული.

ისრაელის სახელმწიფო შეიქმნა 1948 წელს. ისრაელი პატარა ქვეყანაა რომელის ფართობი მოიცავს, 22 072 კილომეტრ კვადრატს. 2007 წლის მონაცემებით ქვეყნის მოსახლეობა შეადგენს 7.2 მლნ ადამიანს, რომელთა შორის 76 % ებრაელია, 17 % მუსლიმი არაბი 3,2 % ქრისტიანი. ასევე აღსანიშნავია, რომ ისრაელის მოსახლეობა შედარებით ახალგაზრდაა, რომლის 28 %-ს 15 წელზე ნაკლები ასაკის ადამიანები შეადგენენ, 10 %-ს კი 64 წელზე ზემოთ მყოფი ასაკის ადამიანები. ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას ისრაელში მთელი რიგი ისტორიული პროცესები უდგას სათავეში, უნდა აღინიშნოს, რომ გასული საუკუნის 1970 იან წლების ბოლოსკენ, ისრაელში და კიდევ სხვა ქვეყნებში, მწიფოდებოდა მოსახლეობის უკმაყოფილების ტალღა, სამედიცინო სისტემის და ზოგადად ჯანდაცვის სისტემის მიმართ, რომელიც იყო გამოწვეული, ხანდახმულ მოსახლეთა და ქრონიკულ ავადმყოფთა სამედიცინო საერვისების მიღების მოთხოვნის მუდმივი ზრდით. ისრაელის მოსახლეობას, ჰქონდა მოლოდინი და მოთხოვნები, რომ მიიღებდნენ თანამედროვე და პროგრესულ სამედიცინო სერვისებს. თანამედროვე სამედიცინო განვითარება, კი მოითხოვდა ინვესტიციებს, უახლოესი ტექნოლოგიებით ახჭურვას და ექიმების სექტორს, რომელიც დააკმაყოფილებდა თანამედროვე სტანდარტებს. იმ პერიოდში და დღევანდელ პერიოდშიც ეს პროცესები, ყოველთვის იძლეოდა ჯანდაცვის ხარჯების მომატების რეზულტატს, სწორად ამ პროცესებმა განაპირობა ოთხმოციანი წლების ბოლოს, სახელმწიფოს გადაწყვეტილება, რომ ჩამოყალიბებულიყო მკველვართა ჯგუფი, რომელსაც უნდა ეკვლია არსებული მდგომარეობა და ის სამომავლო ნაბიჯები რომელიც, განავითარდებდა ზოგადად ჯანდაცვის სისტემას. ამ კომისიამ სახელწოდებით ნეტანიუაჰუს კომისია, გამოყო მთელი რიგი პრობლემები და ის

გრძელვადიანი სამომავლო ნაბიჯები, რომელიც ჯანდაცვის სამინისტრომ, როგორც უმაღლესმა ორგანომ და პასუხისმგებლემ პირმა ამ სისტემის წარმატებით დანერგა და განავითარა და ჩაუყარა საფუძველი დღევანდელ ისრაელის კონკურენტული ჯანდაცვის სისტემას. ისრაელში არის ჯანმრთელობის ეროვნული დაზღვევის სისტემა (NHI-National Health Insurance), რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო სერვისებით საყოველთაო, უნივერსალურ მოსახლეობის მოცვას. ყველა ისრაელის მოქალაქე და მუდმივი მცხოვრები, თავის შეხედულებისმებრ, იგი თავისუფალია არჩევანში რათა აირჩიოს ოთხი კონკურენტული, არა კომერციული სადაზღვეო ფონდიდან ერთ-ერთი. საბაზისო პაკეტს ადგენს სახელმწიფო და საერთოა ყველა სადაზღვეო ფონდისთვის. პაკეტის გადახედვა ხორციელდება ყოველწლიურად. მისი დაფინანსება დამოკიდებულია სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილ ბიუჯეტზე. ჯანდაცვის დაფინანსება ხორციელდება როგორც სახელმწიფო ასევე კერძო წყაროებიდან. სახელმწიფო დაფინანსების უმთავრესი წყაროა საერთო გადასახადები. საერთო გადასახადების შემოსავლები მოიცავს პროგრესულ გადასახადს, როგორცაა საშემოსავლო გადასახადი და რეგრესულ გადასახადს, როგორცაა დამატებული ღირებულების გადასახადი, ასევე 1995 წლიდან რაც ეროვნული სამედიცინო დაზღვევის შესახებ კანონი შევიდა ძალაში, ყველა ისრაელის მოქალაქე და მუდმივი მცხოვრებელი ვალდებულია გადაიხადოს სამედიცინო შენატანები/ (გადასახადები). სახელმწიფოდან წამოსული ფინანსური რესურსების პულინგს ახორციელებს, ნაციონალური სადაზღვეო ინსტუტი, რომელიც შემდგომ ფონდებში ამ თანხების გადანაწილებით, აფინანსებს მთლიან ეროვნულ სამედიცინო დაზღვევის სისტემას. ისრაელში ოპერირებს, ოთხი არაკომერციული, არამომგებიანი სადაზღვეო ფონდი. კლალიტი (Clalit), მაკაბი (Maccabi), მეუხედეტი (Meuhedet) და ლეუმიტი (Leumit). სადაზღვეო ფონდ „კლაიტში“ დაზღვეულია თითქმის ოთხ მილიონამდე მოქალაქე და ბაზრის ნახევარზე მეტს აკონტროლებს. ფონდებიდან ყველაზე მცირედ ითვლება „ლეუმიტი“, რომელსაც ჰყავს დაახლოებით შვიდასი ათასი დაზღვეული. დაზღვეულებს აქვთ სადაზღვეო ფონდის თავისუფალი არჩევის უფლება. მათ შესაძლებლობა აქვთ უკმაყოფილების შემთხვევაში 6 თვის შემდეგ შეიცვალონ სადაზღვეო ფონდი, აქედან გამომდინარე სადაზღვეო ფონდები ერთმანეთს კონკურენციას უწევენ და მათ აქვთ ეკონომიკური მოტივაცია ეფექტურად ხარჯონ თანხები. დაზღვეულთა გაზრდის მიზნით ცდილობენ ბენეფიციარს მიაწოდონ მაღალი ხარისხის მომსახურება. დაზღვეულთა კმაყოფილების გაზრდის მიზნით სადაზღვეო ფონდი კლალიტი ახორციელებს წამლებით უზრუნველყოფის პროგრმას, აფართოებს პირველადი ჯანდაცვის მოცვას. ბენეფიციართა მიზიდვის მიზნით ფონდი ავრცელებს სასარგებლო ინფორმაციებს ბროშურების მეშვეობით, დეტალურად განუმარტავს მის უპირატესობებს სხვებთან შედარებით. კლალიტმა კლიენტის მიზიდვის მიზნით შექმნა საკმაოდ ეფექტური და ინოვაციური სერვისი, სადღეღამისო უფასო ექთნების მომსახურების სამსახური, რომლებიც მომხმარებელს აძლევენ კვალიფიციურ რჩევებს მათი კომპეტენციის ფარგლებში. ასევე აღსანიშნავია დამატებითი სამედიცინო სერვისები, (VHI) რომლებიც არ არის გაწერილი სახელმწიფო სადაზღვეო პაკეტში და ფონდების მიერ არის შეთავაზებული ბენეფიციარებზე, გარკვეული ყოველთვიური გადასახდის საფუძველზე, ამ დამატებითი სერვისების

მიწოდება ასევე ხორცილედება კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ, სადაც ამ პირობებში იმატებს კონკურენტული გარემო ფონდებსა და კერძო კომპანიებს შორის.

Abstract

The last reforms of the Healthcare system , were started in the late 1990s and have been aimed on building up of “the regulative and competitive Insurance systems ”. In particular, this process was started in the Netherlands in 1993 - the result was an adoption and the successful implementation of these Insurance systems in other States. It is necessary to note, that for several years, in Georgia was a tendency and were made the attempts on creation the Insurance system’s adequate model; but by the certain reasons, these attempts are slowed down at a given phase.

In this paper we are considering the insurance system's competitiveness, which has been introduced in the State of Israel; and also the features, which have been recognized as the most successful at the system.

On 14 May 1948 Israel had proclaimed the independence and the State of Israel was established. Israel is small country and covers the territory of 22 072 square km. According to the data of 1970, the population has reached to 7200000 persons. Among them - 76% Jews, 10% Muslim Arabs and 3.2% Christians. It also should be mentioned, that Israeli population is relatively young - the age of 28% is less than 15 ears, and only 10% are more than 64 years old. The development of health care system, in Israel was preceded by a number of historical processes; it should be noted, that from the late 1970s, among Israeli population (as well as in other countries) is maturing the wave of a discontent - towards Medical services in particular and Health care systems in general – due to the constant increase of demands for Medical services from Elderly population /”Geri - atric” and from Chronically ill people /”Chronic invalid. Israel's population was expecting , accordingly constantly and regularly demanded obtaining of the contemporary Medical service and of the Modernized equipment. Accordingly, the development of modern/sophisticated technologies and the physicians, who meet the requirements of contemporary standards - produces the need for extra investments. As usual, the result of these processes, both in the past and at the present period, is the increase of expenditures directed to Health care. In the late 1980’s and in accordance with mentioned above processes, Israel's state has decided to create the special group, which would be aimed on researching of the existing conditions and the future steps for development of Health system in

general. In June 1988, based on the Data received from the Ministry of health of Israel, as the Governing Executive Body created the State commission, referred to as the “Netanyahu Commission” . Then, after examining and identifying the number problems, has outlined future steps to deal with them. Simultaneously and also, as the Supreme Responsible Authority, the Ministry of Health of Israel - has installed, developed and Laid the Foundation for today’s competitive health care system of Israel.

In Israel exists the system of "National Health Insurance" (NHI), which provides the universal coverage of population by the Medical services. Every Citizen or Permanent Resident of Israel is free to choose one, from among four competing, Nonprofit Health Plans /Funds. The Basic Package is drawn up by the State and it is obligatory for all Funds /Plans. The overview and expertize of the Package takes place annually. The financing sources of the Packege are: the state sector and the private sector (the both). The main source of the state financing are General taxes. General tax revenues cover the Progressive tax , as an Income tax and Regressive tax - as Value Added tax (VAT). Also since 1995 after implementation of a law on “National Tax Insurance” (NTI), each Citizen and the Permanent Resident must be taxed or should make a deposit on Medical service. The Pooling of the Financial resources coming from the state is realized through National Insurance Institute (NII), which provides by further distribution of these financial amounts into National Insurance system. In Israel, as the non-commercial organization (NCO) and nonprofit organization (NPO), four insurance Funds are functioning: “Clalit”, “Maccabi“, “Meuhedet“ and “Leumit“. Nearly four million inhabitants are insured by Clalit” – accordingly this fund controls nearly half Israel’s Insurance market. “Leumit“ is considered the smallest, in which are insured approximately 700000 inhabitants. The insured persons are free to choose their health plan. In case of dissatisfaction the insured person has right to change the insurance fund/health plan after 6 months; accordingly insurance Funds/Health plans are in a constant mode of competition and from the economics point of view, are motivated to spend money effectively. Aimed on the insuree quantity growth –try the best for providing beneficiaries with the high quality services. also, in order to avoid claims by the insurees, "Clalit" covers the additional program of providing medicines and the Primary health care (PHC) - offering the broadening of early ambulatory examination and care, also family physicians' intervention. Also "Clalit", in order to attract a larger number of beneficiaries , with the help of the booklets popularizes the helpful information - explaining why these services are more preferred. For instance the “Day-and-Night” free of charge advisory service by the qualified hospital nurses (in competence frames). Also notable the "Voluntary health insurance" (VHI)- the extra medical services , which have distinct legal form and are established to operate in commercial way. Thus Funds/plans, offer to the beneficiaries provision of extra services - for monthly compensation. These are also provided by the private companies and naturally it creates competition conditions for Funds , Plans and private companies.