

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ცვლილებები და მასში კერძო სამედიცინო დაზღვევის როლი

თენგიზ ვერულავა

მედიცინის აკადემიური დოქტორი

სახელისუფლებო წარმომადგენლების განცხადებით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ცვლილებების შეტანა იგეგმება. თუმცა, საზოგადოებისათვის უცნობია რეფორმირების სამთავრობო გეგმა და ამ მოსალოდნელი ცვლილებების შესახებ ხელისუფლების სხვადასხვა წარმომადგენლების მხოლოდ ფრაგმენტული ინტერვიუებიდან ვგებულობთ. პრობლემას კიდევ უფრო ართულებს ის გარემოება, რომ ხშირად მათ მიერ გამოთქმული აზრები ურთიერთგამომრიცხავია და ერთმანეთს არ ემთხვევა. ამას თუ დავუმატებთ მასმედიის სხვადასხვა საშუალებების მიერ გაკეთებულ არაკვალიფიციურ ინტერპრეტაციებს, გასაგები გახდება თუ რატომ უძნელდება საზოგადოებას საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით დაგეგმილი ცვლილებების ნათლად გაგება.

ერთ-ერთ სატელევიზიო გამოსვლაში ჯანდაცვის მინისტრმა ბატონმა დავით სერგეენკომ ექსპერტთა მიერ გამოთქმული მოსაზრებები შეადარა აპოკალიპტურ ხედვებს და აღნიშნა, რომ „მნიშვნელოვანია განცხადებები იყოს აღქმული სწორად, დასკვნები შესაბამისად გამოტანილი ადექვატური“ [5]. სანამ არ იქნება ჩამოყალიბებული მთავრობის მიერ დაანონსებული რეფორმის ყოველი ახალი ტალღის შესახებ პროგრამა, სანამ დაგეგმილი სახლეების შესახებ ფრაგმენტული ინტერვიუებით შევიტყობთ, აპოკალიპსური ხედვები მომავალშიც გაგრძელდება.

მაგალითად, სახელისუფლებო წარმომადგენლის განცხადებით, „ვისაც აქვს კერძო დაზღვევა, ის საყოველთაო დაზღვევას აღარ მიიღებს“ [3]. მეორეგან, იგივე პირისგან ვისმენთ განცხადებას, რომ „კერძო დაზღვევა აღარ გამოდგება იმისათვის, რომ ჩვენ განვსაზღვროთ ვის ეკუთვნის საყოველთაო ჯანდაცვა და ვის არა. ჯობია ეს კრიტერიუმი მიესადაგოს ქონებრივ და შემოსავლების ცენტრს“ [2]; „მოქალაქეებს, რომელთაც აქვთ გარკვეულზე მეტი შემოსავლები, ექნებათ მხოლოდ კერძო დაზღვევა. გარკვეული ფენის მოქალაქეებს, რომლებიც არც ძალიან ღარიბები არიან და არც ძალიან შეძლებული, მათ დასჭირდებათ მაინც შემავსებელი კერძო დაზღვევა. ექნებათ შედარებით შემცირებული საყოველთაო დაზღვევის პაკეტი და იმავდროულად, გაფართოებული სადაზღვევო პაკეტი ექნებათ მედიკამენტებით ჩვენს ყველაზე მეტად მოწყვლად ფენებს,“ [4].

მოყვანილი ორივე განაცხადი ერთმანეთს გამორიცხავენ. პირველი გულისხმობს, რომ სახელმწიფო ხელს უწყობს კერძო სამედიცინო დაზღვევის მხოლოდ ჩანაცვლებითი ფორმის განვითარებას. მათი აზრით, მიუღებელია, როდესაც „კერძო სადაზღვევო კომპანია გადაუდებელი შემთხვევების 90%-ის შემთხვევაში უშვებს, რომ ჯერ საყოველთაო აგინაზღაუროს და რაც დარჩება, აგინაზღაურებ მე“ [3]. ამ დროს, ეს ფორმა, როდესაც კერძო სადაზღვევო კომპანია აფინანსებს სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრულ ბაზისურ პაკეტს ზევით სერვისებს აღიარებულია როგორც კერძო სამედიცინო დაზღვევის შევსებითი ფორმა და როგორც კვლევები ადასტურებენ, იგი სხვა ფორმებს შორის უმეტესად გამოიყენება.

სტატიის მიზანია, გავარკვიოთ, რას გულისხმობს ჩანაცვლებითი და შევსებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევა, მათგან რომელი ფორმაა ყველაზე უფრო ხარჯთეფექტური

საქართველოსთვის და საერთოდ, რა როლი ეკისრება კერძო სამედიცინო დაზღვევას უნივერსალურ, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემაში.

დღეს ბევრს საუბრობენ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში კერძო სამედიცინო დაზღვევის როლზე [1]. მის მნიშვნელობას ხაზს უსვამს ის ფაქტიც, რომ საქართველოში დაახლოებით 530000 პირი დაზღვეულია კერძო სამედიცინო დაზღვევით და მათზე, როგორც წესი, არ ვრცელდება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა.

უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვის თუ სოციალური დაზღვევის სისტემის ქვეყნებში ფართოდ გამოიყენება კერძო სამედიცინო დაზღვევა. მისი როლი დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ მსოფლიოში არ არსებობს ქვეყანა (მათ შორის მაღალგანვითარებულ ქვეყნებიც), სადაც სახელმწიფო სრულად აფინანსებდეს ჯანდაცვის ყველა სერვისს. სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრულ ბაზისურ პაკეტში ჯანდაცვის გარკვეული სერვისები შეიძლება საერთოდ არ შედიოდეს, ან შესაძლებელია ფინანსდებოდეს ნაწილობრივ (მაგ., სერვისი, სადაც გათვალისწინებულია ბენეფიციარის მხრიდან თანაგადახდა). ასეთი მოუცველი ან ნაწილობრივ მოცული სერვისების დაფინანსების უზრუნველყოფა ხდება კერძო სამედიცინო დაზღვევით.

კერძო სამედიცინო დაზღვევა უნივერსალურ, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემაში გამოიყენება ჩანაცვლებითი, შევსებითი და დამატებითი სახით. განვიხილოთ თითოეული მათგანი.

ზოგიერთ ქვეყნებში მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფები (მაგ., მაღალშემოსავლიანი პირები ან სახელმწიფო მოხელეები) არ არიან მოცულნი უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვით. ასეთი ადამიანებისათვის უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვა მთლიანად ჩანაცვლებულია კერძო სამედიცინო დაზღვევით. ამრიგად, **კერძო სამედიცინო დაზღვევის ჩანაცვლებითი ფორმა** მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფისათვის წარმოადგენს ქვეყანაში არსებული უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის ალტერნატიულ (ჩანაცვლებით) ფორმას. კერძო სამედიცინო დაზღვევის ჩანაცვლებითი ფორმა გამოიყენებენ ნიდერლანდებში, გერმანიაში (მაღალშემოსავლიანი პირებისათვის), ესპანეთში (სახელმწიფო მოხელეებისათვის).

ჩანაცვლებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევის შემთხვევაში მოსახლეობის ამ ჯგუფებისათვის განსაზღვრულია სამედიცინო დახმარების ისეთივე სახეები, რაც უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვითაა გათვალისწინებული. მაგალითად, გერმანიაში პირებს, რომელთა შემოსავალი აღემატება 40 000 ევროს შეუძლიათ გამოვიდნენ საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის სისტემიდან ან დარჩნენ იმავე სისტემაში. ფაქტიურად, სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, მაღალშემოსავლიანი პირების უმრავლესობა ისევ სამედიცინო დაზღვევის სისტემაში ამჯობინებენ დარჩენას. ამასთან კერძო დაზღვევის სისტემის არჩევის შემდეგ კანონით მათ ეკრძალებათ უნივერსალურ, საყოველთაო დაზღვევის სისტემაში დაბრუნება.

ასევე, ნიდერლანდებში პირები, რომელთა შემოსავალი აღემატება 30 700 ევროს გამორიცხული არიან სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სქემიდან და იყენებენ ჩანაცვლებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევის სისტემას.

ესპანეთში ისეთი მაღალშემოსავლიანი პროფესიის ადამიანები, როგორიცაა დამოუკიდებელი მოსამართლეები, მოცულნი არ არიან სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევით. ჯანმრთელობის ჩანაცვლებითი სადაზღვეო სქემა განვითარებად ქვეყნებშიც დაინერგა (მაგ. სამხრეთ აფრიკის რესპუბლიკა).

როგორც სახელისუფლებო წარმომადგენლები აცხადებენ, საქართველოში განვითარდება ჯანმრთელობის ჩანაცვლებითი სადაზღვევო სქემა, ანუ მაღალშემოსავლიანი ჯგუფები გამოირიცხებიან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამიდან და მას ჩანაცვლებენ კერძო სამედიცინო დაზღვევით [2].

უფრო მეტად გამოიყენებენ *შეესებით კერძო სამედიცინო დაზღვევას*. ამ შემთხვევაში ქვეყანაში არსებობს სახელმწიფოს მიერ დადგენილი უნივერსალური ბაზისური პაკეტი, რომელიც საყოველთაოა მთელი მოსახლეობისათვის. მისი მეშვეობით შესაძლებელია სამედიცინო მომსახურების იმ სახეების ნაწილობრივი, ან მთლიანი დაფინანსება, რომლებსაც საერთოდ არ მოიცავს (მაგ., სტომატოლოგიური სერვისები), ან ნაწილობრივ მოიცავს (მაგ., თანაგადახდა) საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემა. მაგალითად, საყოველთაო ჯანდაცვის (ან საყოველთაო დაზღვევის) სისტემაში თანაგადახდის არსებობისას, მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი ცდილობს დამატებით დაეზღვიოს კერძო სამედიცინო დაზღვევის ფონდში, რითაც ავადმყოფობის შემთხვევის დადგომისას თანაგადახდისაგან თავისუფლდება.

საფრანგეთში შეესებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევით მოცულია მოსახლეობის 86%, სლოვენიაში - 70%, კანადაში - 60%, ავსტრალიაში - 40 %, ირლანდიაში - 40 %, ფინეთში - 40 % (OECD. 2004a; 51).

შედარებით უფრო მცირედ გამოიყენება *დამატებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევა*. იგი გულისხმობს სამედიცინო დახმარების იმ სახეების დაფინანსებას, რომლებიც საერთოდ არ შედიან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, ან შედის მაგრამ დამატებითი დაზღვევით პაციენტს სამედიცინო დახმარების მიმწოდებლების თავისუფალი არჩევანის უფლება აქვს, რაც ზრდის სერვისების სწრაფ ხელმისაწვდომობას (მაგალითად, გეგმიური სამედიცინო დახმარების ან სპეციალისტთან კონსულტაციის რიგგარეშე ჩატარება). ამ დროს, კერძო სამედიცინო დაზღვევის კომპანიები დაზღვეულებს სთავაზობენ როგორც მაღალი ხარისხით მომსახურებას, აგრეთვე მომსახურების განსაკუთრებულ პირობებს (ცალკე, კეთილმოწყობილ პალატაში მკურნალობა, რომელსაც აქვს საკუთარი აბაზანა, ტელევიზორი, მაცივარი და სხვ.).

ჩვეულებრივ, სპეციალისტებთან კონსულტაციების ჩასატარებლად საჭიროა ზოგადი პრაქტიკის ექიმების მიმართვა და ხანგრძლივი რიგის გავლა, დამატებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევის მქონე პირთათვის ასეთი შეზღუდვები არ ვრცელდება. პაციენტს უფლება აქვს საჭირო სამედიცინო დახმარება მისთვის სასურველ დროს ჩაიტაროს. მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში ჯანმრთელობის დამატებითი დაზღვევის მქონე პაციენტები თავისუფლდებიან ექიმთან ხანგრძლივი რიგებიდან, რაც უზრუნველყოფს სერვისებზე სწრაფ ხელმისაწვდომობას, მაღალი ხარისხით მომსახურებას.

მსოფლიო გამოცდილების გათვალისწინებით, მიზანშეწონილია ქვეყანაში კერძო სამედიცინო დაზღვევის სამივე ფორმის გამოყენება. საყოველთაო ჯანდაცვაში ადამიანების გაწევრიანება უნდა განისაზღვროს არა იმის მიხედვით, მათ აქვთ თუ არა კერძო სამედიცინო დაზღვევა, არამედ მათი ქონებრივი და შემოსავლების მიხედვით. პირები, რომელთა შემოსავალი აღემატება გარკვეულ ზღვარს შესაძლებელია გამოირიცხო საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამიდან და დაეზღვიონ კერძო სამედიცინო დაზღვევით (კერძო სამედიცინო დაზღვევის ჩანაცვლებითი ფორმა). ამით გამონთავისუფლებული თანხებით უნდა გაფართოვდეს მოწყვლადი ფენების სადაზღვევო პაკეტი (მედიკამენტებით უზრუნველყოფა. იმ პირებს, რომლებიც არც ძალიან ღარიბები არიან და არც ძალიან შეძლებული, ჩართულნი არიან საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის

სახელმწიფო პროგრამაში, უნდა მიეცეთ სახელმწიფო პროგრამით მოუცველ ან ნაწილობრივ მოცულ სერვისებზე კერძო სამედიცინო დაზღვევით სარგებლობის შესაძლებლობა (კერძო სამედიცინო დაზღვევის შეესებოდა ფორმა). ამრიგად, ამოსავალი წერტილი უნდა იყოს სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამების ეფექტური თანაარსებობა.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. დიმიტრი ხუნდაძე. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში კერძო სადაზღვევების მონაწილეობა მნიშვნელოვანია. iPress. 11 დეკემბერი. 2016 წ.

<http://www.ipress.ge/new/54076-khundadze-sayoveltao-jandacvis-programashi-kerdzo-sadazghveobis-monatsileoba-mnishvnelovania>

2. აკაკი ზოიძე. საყოველთაო ჯანდაცვის ბიუჯეტი 90 მილიონით იზრდება. iPress. 13 დეკემბერი. 2016 წ.

<http://www.ipress.ge/new/54309-akaki-zoidze-sayoveltao-jandacvis-biujeti-90-milionit-izrdeba>

3. აკაკი ზოიძე. 500 ათასზე მეტი ადამიანი საყოველთაო დაზღვევით ვეღარ ისარგებლებს. რადიო ძველი ქალაქი. 9.12.2016

<http://www.radiodk.ge/akhali-ambebi/jandacva/article/13827-500athaszemetiadamianisayovelthaodazghvevithvegharisargeblebs>

4. საყოველთაო დაზღვევა ყველას არ შეეხება – რა ცვლილებები იგეგმება ჯანდაცვის პროგრამაში. საინფორმაციო პორტალი კვირა. 13.12.2016

<http://kvira.ge/299802>

5. ვინ დარჩება საყოველთაო დაზღვევის გარეშე - დავით სერგეენკო „ბიზნესკონტაქტზე“

<https://youtu.be/7P0SB0yU5ag>