**საყოველთაო ჯანდაცვაში მიმდინარე ცვლილებები მსოფლიოში არსებულ გამოცდილებას უნდა დაეყრდნოს**

მთავრობას განზრახული აქვს საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში ცვლილებების განხორციელება. იგი გულისხმობს კერძო დაზღვევის როლის მკაფიოდ განსაზღვრას საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში. მთავრობის ეს ნაბიჯი მისასალმებელია. თუმცა, აღნიშნული საკითხი საჭიროებს უფრო ღრმა შესწავლას.

სახელმწიფოს განზრახული აქვს კერძო სამედიცინო დაზღვევის ჩანაცვლებითი ფორმის გამოყენება. კერძო სამედიცინო დაზღვევის ჩანაცვლებითი ფორმა გულისხმობს, რომ მოსახლეობის გარკვეული ჯგუფები 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.

თავისთავად, ჩანაცვლებითი ფორმის გამოყენება მისაღებია. მაგრამ ჩვენს ქვეყანაში განზრახულია კერძო სამედიცინო დაზღვევის მხოლოდ ჩანაცვლებითი ფორმის გამოყენება, რაც არ შეესაბამება მსოფლიოში მიღებულ პრაქტიკას. მსოფლიოში არსებული პრაქტიკით, გამოცდილებით, ჩანაცვლებით ფორმასთან ერთად, უფრო მეტად გამოიყენებენ **შემავსებელ 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.

აქედან გამომდინარე, იმ პირებს, რომელთაც არ აქვთ კერძო დაზღვევა და ჩართულნი არიან საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში, უნდა მიეცეთ სახელმწიფო პროგრამით მოუცველ ან ნაწილობრივ მოცულ სერვისებზე კერძო სამედიცინო დაზღვევით სარგებლობის შესაძლებლობა (კერძო სამედიცინო დაზღვევის შევსებითი ფორმა). კერძო სამედიციო დაზღვევის შემავსებელი ფორმას უმთავრესად გამოიყენებენ სახელმწიფო ხარჯების შესაკავებლად. იმიტომ რომ სახელმწიფო თანაზიარად იყენებს კერძო დაზღვევას და ის სერვისები, რომლებიც არ არიან მოცულნი სახელმწიფო პროგრამით, აფინანსებს კერძო დაზღვევა. ამრიგად, ამოსავალი წერტილი უნდა იყოს სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამების ეფექტური თანაარსებობა.

შემავსებელი კერძო სამედიცინო დაზღვევის ეფექტურობის კარგი მტკიცებულებაა ისეთი ქვეყნები, როგორებიცაა: საფრანგეთი, სადაც შევსებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევით მოცულია მოსახლეობის 86%, სლოვენია - 70%, კანადა - 60%, ავსტრალია - 40 %, ირლანდია - 40 %, ფინეთი - 40 %.

ყურადსაღებია, რომ საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვაში ადამიანების გაწევრიანება განისაზღვრება იმის მიხედვით, მათ აქვთ თუ არა კერძო სამედიცინო დაზღვევა. ასეთი მიდგომა არ შეესაბამება მსოფლიოში მიღებულ პრაქტიკას. საყოველთაო ჯანდაცვაში ადამიანების გაწევრიანება უნდა განისაზღროს შემოსავლების მიხედვით. პირები, რომელთა შემოსავალი აღემატება გარკვეულ ზღვარს შესაძლებელია გამოირიცხონ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამიდან და დაეზღვიონ კერძო სამედიცინო დაზღვევით (კერძო სამედიცინო დაზღვევის ჩანაცვლებითი ფორმა).

კერძო სამედიცინო დაზღვევის ჩანაცვლებითი და შემავსებელი ფორმების დანერგვით გამონთავისუფლებული თანხებით შესაძლებელია მოწყვლადი ფენების სადაზღვევო პაკეტის გაფართოება, კერძოდ მედიკამენტებით უზრუნველყოფა.

კერძო სამედიცინო დაზღვევის მხოლოდ ჩანაცვლებითი ფორმის გამოყენება გაზრდის კერძო დაზღვევის პაკეტის ღირებულებას, რადგან შემცირდება კერძო დაზღვევის მოცული ადამიანების რაოდენობა. აღნიშნული განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ დაზღვევის ფუნქციონირება ემყარება პულინგს, სადაზღვევო აუზს, დაზღვევით მოცულთა რაოდენობას, რაც გულისხმობს, რომ რაც უფრო მეტია დაზღვევით მოცულთა რაოდენობა, მით მცირდება სადაზღვევო პაკეტის ღირებულება და პირიქით. რაც უფრო მეტად გაიზრდება კერძო სამედიცინო დაზღვევის პაკეტის ღირებულება მით უფრო შეეცდებიან დაზღვეულები დატოვონ კერძო სამედიცინო დაზღვევა და შეუერთდნენ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამას. შესაბამისად, მით უფრო მეტი ხარჯები დააწვება საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამას. ამრიგად, კერძო სამედიცინო დაზღვევის მხოლოდ ჩანაცვლებითი ფორმის გამოყენება არ არის ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების მექანიზმი, პირიქით ამან შესაძლოა უფრო გაზარდოს ჯანდაცვის ხარჯები.

ამრიგად, ამოსავალი წერტილი უნდა იყოს სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამების ეფექტური თანაარსებობა.

მთავრობის მიერ განზრახულია სამედიცინო დაწესებულებების სელექტიური, ანუ შერჩევითი კონტრაქტირება. იგი გულისხმობს, რომ სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამის განსახორციელებლად კონტრაქტი იდება იმ სამედიცინო დაწესებულებებთან, რომლებიც ფუნქციონირებენ განსაზღვრული სტანდარტებით. სელექტიური კონტრაქტირება მსოფლიოში მიღებული პრაქტიკაა და უმთავრესად მიმართულია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ასამაღლებლად. ამ მხრივ, სახელმწიფომ უნდა განსაზღვროს თუ რა კრიტერიუმებით შეარჩევს სამედიცინო დაწესებულებებს. ეს კრიტერიუმები შეიძლება იყოს სამედიცინო დაწესებულების დატვირთვა, პაციენტის კმაყოფილება, პაციენტის უსაფრთხოების დაცვა, ნოზოკომიური ინფექციების გავრჩელების მაჩვენებელი და სხვა.

სელექტიური, ანუ შერჩევითი კონტრაქტირების მიზეზია სამედიცინო ბაზრის თავისებურებები. სამედიცინო ბაზარი არ არის ჩვეულებრივი ბაზარი. ჩვეულებრივ ბაზარზე მომხმარებელი განსაზღვრავს მოთხოვნას, იგი ირჩევს იმ საქონელს რაც მას მოეწონება. სამედიცინო ბაზარზე პირიქით ხდება, ანუ ეკონომიკის უმთავრესი პრინციპი არ მოქმედებს. სამედიცინო ბაზარზე პაციენტს არ აქვს ინფორმაცია სამედიცინო სერვისების შესახებ, იგი მთლიანად დამოკიდებულია ექიმზე, ანუ ექიმი, მიმწოდებელი განსაზღვრავს მიწოდებას. სამედიცინო ბაზრის აღნიშნული თავისებურება მოითხოვს მის რეგულირებას. სელექტიური კონტრაქტირება წარმოადგენს რეგულირების ერთ-ერთ ფორმას.

სამედიცინო დაწესებულების მიერ ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების მონიტორინგის თვალსაზრისით მსოფლიოში არსებობს ორი მიდგომა. ერთი გადამხდელის დაფინანსების სისტემაში (საქართველო დაფინანსების ამ სისტემით მოქმედებს) სახელმწიფო სტრუქტურები ახორციელებენ სამედიცინო დაწესებულების მიერ ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების მონიტორინგს, მოთხოვნილი თანხების შესაბამისობას... მონიტორინგის მეორე მიდგომა გულისხმობს კონკურენტული სამედიცინო დაზღვევის სისტემის, ანუ მრავალი გადამხდელის დაფინანსების სისტემის გამოყენებას. მრავალი გადამხდელის დაფინანსების სისტემაში სამედიცინო დაწესებულების მიერ ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების მონიტორინგს ახორციელებენ კერძო დაზღვევის კომპანიები. როგორც კვლევები ადასტურებენ, კერძო დაზღვევის კომპანიები უფრო ეფექტურად ახორციელებენ სამედიცინო დაწესებულების მიერ ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების, თითოეული შემთხვევის მონიტორინგს. ისეთ ქვეყნებში, როგორიცაა გერმანია, ნიდერლანდები, შვეიცარია, ჩეხეთი, ისრაელი, სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებით გამოყოფილ თანხებს მართავენ სადაზღვევო კომპანიები. თუმცა, გასათვალისწინებელია, რომ ამ ქვეყნებში არსებობს სადაზღვევო კომპანიების როგორც კერძო მომგებიანი ასევე კერძო არაკომერციული ფორმები. ყურადსაღებია, რომ საქართველოში გავრცელებულია მხოლოდ მომგებიანი კერძო დაზღვევის კომპანიები, რაც გარკვეულწილად ამცირებს კონკურენტული სამედიცინო დაზვევის ეფექტურობას.

ამგვარად, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში ცვლილებების განხორციელებისას მიზანშეწონილია მსოფლიოში არსებული პრაქტიკის გათვალისწინება. ამ მხრივ, საქართველოში მთელი 25 წლის მანძილზე მიმდინარე რეფორმებს რომ გადავხედოთ, უფრო მეტად ხდება ახალი ბორბლის გამოგონება, ან რეფორმების ვიწრო პოლიტიკურ მიზნებთან მისადაგება და არა მსოფლიოში არსებული გამოცდილებაზე დაყრდნობით განახორციელება.

თენგიზ ვერულავა

მედიცინის აკადემიური დოქტორი

ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მოწვეული პროფესორი

ჯანდაცვისა და დაზღვევის ცენტრის დირექტორი

რეცენზირებადი სამეცნიერო ჟურნალის „ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია“ რედაქტორი

4 მარტი, 2017 წ.