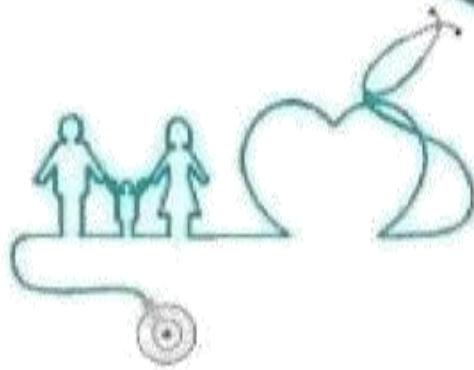


3

ჯანდაცვის პოლიტიკა,
ეკონომიკა და სოციოლოგია



№ 3. 2017

PRINT ISSN 2449-2469

ONLINE ISSN 2346-7983

რეცენზირებადი სამეცნიერო ჟურნალი

ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია

Peer-reviewed Scientific Journal

**Health Policy, Economics and
Sociology**

№ 3

თბილისი

2017

უნივერსალური მოცვის მსოფლიო გამოცდილება და საქართველოს ჯანდაცვის რეფორმა

ანი კენჭაშვილი, მაია კვიციანი, ლაშა გვარამია, ლანა ბურჭულაძე, ანა მარტაძე, ცირა ყაჭიური - ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტი

თენგიზ ვერულავა - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი, ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მოწვეული პროფესორი

შესავალი

თანამედროვე მსოფლიოში მედიცინის განვითარებასთან ერთად სულ უფრო და უფრო აქტუალური ხდება ადამიანების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხები. თითოეულ ქვეყანას საკუთარი მიდგომა აქვს შემუშავებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად.

საქართველო ახლახანს შეუდგა უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის დანერგვას. ამ მხრივ, აქტუალურია მსოფლიო გამოცდილების გაზიარება. შესაბამისად, ნაშრომის მიზანია, უნივერსალური მოცვის მსოფლიო გამოცდილების გაანალიზება, კერძოდ, უნივერსალური მოცვის რა მოდელები არსებობს განვითარებად და განვითარებულ ქვეყნებში, მათ შორის რა ძირითადი განმასხვავებელი თავისებურებები შეინიშნება, უნივერსალური მოცვის როგორი სისტემაა საქართველოში და რა რეკომენდაციები შეიძლება შევთავაზოთ.

მეთოდოლოგია

კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა უნივერსალური ჯანდაცვის საკითხებზე პირველადი და მეორადი ინფორმაციის შესწავლის და დამუშავების მეთოდი. წყაროებს წარმოადგენდნენ როგორც საკანონმდებლო, ისე საინფორმაციო-სტატისტიკური მასალები, სხვადასხვა ჟურნალებში გამოქვეყნებული სტატიები და პუბლიკაციები, სამთავრობო და არასამთავრობო სტრუქტურებისმიერ ჩატარებული კვლევების შედეგები.

ლიტერატურის მიმოხილვა

უნივერსალური მოცვა

მსოფლიოში არსებული გამოცდილებით, უნივერსალური დაზღვევის განვითარება თანდათანობითი პროცესია. იგი მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული იმაზე, თუ რამდენად საკმარისია ქვეყანაში არსებული რესურსი უნივერსალური ჯანდაცვის მოთხოვნებისთვის. აღნიშნული საკითხი მნიშვნელოვანია როგორც განვითარებადი, ასევე განვითარებული ქვეყნებისათვის. შედარებისათვის, განვითარებულ ქვეყნებში ჯანმრთელობაზე საშუალოდ 2500 აშშ დოლარი იხარჯება თითო სულზე, ხოლო დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში - 15 აშშ დოლარზე ნაკლები [21. OECD]. გარდა ამისა, დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნების უმეტესობა გაცილებით უფრო ნაკლებს ხარჯავს ჯანმრთელობაზე ზრუნვისთვის. მაგალითად, ისეთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყანა, როგორცაა ბანგლადეში დაახლოებით 5 დოლარს ხარჯავს თითო სულზე [22. World Bank].

აქვე გასათვალისწინებელია, რომ განვითარებად ქვეყნებში ბაზისურ პაკეტით შედარებით ნაკლები სერვისებია მოცული, ვიდრე განვითარებად ქვეყნებში. ამ სერვისების ძალიან დიდი რაოდენობა საზოგადოების ჯანმრთელობაზე ან პირველად ჯანდაცვაზეა ორიენტირებული და ძვირადღირებული სამედიცინო სერვისები მასში არ შედის [13.გვ.30].

ჯანდაცვის გადასახადები და რისკის პულინგი

სამედიცინო მომსახურების მისაღებად ადამიანები იხდიან როგორც პირდაპირი გადახდით უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების გაწევისას, ასევე არაპირდაპირი, გადასახადების გადახდის მეშვეობით. წინასწარი გადახდების სისტემას აქვს თავისი დადებითი მხარე, რადგან ავადმყოფობის პერიოდში ადამიანებს არ უწევთ დიდი ხარჯების გაღება და შესაძლებლობა ეძლევათ აღნიშნული ხარჯები გადაინაწილონ მთელი ცხოვრების განმავლობაში [23. WHO].

ჯანდაცვის არაპირდაპირი გადასახადების სისტემა არის ორი სახის: დაზღვევა, რომლის დროსაც დაზღვეულები იხდიან სადაზღვევო შენატანებს და ზოგადი გადასახადების სისტემა, რომელსაც იხდის მოსახლეობის ნაწილი, ან მთელი მოსახლეობა. ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების შემთხვევაში მთელი მოსახლეობა, ან მოსახლეობის ნაწილი მოცულია, მიუხედავად იმისა, ისინი იხდიან თუ არა გადასახადებს. უნივერსალური დაფინანსება მჭიდროდ არის დაკავშირებული გადასახადების სისტემის ადმინისტრირების უნართან. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ განვითარებულ ქვეყნებში გადასახადებით გროვდება მთლიანი შიდა პროდუქტის 30%, მაშინ როცა დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ეს მაჩვენებელი 20%- დან 5%-მდე მერყეობს [17.WHO].

სადაზღვევო სისტემის ორი სახე არსებობს: ნებაყოფლობითი და სოციალური. ნებაყოფლობითი, ანუ კერძო დაზღვევა ორგანიზებულია კერძო სექტორის მიერ (მომგებიანი ან არამომგებიანი მესაკუთრეობის საფუძველზე). ამ დროს სადაზღვევო პრემიები დგინდება ჯანმრთელობის რისკის შესაბამისად. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა კერძო დაზღვევისაგან განსხვავებით არაკომერციულ პრინციპებს ეფუძნება და ფინანსდება სავალდებულო გადასახადებისგან. მნიშვნელოვან შენატანებს აკეთებენ დამსაქმებლები და სახელმწიფო. ჯანმრთელობის სოციალურ დაზღვევას უმთავრესად სახელმწიფო უზრუნველყოფს, თუმცა, შეიძლება მართოს არასამთავრობო ორგანიზაციამაც. სახელმწიფო დაფინანსება ვრცელდება ასაკოვან ადამიანებზე და ღარიბ ფენებზე [10.გვ.442].

სოციალური დაზღვევა ეფუძნება იდენტიფიცირებად სახელფასო გადასახადებს და შედარებით სტაბილურ სამუშაო ძალას. ამისგან განსხვავებით, ბევრ საშუალო და დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში მუშახელი ცვალებადია, დასაქმება კი დროებითია, შესაბამისად, ხელფასი არაფორმალურია. გარდა ამისა, ხშირად ადგილი აქვს უნდობლობას სახელმწიფოს მიმართ და გადასახადის გადახდის თავიდან აცილების მცდელობას. ასეთ ქვეყნებში გავრცელებულია სათემო დაზღვევა, რომელიც მოიცავს სარგებლების შეზღუდულ პაკეტს. ასეთ პაკეტებში მიმართვიანობა ექიმებისადმი და სამედიცინო დაწესებულებებისადმი ლიმიტირებულია [10.გვ.442]. სოციალური დაზღვევის და ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემებში ხორციელდება შემოსავლების გადანაწილება რისკის გადაცემის გზით ჯანმრთელიდან ავადმყოფზე, მდიდრიდან ღარიბზე. რისკის გადანაწილების ასეთი მექანიზმები არ არის ნებაყოფლობით დაზღვევაში, სადაც შენატანები, როგორც წესი, ფიქსირებული განაკვეთებია [10.გვ.442].

მოცვის გაფართოების ტექნიკური სირთულეები

ჯანმრთელობის დაზღვევით მოსახლეობის მოცვის გაფართოებამ შესაძლოა გარკვეული პრობლემები წარმოშვას. უპირველესად უნდა გამოვყოთ ნეგატიური რისკის შერჩევა. ეს პრობლემა დაკავშირებულია იმ გარემოებასთან, რომ ადამიანებმა უფრო მეტი იციან თავიანთი რისკის მდგომარეობის შესახებ, ვიდრე მზღვეველმა. როდესაც პაციენტს აქვს ქრონიკული დაავადება, იგი ცდილობს დაეზღვიოს. ხოლო ჯანმრთელი ახალგაზრდები, რომელთაც არაფერი აწუხებთ,

ცდილობენ არ დაეზღვიონ. აღნიშნულის გამო რისკები გადანაწილდება მაღალრისკიან პაციენტებს შორის, რაც თავის მხრივ განაპირობებს სადაზღვევო პრემიის გაძვირებას [5.გვ.885].

ნეგატიური რისკების შერჩევის პრობლემის გამო მოსახლეობის მოცვის გაფართოების ყველაზე ხელსაყრელი მექანიზმია სავალდებულო დაზღვევა. ამ შემთხვევაში სადაზღვევო შენატანები დამოკიდებულია არა რისკზე, არამედ გადახდისუნარიანობაზე. სხვა ტექნიკურ სირთულეებს განეკუთვნება პოტენციური დაზღვეულების იდენტიფიცირება, შენატანების შეფასება, პრემიების შეგროვება. ეს სირთულეები განსაკუთრებით შეინიშნება დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში, სადაც ლეგალურად დასაქმებულთა რაოდენობა ძალიან მცირეა და უფრო მეტი რაოდენობა არალეგალურად დასაქმებულია, რომელთა აღრიცხვა სიმძლეებთანაა დაკავშირებული. აქედან გამომდინარე, სავალდებულო მოცვის დროს, რომელიც ეფუძნება დაზღვევის სოლიდარობის პრინციპს, მცირდება ზემოაღნიშნული სირთულეები [8.გვ.800].

მოცვის გაფართოებისათვის ასევე მნიშვნელოვანია ფინანსური მდგრადობა. შენატანები უნდა ეფუძნებოდეს დაზღვეულთა რისკის ზუსტ შეფასებას. მოულოდნელი მაღალი ხარჯების დასაფარავად გამოიყენებენ სადაზღვევო რეზერვებს. ცხადია, რაც უფრო ფართოა სადაზღვევო მოცვა მით მცირდება რისკი და პირიქით, რაც უფრო მცირე მოსახლეობაა მოცული, მით უფრო მეტია მზღვეველის რისკი [8.გვ.801].

განვითარებული ქვეყნების გზა უნივერსალურ მოცვამდე

გერმანია

უნივერსალური მოცვა მსოფლიოში ყველაზე პირველად გერმანიაში ჩამოყალიბდა კანცლერის ოტო ფონ ბისმარკის მიერ (1815-1898). დამსაქმებელი ვალდებული იყო დაქირავებულები გაეწევრიანებინა სადაზღვევო ფონდში. სადაზღვევო შენატანი დამოკიდებული იყო სახელფასო შემოსავლებზე. 1883 წელს მიღებული სადაზღვევო კანონის ძალით სოციალური დაზღვევა სავალდებულო გახდა გარკვეული კატეგორიის მუშაკებისათვის. ბისმარკის სოციალური კანონმდებლობის მთავარი პუნქტები მიმართული იყო სოციალისტური მოძრაობების საწინააღმდეგოდ, რომლებიც ცდილობდნენ მუშაკებისათვის სოციალური დაცვის ფართო პაკეტის შეთავაზებას. სამრეწველო მუშები პროფკავშირებთან ერთად წარმოადგენდნენ სოციალური დემოკრატიული განწყობის ყველაზე გავლენიან ჯგუფს. აქვე აღსანიშნავია, რომ დასაქმებულ მუშაკებისგან სადაზღვევო შენატანების შეგროვება შედარებით ადვილი იყო. 1883 წელს მიღებულმა კანონმა ხელი შეუწყო სადაზღვევო დაფარვის შემდგომ გაფართოებას. პროფკავშირები ტრადიციულად სთავაზობდნენ მოწყვლადი ჯგუფების დაკრძალვის, საკვების და საცხოვრებელი ხარჯების დაფინანსებას. დამსაქმებლებს ეკისრებოდათ იურიდიული პასუხისმგებლობა დასაქმებულთა უბედური შემთხვევების ხარჯებზე, თუმცა ასეთი ვალდებულება ხშირად მძიმე ტვირთად აწვა მცირე საწარმოებს. შესაბამისად, აღებული ვალდებულებები ხშირად არ სრულდებოდა. თავდაპირველად სადაზღვევო კანონით დაფარული იყო ლურჯსაყელოიანი დაქირავებულების დაახლოებით 26%, მოსახლეობის დაახლოებით 10%. საჯარო მოხელეების მოცვა დაიწყო 1914 წლიდან, უმუშევართა მოცვა - 1918 წელს, ხოლო სოფლის მეურნეობაში თვითდასაქმებული მუშაკების - 1972 წელს, სტუდენტების - 1975 წელს. დღეისათვის მოსახლეობის 0,1%-ზე ნაკლებია დარჩენილი მოცვის გარეშე. 2007 წლის კანონმდებლობის ძალით მოცვა სავალდებულოა მთელი მოსახლეობისათვის, როგორც კერძო, ასევე სოციალური დაზღვევის მეშვეობით. სოციალური დაზღვევის მთავარი პრინციპია სოლიდარობა მდიდრებსა და ღარიბებს შორის. გერმანიის შემდეგ, სოციალური დაზღვევის სისტემა განვითარდა ავსტრიაში (1888),

უნგრეთში (1891), საფრანგეთში. შვეიცარიაში უნივერსალური მოცვის კანონმდებლობა მიღებულ იქნა დიდი ხნის შემდეგ, 1996 წელს [14.1991].

დიდი ბრიტანეთი

უნივერსალური მოცვის ალტერნატიული მექანიზმია, სადაზღვევო შენატანებისაგან განსხვავებით, მოქალაქეობის სტატუსის მქონე ადამიანების 100%-ით მოცვა. მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ ლორდ ბევერიჯმა შეიმუშავა აღნიშნული სისტემა და მას ბევერიჯის მოდელი ეწოდა. ბევერიჯის მოდელამდე ბრიტანული სისტემა გერმანული სისტემის მსგავსი იყო. 19 საუკუნის სოციალური პოლიტიკა ძირითადად მიმართული იყო ღატაკი მუშების ხელშეწყობაზე. შუა საუკუნეებიდან მოყოლებული ადამიანებს ჰქონდათ პასუხისმგებლობა დახმარებოდნენ ღარიბებს, რაც შემდგომ, 1834 წელს აისახა ღარიბთა კანონში. ამ მხრივ, გათვალისწინებული იყო ის ფაქტი, რომ ინფექციური დაავადებები უმთავრესად ვრცელდებოდა მოსახლეობის ღარიბ ფენებში, რაც მოითხოვდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებების განხორციელებას. მეოცე საუკუნის დასაწყისში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაფინანსება უმთავრესად სახელმწიფოს ვალდებულებას წარმოადგენდა. მდიდრები სამედიცინო მომსახურების საფასურს იხდიდნენ როგორც ნებაყოფლობითი დაზღვევის, ასევე საკუთარი ჯიბიდან გადახდებით. დაბალშემოსავლიანი პირებისათვის არსებობდა სპეციალური საზოგადოებრივი და საქველმოქმედო საავადმყოფოები, სადაც ექიმები ხშირად საექიმო პრაქტიკას ეწეოდნენ უსასყიდლოდ. მუშებისათვის მეგობრულმა საზოგადოებებმა დააარსეს საქველმოქმედო ფონდები ჯანდაცვისა და გარდაცვალების ხარჯებისათვის. თუმცა, მეცხრამეტე საუკუნის ბოლოს აღნიშნული ფონდები განიცდიდნენ ფინანსურ პრობლემებს, რადგან დანახარჯებმა გადააჭარბა შემოსავლებს [7. გვ.47].

სავაჭრო პალატის პრეზიდენტი უინსტონ ჩერჩილი და ფინანსთა მინისტრი დევიდ ლოიდ ჯორჯი მხარს უჭერდნენ გერმანულის მსგავსი სოციალური დაზღვევის ფართო პაკეტების შემოღებას. 1911 წელს მიღებულ იქნა კანონი სოციალური დაზღვევის შესახებ. იგი მოიცავდა დაავადებათა მკურნალობას, პირველად სამედიცინო მომსახურებას, ასევე რიგ სპეციფიკურ სერვისებს (მაგ., ტუბერკულოზის მკურნალობას სანატორიუმებში). აქვე აღსანიშნავია, რომ გატარებული ღონისძიებების წინააღმდეგ გამოვიდნენ მეგობრული ორგანიზაციები, რადგანაც მათ ჰქონდათ ერთგვარი მონოპოლია ჯანდაცვის დაფინანსებასთან დაკავშირებით.

მეორე მსოფლიო ომის პერიოდში ამაღლდა კლასთაშორისი სოლიდარობის გრძნობა, რამაც ბიძგი მისცა უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის შექმნას. 1942 წელს უილიამ ბევერიჯმა შეიმუშავა უნივერსალური ჯანდაცვის პრინციპები, რომელიც შემდგომ გახდა თანამედროვე კეთილდღეობის სახელმწიფოს საფუძველი. ამოსავალი პრინციპები იყო სრულყოფილი მოცვა, საარსებო წყაროებზე დაფუძნებული შენატანები და საჭიროებებზე დაფუძნებული სარგებლები. გერმანული სისტემისაგან განსხვავებით ბრიტანულ სისტემაში ინტეგრირებულია სამედიცინო მომსახურების როგორც დაფინანსება, ასევე მიწოდება [4. 2007].

უნივერსალური მოცვა ასევე შემოღებულ იქნა ახალ ზელანდიაში (1939 წ.), შვედეთში (1953), ნორვეგიაში (1956 წ.), ფინეთში (1963 წ.), დანიაში (1971წ.), ისლანდიაში(1972 წ.), კანადაში (1966 წ.), ავსტრალიაში(1974 წ.), პორტუგალიაში(1978), ესპანეთში (1978) და იტალიაში (1980)[7. გვ.48].

რუსეთი

რუსეთში მე-19 საუკუნის ბოლოს დაიწყო გერმანული სოციალური დაზღვევის გამოცდილების გაზიარება და დანერგვა. ბატონყმობის გადაგდების შემდეგ ადგილობრივ თვითმმართველობის ორგანოებს დაეკისრათ პოლიკლინიკური და სტაციონარული სერვისების

მიწოდება. 1912 წელს მეოთხე სახელმწიფო დუმამ მიიღო სადაზღვევო კანონი, რომელიც დამსაქმებლებს ავალდებულებდა დაქირავებულების და მათი ოჯახის წევრების უბედური შემთხვევების, დაავადებების და გარდაცვალების დროს ხარჯების გაწევაში თანამონაწილეობას. ეს ღონიძირებები მიმართული იყო რევოლუციების და მოსახლეობის უკმაყოფილებების თავიდან ასაცილებლად, თუმცა, საკმაოდ დაგვიანებული აღმოჩნდა და ჯანდაცვის ფუნდამენტური ცვლილებები განხორციელდა რევოლუციის შემდეგ. 1917 წლის რევოლუციის შემდეგ ექიმმა სემაშკომ (1874-1949), რომელიც იყო ჯანდაცვის სახალხო კომისარიატის ხელმძღვანელი, შექმნა ჯანდაცვის საბჭოთა სისტემა. ნაციონალიზირებულ ჯანდაცვის სისტემას თავისი წვლილი უნდა შეეტანა ქვეყნის ინდუსტრიალიზაციაში. მთავარ მიზანს წარმოადგენდა დაავადების შედეგად მუშახელის პროდუქტიულობის დაქვეითების შემცირება. შედეგად ჩამოყალიბდა სამრეწველო მედიცინის სამი ქვესისტემა: საზოგადოებრივი ჯანდაცვა, მოზრდილთა მედიცინა და პედიატრია. ასევე ჩამოყალიბდა სპეციალიზირებული პოლიკლინიკების სისტემა, ხოლო ჯერ კიდევ მეფის რუსეთის დროს შექმნილი სოფლის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მომსახურება ინტეგრირდა სემაშკოს საბჭოთა ჯანდაცვის სისტემაში. 1935 წელს შეიქმნა ჯანდაცვის სამინისტრო, როგორც ჯანდაცვის სექტორში უმაღლესი ადმინისტრაციული ორგანო. სამინისტროს ხელმძღვანელი ყოველთვის იყო ექიმი. სემაშკოს სისტემა საბჭოთა კავშირის გარდა გავრცელებული იყო აღმოსავლეთ ევროპის უმეტეს ქვეყანაში [19. გვ.240].

უნივერსალური მოცვის დანერგვის საერთო ტენდენციები განვითარებულ ქვეყნებში

განვითარებულ ქვეყნებში უნივერსალურ მოცვაზე გადასვლის შემდეგი ტენდენციები შეიძლება გამოიყოს:

1. საყოველთაო მოცვის პროცესი იყო ძალიან ნელი. დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში მოსახლეობის ფართო ფენების მოცვა თითქმის მთელი საუკუნე გაგრძელდა [7. გვ.45].
2. რისკების გაერთიანების მექანიზმები თითქმის ყველა ქვეყანაში არსებობდა, და მოცვის გაფართოების მცდელობებიც სწორედ ამ მექანიზმებს ეყრდნობოდა. მაგალითად, ბრიტანეთში მეგობრული საზოგადოებები პირველი მსოფლიო ომის შემდეგ ინტეგრირდნენ ეროვნული დაზღვევის ორგანიზაციებად. ასევე, საფრანგეთში ურთიერთდახმარების ორგანიზაციები (Mutuelles) გადაკეთდნენ დაზღვევის საზოგადოებრივ ფონდებად (იგი დღესაც დიდ როლს თამაშობს დამატებითი დაზღვევის უზრუნველყოფაში) [7. გვ.45].
3. ადგილობრივი ხელისუფლების ორგანოებზე ისტორიულად იყო დაკისრებული ვალდებულებები, რომ უზრუნველყოს ღარიბი მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების დაფინანსება. ასევე დამსაქმებლებს უნდა განეხორციელებინათ უბედური შემთხვევების და დაავადებების დაზღვევა. აღნიშნულმა გარემოებებმა ხელი შეუწყო რისკების გაერთიანების ეფექტური ორგანიზაციების ჩამოყალიბებას. სოციალური დაცვის ორგანიზაციების შექმნაში მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა სახელმწიფომაც [7. გვ.46].
4. უნივერსალური მოცვის შემდეგ პროვაიდერთა ადმინისტრირების მექანიზმები ძალიან მცირედით შეიცვალა. მხოლოდ დიდ ბრიტანეთში განხორციელდა სამედიცინო დაწესებულებათა ნაციონალიზაცია, ხოლო საბჭოთა კავშირში სახელმწიფოს ხელში გადავიდა ჯანდაცვის მთელი სისტემა [7. გვ.46].
5. საყოველთაო მოცვის სისტემაზე გადასვლამ მოითხოვა სახელმწიფოს მნიშვნელოვანი ჩარევები. იგი გულისხმობდა სადაზღვევო ფონდების რეგულირებას. აშშ წარმოადგენდა ერთადერთ ქვეყანას, სადაც ვერ განხორციელდა მოსახლეობის უნივერსალური მოცვა [7. გვ.47].

6. პოლიტიკურ ფაქტორებს ძალიან დიდი როლი ჰქონდათ სოციალური დაზღვევის სისტემის დანერგვაში. გერმანიაში სოციალური დაზღვევა შემოღებულ იქნა სოციალისტური მოძრაობების ოპოზიციური მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად. ასევე, რუსეთში სოციალური რეფორმები მიმართული იყო რევოლუციონერების დასაშოშმინებლად. იტალიაში ომებს შორის სოციალური დაზღვევის სისტემის შემოღება დაკავშირებული იყო კლასებს შორის ერთობის განმტკიცებასთან. ბევრიჯის რეფორმა ნაწილობრივ დაკავშირებული იყო მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ გამოწვეული სოლიდარობის გრძნობასთან[7. გვ.48].
7. განვითარებულ ქვეყნებში განხორციელდა მოსახლეობის უდიდესი ნაწილის მოცვა. ზოგიერთ ქვეყნებში ადრეულ ეტაპებზე უნივერსალური მოცვის დანერგვას ხელი შეუშალა მოცვის გაფართოებასთან დაკავშირებულმა ხარჯებმა, სოციალურმა და პოლიტიკურმა ფაქტორებმა[7. გვ.48]

საყოველთაო ჯანდაცვა განვითარებად ქვეყნებში

როგორც წესი, განვითარებად ქვეყნებში მოსახლეობის მოცვა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით ძალიან დაბალია. ცხადია, ამ მხრივ, განვითარებად ქვეყნებს შორის არსებობს განსხვავებები [15.GTZ/ILO/WHO].

ლათინური ამერიკა

ლათინური ამერიკის უმრავლეს ქვეყნებში არსებობს სოციალური დაზღვევის სისტემა, რომელიც ძირითადად პირველი მსოფლიო ომის შემდეგ დაინერგა. ამ მხრივ, გამოყოფენ სამ ეტაპს. პირველ ეტაპზე სოციალური დაზღვევის სისტემა ჩამოყალიბდა არგენტინაში, ბრაზილიაში, ჩილეში, ურუგვაისა და კუბაში. თავდაპირველად იგი მოიცავდა სახელმწიფო მოსამსახურეებს, მსხვილი მრეწველობის მუშაკებს (სატრანსპორტო, ენერგეტიკული, საბანკო და საკომუნიკაციო სფეროებში დასაქმებულები). შემდგომ ეტაპზე იგი გავრცელდა სხვა მუშაკებზე, სოფლის მეურნეობაში დასაქმებულებზე და თვითდასაქმებულებზე. მათზე განსხვავებული პაკეტები იყო დაწესებული. სახელმწიფო მოსამსახურეებზე და მსხვილი მრეწველობის მუშაკებზე განისაზღვრა უკეთესი პაკეტი. პაკეტების ასეთი დიფერენცირება მნიშვნელოვნად აფერხებდა მათ ერთ სქემაში გაერთიანებას[14. გვ.362].

არგენტინაში სოციალური დაზღვევა ეფუძნებოდა სავალდებულო სადაზღვევო შენატანებს პროფკავშირების მიერ მართულ ფონდებში (Obras Sociales). ფონდების რაოდენობა 300-ს აღემატებოდა, მათგან უმსხვილეს 30 ფონდში გაწევრიანებული იყო 70%. მათი დიდი ნაწილი მე-19 საუკუნეში წარმოიქმნა. სადაზღვევო სქემები ფარავდნენ როგორც მუშებს, ასევე მათი ოჯახის წევრებს. გარდა ამისა, თითოეულ 23 პროვინციაში არსებობდნენ ფონდები, რომლებიც ფარავდნენ სახელმწიფო მოხელეების ხარჯებს. გამოიკვეთა რამდენიმე პრობლემა. პირველ რიგში უნდა აღინიშნოს ფონდების მონოპოლიური ხასიათი, რადგანაც მუშაკები ხშირად იძულებულნი იყვნენ დაზღვეულიყვნენ მათთვის არასასურველ სადაზღვევო ფონდში. გარდა ამისა, ღარიბ ფონდებში დაზღვეულები იძულებულნი იყვნენ თანაგადახდების სახით საკუთარი ჯიბიდან გადაეხადათ მკურნალობის თანხები. 1994 წელს შემოღებულ იქნა გარანტირებული მინიმალური დაფინანსება ფონდების განაწილების მეშვეობით. თითოეულ ფონდს დაუწესდა მინიმალური ბაზისური პაკეტი[14. გვ.363].

ჩილე იყო ერთ-ერთი პირველი ქვეყანა, რომელმაც 1930-იან წლებში დააფუძნა სოციალური დაზღვევა. თავდაპირველად იგი ვრცელდებოდა მრეწველობაში დასაქმებულებზე. 1970-იან წლებში

მოსახლეობის დაახლოებით 75% მოცული იყო სოციალური დაზღვევით. არგენტინური სისტემის მსგავსად, სხვადასხვა ჯგუფების სარგებლების პაკეტებს შორის შეინიშნებოდა მნიშვნელოვანი განსხვავებები. სახელმწიფო მუშაკებს და მრეწველობაში დასაქმებულებს გააჩნდათ უკეთესი სარგებლების პაკეტები, ვიდრე სხვა სფეროში დასაქმებულებს[14. გვ.363].

მთავარი რეფორმები განხორციელდა პინოჩეტის მთავრობის მიერ. კერძო სექტორის როლის გაფართოების მიზნით, ხალხს სტიმული ეძლეოდა უარი ეთქვა სოციალურ დაზღვევის სისტემაზე და შეეძინათ კერძო დაზღვევა. აღნიშნული უარყოფით გავლენას ახდენდა შემოსავლების და რისკის ჯგუფების მიხედვით რისკების გაერთიანების სოლიდარობის პრინციპზე. ნებაყოფლობითად დაზღვეულებს უპირატესად დაბალი რისკის, უფრო მდიდარი მუშაკები შეადგენდნენ. ასეთ ჯგუფებს შეეძლოთ მიეღოთ მიმზიდველი დაზღვევა, პროვადერების ფართო არჩევანით და შედარებით დაბალი პრემიებით. მოხუცებისათვის, ქრონიკულად ავადმყოფებისათვის და ბავშვებისათვის დადგენილი იყო შედარებით ძვირი სარგებლების პაკეტები და ძირითადად მოცულნი იყვნენ საყოველთაო დაზღვევით. ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაფინანსების შემცირებით დაქვეითდა საზოგადოებრივი სერვისების ხარისხი. ჩილეში სახელმწიფო სავალდებულო დაზღვევის სქემიდან გამოსვლა შეეძლო ნებისმიერი შემოსავლის პირს. ამისგან განსხვავებით, ნიდერლანდებსა და გერმანიაში სახელმწიფო სავალდებულო დაზღვევის სქემიდან გასვლის უფლება ჰქონდათ მხოლოდ მაღალშემოსავლიან პირებს[14. გვ.364].

ბრაზილია ერთადერთი ქვეყანაა ლათინურ ამერიკაში, რომელმაც შემოიღო უნივერსალური მოცვა. თავდაპირველად აქ განვითარდა დასაქმებაზე დაფუძნებული სოციალური დაზღვევის სისტემა. 1988 წელს შემოღებულ იქნა ერთიანი და დეცენტრალიზებული ჯანმრთელობის სისტემა. მოცვის სიღრმეს აბრკოლებდა ქვეყნის მასშტაბით სხვადასხვა რეგიონებს შორის ეკონომიკური განსხვავებები. ცენტრალური ხელისუფლება უზრუნველყოფდა რეგიონების დაფინანსებას მოსახლეობის ზომის მიხედვით, რომელსაც ასევე ემატებოდა ადგილობრივი რესურსები. ღარიბ რეგიონებს არ შეუძლიათ უზრუნველყონ იმავე ხარისხით მოცვა, როგორც მდიდარ რეგიონებს, რაც განაპირობებს მათ შორის მნიშვნელოვან განსხვავებებს[14. გვ.367].

სოციალური დაზღვევის განვითარების მეორე ეტაპი დაიწყო 1940-იან წლებში. იგი გავრცელდა მექსიკაში, პერუში, კოლუმბიაში, პანამაში, ეკვადორში, ბოლივიაში, პარაგვაისა და ვენესუელაში, რასაც ხელი შეუწყო ამ ქვეყნების ინდუსტრიალიზაციამ. მექსიკაში სოციალური დაზღვევის სისტემით დაახლოებით მოცულია მოსახლეობის 50%, უმეტესად ლეგალური მუშაკები და მათი ოჯახები. დანარჩენები დაზღვეულია კერძო დაზღვევით[14. გვ.370].

სოციალური დაზღვევის განვითარების მესამე ეტაპი დაიწყო 1950-იან 1960-იან წლებში. იგი შეეხო ისეთ ღარიბ ქვეყნებს, როგორცაა: დომინიკის რესპუბლიკა, გვატემალა ელ-სალვადორი, ნიკარაგუა და ჰონდურასი. მოცვის გაფართოებას ხელს უშლის ქვეყნის მშპ-ის დაბალი მაჩვენებელი, შედარებით მცირე სამრეწველო მუშაკები და დაქსაქსული, მიმოფანტული სოფლის მოსახლეობა[14. გვ.376].

ყოფილი საბჭოთა კავშირი და აღმოსავლეთ ევროპა

საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ ყოფილი საბჭოთა კავშირის და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში ფართოდ გავრცელდა სოციალური დაზღვევის სისტემა. გასათვალისწინებელია, რომ ამ ქვეყნებში არსებობდა ჯანდაცვის სემაშკოს მოდელი, რომელიც თეორიულად თავად წარმოადგენდა უნივერსალურ მოცვას. მიუხედავად იმისა, რომ კონსტიტუციით ყველა თანასწორად გარანტირებული იყო ჯანდაცვის სერვისებით, შეინიშნებოდა მნიშვნელოვანი განსხვავებები სხვადასხვა ჯგუფებს შორის. მაგალითად, პარტიული მუშაკები, ე.წ. ნომენკლატურა

უზრუნველყოფილი იყო მაღალი სტანდარტის სერვისებით. მოსახლეობის სხვა ფენები დეზულობდნენ შედარებით დაბალი სტანდარტის სერვისებს. ფართოდ იყო გავრცელებული ჯიბიდან არაფორმალური გადახდები[12. GTZ/ILO/WHO].

სოციალური დაზღვევის სისტემის შემოღებით განხორციელდა დამფინანსებელი მხარის (სადაზღვევო კომპანია, ამ ჯანდაცვის სამინისტრო) და მიმწოდებლების განცალკევება. დამფინანსებელს უფლება ჰქონდა აერჩია მისთვის სასურველი სამედიცინო დაწესებულება, რაც ზრდიდა მათ შორის კონკურენციას და შესაბამისად დადებითად მოქმედებდა მომსახურების ხარისხზე[11. გვ.874].

ზოგიერთ ქვეყნებში (მაგ., რუსეთში) დაზღვეულებს მიეცათ სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში ჩართული ერთმანეთთან კონკურენციაში მყოფი სადაზღვევო კომპანიების არჩევის უფლება. თუმცა, ფაქტურად, ზოგჯერ ეფექტური კონკურენცია არ არსებობდა, რადგან ზოგიერთ რეგიონში ფუნქციონირებდა მხოლოდ ერთი სადაზღვევო კომპანია. შესაბამისად დაზღვეულებს არ ჰქონდათ მათთვის სასურველი სადაზღვევო კომპანიის არჩევანის საშუალება[9. გვ.75].

სოციალური დაზღვევის მშენებლობის გზაზე მნიშვნელოვან დაბრკოლებას წარმოადგენდა არასახარბიელო ეკონომიკური მდგომარეობა, საწარმოების დაბალი გადახდისუნარიანობა, გადამხდელთა მონაცემების ერთიანი ბაზის არარსებობა. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დაფინანსების სიმწირის გამო ფართოდ იყო გავრცელებული ჯიბიდან არაფორმალური გადახდები[6.1998].

საქართველო

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარებაში გამოყოფენ ოთხი პერიოდს: ინერციის პერიოდი - 1991-1995 წლები, რეფორმების პირველი პერიოდი - 1995-2003, რეფორმების მეორე პერიოდი - 2004-2012 წლები და რეფორმების მესამე პერიოდი - 2013 წლიდან დღემდე.

2013 წლის თებერვლიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. პროგრამის მიზანს შეადგენდა ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის ფინანსური უზრუნველყოფის შექმნა [2. 2013].

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

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა თავდაპირველად ითვალისწინებდა მინიმალურ პაკეტით უზრუნველყოფას, რაც გულისხმობდა ოჯახის (ან უბნის) ექიმისა და ექთნის კონსულტაციას, ასევე გადაუდებელი მდგომარეობების მართვას. 2013 წლის 1 ივლისიდან პროგრამით გათვალისწინებულია გეგმიური და გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი სტაციონალური მკურნალობა, გეგმიური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, დღის სტაციონარი) და მათთან დაკავშირებული გამოკვლევები შესაბამისი ლიმიტის ფარგლებში [2].

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა აზღვევს ქვეყნის ტერიტორიაზე მცხოვრებ ყველა არადაზღვეულ პირს. პირველად ქვეყნის ისტორიაში სახელმწიფო დაზღვევა გავრცელდება, როგორც ქვეყნის მოქალაქეებზე, ისე პირადობის ნეიტრალური

მოწმობის/ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირებზე და სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე პირებზე [2].

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა ბენეფიციარს აძლევს სამედიცინო დაწესებულების თავისუფალი არჩევანის უფლებას. პროგრამის მოსარგებლეს უფლება აქვს თავად აირჩიოს სამკურნალო დაწესებულება საქართველოს მასშტაბით. მას შეუძლია დარეგისტრირდეს სურვილისამებრ შერჩეულ მომსახურების მიმწოდებელ ნებისმიერ დაწესებულებაში. ამასთან, თუ არ მოეწონება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, შეუძლია შეცვალოს რეგისტრაცია 2 თვეში ერთხელ. გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მისაღებად არ არსებობს რაიმე შეზღუდვა სამედიცინო დაწესებულების არჩევას. რაც შეეხება გეგმიური სტაციონარულ მომსახურებას, მის მისაღებად მოსარგებლემ უნდა მიმართოს სოციალური მომსახურების სააგენტოს მატერიალიზებული ვაუჩერის/საგარანტიო წერილის მისაღებად [2].

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობას იღებს ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც აკმაყოფილებს ამ საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს, გამოთქვამს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს, ეთანხმება პროგრამის პირობებს და დადგენილი წესით, წერილობით დაუდასტურებს სოციალური მომსახურების სააგენტოს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს [1].

პროგრამით გათვალისწინებულია შემდეგი მომსახურება: გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი სტაციონარული მკურნალობა.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ მნიშვნელოვნად გაიზარდა მოსახლეობის მიმართვიანობა სამედიცინო მომსახურების მისაღებად. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, USAID და მსოფლიო ბანკის ექსპერტების მიერ 2014 წლის თებერვალი-აპრილის პერიოდში განხორციელდა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ერთი წლის შედეგების შეფასება. პარალელურად, აშშ-ის განვითარების სააგენტოს ჯანდაცვის სისტემის განმტკიცების პროექტის (USAID/HSS) ფინანსური და ტექნიკური დახმარებით ჩატარდა მოსახლეობის სატელეფონო გამოკითხვა მიღებული მომსახურებით კმაყოფილების შესახებ და პროვაიდერებისა და მოსარგებლეების ხარისხობრივი კვლევა (ფოკუს-ჯგუფების დისკუსია) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმდინარეობის შეფასების მიზნით [2].

გამოკითხვის შედეგად, საყოველთაო ჯანდაცვის მოსარგებლეების აბსოლუტური უმრავლესობა (96.4%) კმაყოფილი ან ძალიან კმაყოფილია ჰოსპიტალური და/ან გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებით, ხოლო მოსარგებლეების 80.3% კმაყოფილია ან ძალიან კმაყოფილია გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებით; გეგმიური ამბულატორიის კომპონენტში გამოკითხულთა 84.1% და გეგმიური ჰოსპიტალზიაციისა და გადაუდებელი ამბულატორიის კომპონენტში რესპონდენტთა 78.2% აღნიშნავს, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ყველაზე დადებით მხარეს წარმოადგენს მოსახლეობის ფინანსური მხარდაჭერა. ასევე მოსარგებლეთა უმრავლესობა მიუთითებს თავისუფალი არჩევანის უფლებაზე, როგორც საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ერთ-ერთ მთავარ დადებით მხარეზე. გამოკითხულთა 7.6% უკმაყოფილებას ძირითადად გამოთქვამდა სასურველი მომსახურების მიღებამდე ლოდინის პერიოდის ხანგრძლივობაზე.

დისკუსია/ინტერპრეტაცია

ზემოთმოყვანილი აკადემიური წყაროების გაანალიზებით, შეიძლება ვთქვათ, რომ უნივერსალურ დაზღვევას ბევრი დადებითი მხარე აქვს. მათ შორის აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ჯანდაცვის ასეთი ფორმა ქმნის იმის წინაპირობას, რომ მაღალი რისკები უკეთ გადანაწილდეს ჯანმრთელიდან ავადმყოფზე, ახალგაზრდიდან მოხუცზე და ა.შ. ნათლად გამოიკვეთა, რომ მხოლოდ კერძო დაზღვევა უნივერსალური დაზღვევის გაფართოების საუკეთესო საშუალება არ არის. ასევე, მნიშვნელოვანია იმის აღნიშვნა, რომ თითქმის ყველა ქვეყანამ განვითარებულმა თუ განვითარებადმა თავისი უნიკალური გზა განვლო უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის განვითარებამდე. ხაზგასასმელია, რომ უნივერსალური დაზღვევის განვითარებას მნიშვნელოვნად განაპირობებს ქვეყნის ეკონომიკური განვითარება. აქედან გამომდინარე, ხშირად ქვეყნის არასახარბიელო ეკონომიკური მდგომარეობა მნიშვნელოვან დამაბრკოლებლად გვევლინება უნივერსალური დაზღვევის განვითარებაში.

დასკვნა

არსებობს უამრავი გზა, რომლითაც ქვეყანას შეუძლია მიაღწიოს უნივერსალურ მოცვას. ამ მხრივ, თითოეული ქვეყნის გამოცდილება უნიკალურია. შეიძლება ითქვას, რომ საყოველთაო მოცვის სისტემაზე გადასვლისას უმნიშვნელოვანესი როლი აკისრია სახელმწიფოს (რეგულირება, აუცილებელი საბაზისო მომსახურების პაკეტი). უნივერსალური მოცვის მოდელები განვითარებულ და განვითარებად ქვეყნებში განსხვავებულია და ის დამოკიდებულია ქვეყნის ეკონომიკურ მდგომარეობაზე, სამთავრობო პოლიტიკაზე.

საქართველოსათვის, როგორც განვითარებადი ქვეყნისათვის მიზანშეწონილია ჯანდაცვის ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემა (ბევერიჯის მოდელი). აქვე გასათვალისწინებელია, რომ საქართველოში, სადაც ჯანდაცვაზე ისედაც მწირი რესურსებია გამოყოფილი, თუ არ იქნა ეფექტიანი და ხარჯების ზრდის შემკავებელი სათანადო მეთოდები გამოყენებული, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის განვითარება შეიძლება შეფერხდეს. მიზანშეწონილია ხარჯების შეკავების მეთოდების დანერგვის სისტემური, კომპლექსური მიდგომა ქვეყნის სპეციფიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით.

აბსტრაქტი

შესავალი: თითოეულ ქვეყანას საკუთარი მიდგომა აქვს შემუშავებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად. საქართველო ახლახანს შეუდგა უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის დანერგვას. ნაშრომის მიზანია, გაანალიზოს უნივერსალური მოცვის მსოფლიო გამოცდილება და საქართველოს ჯანდაცვის რეფორმა. **მეთოდოლოგია:** კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა უნივერსალური ჯანდაცვის საკითხებზე პირველადი და მეორადი ინფორმაციის შესწავლის და დამუშავების მეთოდი. **შედეგები, დისკუსია:** უნივერსალური დაზღვევის განვითარებას მნიშვნელოვნად განაპირობებს ქვეყნის ეკონომიკური განვითარება. აქედან გამომდინარე, ხშირად ქვეყნის არასახარბიელო ეკონომიკური მდგომარეობა მნიშვნელოვან დამაბრკოლებლად გვევლინება უნივერსალური დაზღვევის განვითარებაში. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** საქართველოსათვის, როგორც განვითარებადი ქვეყნისათვის მიზანშეწონილია ჯანდაცვის ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემა (ბევერიჯის მოდელი), ხარჯების შეკავების მეთოდების დანერგვის სისტემური, კომპლექსური მიდგომა ქვეყნის სპეციფიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით.

საკვანძო სიტყვები: უნივერსალური მოცვა; საყოველთაო ჯანდაცვა

Abstract

World experience of universal coverage and reform of the Georgian health care system

Ani Kentchashvili, Maia Kvikvinia, Lasha Gvaramia, Lana Burtchuladze, Anna Machitadze, Cira Katchiuri – Tbilisi State University, Faculty of Social and Political Sciences.

Tengiz Verulava - Academic Doctor of Medicine. Professor at Ilia State University. Invited Professor at Tbilisi State University

Introduction: Each country has elaborated its own approach to improve state of health of the population. Georgia has recently started universal health system implementation. This paperwork aims to analyze world experience of universal coverage and Georgian health care reform. **Methodology:** For the research we have used the method of studying and processing of primary and secondary information of universal coverage issues. **Consequences, Discussion:** The development of the universal coverage is significantly promoted by the economic situation of the country. As a consequence, unsuccessful economic situation of the country is the significant obstacle for developing of the universal coverage. **Conclusion, Recommendations:** For Georgia as for developing country, it is advisable to have general payments (model of Beveridge) for financing health care system, to elaborate cost containment methods and complex approach with appreciate of the country's specific economic situation.

Key words: Universal coverage; health care system

ბიბლიოგრაფია

1. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2014. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა: ერთი წლის შედეგების შეფასება, პრესრელიზი.
2. სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა - მოსარაგებლები და სამედიცინო მომსახურების პირობები საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილების ფარგლებში.
3. თენგიზ ვერულავა (2016). ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი.
4. Appiah-Denkyira E and Preker A (2007) Reaching the Poor in Ghana with National Health Insurance – An Experience from the Districts of the Eastern Region of Ghana. Extending Social Protection in Health. Berlin, Germany: GTZ/ILO/WHO.
5. Atim C (1999) Social movements and health insurance: A critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon. *Social Science and Medicine* 48 (7)
6. Bennett S, Creese A, and Monasch R (1998) Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector Employment. Geneva, Switzerland: WHO Analysis Research and Assessment Division.
7. Carrin G and James C (2005) Social health insurance: Key factors affecting the transition towards universal coverage. *International Social Security Review* 58: 45–64
8. Carrin G, Waelkens MP, and Criel B (2005) Community-based health insurance in developing countries: A study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health* 10(8): 799–811.
9. Dror D and Jacquier C (1999) Micro-insurance: Extending health insurance to the excluded. *International Social Security Review* 52(1): 71–97
10. Ensor T Universal Coverage in Developing Countries, Transition to. In: Kris Heggenhougen and Stella Quah, editors *International Encyclopedia of Public Health*, Vol 6. San Diego: Academic Press; 2008.
11. Ensor T (1999) Developing health insurance in transitional Asia. *Social Science and Medicine* 48(7)
12. Frenk J, Knaul F, Gonzalez-Pier E, and Barraza-Llorens M (2007) Poverty Health and Social Protection. Extending Social Protection in Health. Berlin, Germany: GTZ/ILO/WHO

13. Kutzin J (1998) Enhancing the insurance function of health systems: A proposed conceptual framework. In: Nitayarumphong S and Mills A (eds.) *Achieving Universal Coverage of Health Care*, pp. 27–101. Bangkok, Thailand: Nontaburi Ministry of Public Health Thailand.
14. Mesa-Lago C (1991) Social security in Latin America and the Caribbean: A comparative assessment. In: Ahmed E, Dreze J, Hills J, and Sen A (eds.) *Social Security in Developing Countries*, pp. 356–394. New York: Oxford University Press.
15. Tangcharoensathien V, Prakongsai P, Patcharanarumol W, and Jongudomsuk P (2007) *University Coverage in Thailand: The Respective Roles of Social Health Insurance and Tax-Based Financing. Extending Social Protection in Health*. Berlin, Germany: GTZ/ILO/WHO.
16. World Bank (1993) *World Development Report 1993: Investing in Health Executive Summary*. Washington, DC: World Bank.
17. World Health Organization (2000) *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*. Geneva, Switzerland: World Health Organization
18. World Health Organization (2006) *The World Health Report 2006: Working Together for Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
19. Twigg J (1999) Regional variation in Russian medical insurance: Lessons from Moscow and Nizhny Novgorod. *Health and Place* 5(3): 235–245.

ციტირება:

თენგიზ ვერულავა, ანი კენჭაშვილი, მაია კვიციანი, ლაშა გვარამია, ლანა ბურჭულაძე, ანნა მაჩიტაძე, ცირა ყაჭიური. *უნივერსალური მოცვის მსოფლიო გამოცდილება და საქართველოს ჯანდაცვის რეფორმა*. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, N 3. ჯანდაცვის პოლიტიკისა და დაზღვევის ცენტრი. 2017. გვ. 140-151