

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის
ეკონომიკისა და ბიზნესის ფაკულტეტი

Ivane Javakhishvili Tbilisi State University Faculty of Economics and Business



II საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენცია

The 2nd International Scientific Conference

გლობალიზაციის გამოწვევები ეკონომიკასა და ბიზნესში

CHALLENGES OF GLOBALIZATION IN ECONOMICS AND BUSINESS

კონფერენცია ეძღვნება ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის
სახელმწიფო უნივერსიტეტის 100 წლის იუბილეს

The conference is dedicated to the centennial of Ivane Javakhishvili Tbilisi State University

შრომების კრებული

PROCEEDINGS

© ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომომცემლობა, 2017

ISBN 978-9941-13-650-4

თბილისი 2017
Tbilisi 2017

უნივერსალური ჯანდაცვის მსოფლიო გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები

თენგიზ ვერულავა

მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი
ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ თავდაპირველად საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება ხორციელდებოდა სოციალური დაზღვევის მოდელით (ბისმარკის მოდელი). თუმცა, 2007 წლიდან იგი გადავიდა გადასახადებზე დაფუძნებულ მოდელზე (ბევერიჯის მოდელი). განვითარებადი ქვეყნებისათვის გადასახადებზე დაფუძნებულ სისტემას გააჩნია უპირატესობა სოციალური დაზღვევის მოდელთან შედარებით. კერძოდ, განვითარებადი ქვეყნებში, სადაც უფრო მეტადაა განვითარებული არაფორმალური სექტორი, გადასახადებზე დაფუძნებული მოდელს აქვს შესაძლებლობა უფრო სწრაფი ტემპით მოიცვას იგი. თუმცა, გადასახადებზე დაფუძნებული სისტემა ტვირთად აწევს სახელმწიფო ბიუჯეტს.

2013 წლიდან საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვისას თუ კერძო სადაზღვევო პროგრამებით.

სახელმწიფოს მიერ უნივერსალური ჯანდაცვის მშენებლობა, რომლითაც ყველა ადამიანს აქვს საშუალება ისარგებლოს, წინ გადადგმული ნაბიჯია, თუმცა საჭიროა სახელმწიფოს თანმიმდევრული პოლიტიკის განხორციელება დაფინანსების ხარჯთაღმწიკტური მეთოდების, სერვისების ხარისხის და მედიკამენტებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების კუთხით. ხარჯების შეკავების მეთოდებიდან მთავარია გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობა, სადაც ყურადღება ექცევა პრევენციულ სერვისებს. ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავების ყველაზე საუკეთესო მეთოდი არის ის, რომლითაც მიიღწევა ჯანმრთელობის საერთო მაჩვენებლების გაუმჯობესება არსებული რესურსების უფრო ეფექტურად გამოყენების მეშვეობით.

საკვანძო სიტყვები: უნივერსალური ჯანდაცვა, საყოველთაო ჯანდაცვა, საბაზისო მომსახურება, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა.

უნივერსალური ჯანდაცვის თავისებურებები

მსოფლიოში არსებული გამოცდილებით, უნივერსალური დაზღვევის განვითარება თანდათანობითი პროცესია. იგი მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული იმაზე, თუ რამდენად საკმარისია ქვეყანაში არსებული რესურსი უნივერსალური ჯანდაცვის მოთხოვნებისთვის. განვითარებულ ქვეყნებში ჯანმრთელობაზე საშუალოდ 2500 დოლარი იხარჯება მოსახლეობის ერთ სულზე, ხოლო დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში - 15 დოლარზე ნაკლები. ამასთან, ქვეყნებში ბაზისურ პაკეტით შედარებით ნაკლები სერვისებია მოცული, ვიდრე განვითარებულ ქვეყნებში.

სამედიცინო მომსახურების მისაღებად ადამიანები იხდიან პირდაპირი გადახდით უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების გაწევისას და არაპირდაპირი, გადასახადების გადახდით. არაპირდაპირი, ანუ წინასწარი გადახდების სისტემას აქვს დადებითი მხარე, რადგან ავადმყოფობის პერიოდში ადამიანებს არ უწევთ დიდი ხარჯების გაღება და შეუძლიათ აღნიშნული ხარჯები გადაინაწილონ მთელი ცხოვრების განმავლობაში.

ჯანდაცვის არაპირდაპირი გადასახადების სისტემა ორი სახისაა: დაზღვევა, რომლის დროსაც დაზღვეულები იხდიან სადაზღვევო შენატანებს და ზოგადი გადასახადების სისტემა, რომელსაც იხდის მოსახლეობის ნაწილი, ან მთელი მოსახლეობა. ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების დროს 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 [1].

სადაზღვევო სისტემის ორი სახე არსებობს: ნებაყოფლობითი და სოციალური. ნებაყოფლობითი, ანუ კერძო დაზღვევის დროს სადაზღვევო პრემიები დგინდება ჯანმრთელობის რისკის შესაბამისად. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა არაკომერციულ პრინციპებს ეფუძნება და ფინანსდება სავალდებულო გადა-

სახადებით. მას უმთავრესად სახელმწიფო უზრუნველყოფს, თუმცა, შეიძლება მართოს კერძო ორგანიზაციამაც [2,გვ.442].

სოციალური დაზღვევა ეფუძნება იდენტიფიცირებად სახელფასო გადასახადებს და შედარებით სტაბილურ სამუშაო ძალას. სოციალური დაზღვევის და ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემებში ხდება შემოსავლების გადანაწილება რისკის გადაცემის გზით ჯანმრთელიდან ავადმყოფზე, მდიდრიდან ღარიბზე. კერძო დაზღვევაში რისკის გადანაწილების ეს მექანიზმები არ არის და შენატანები ფიქსირებული განაკვეთებითაა [2,გვ.442].

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 [3,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 სიმძნელებთანაა დაკავშირებული. აქედან გამომდინარე, სავალდებულო მოცვის დროს, რომელიც ეფუძნება დაზღვევის სოლიდარობის პრინციპს, მცირდება ზემოაღნიშნული სირთულეები [4,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 [4,გვ.801].

სოციალური დაზღვევის (ბისმარკის) სისტემა

უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემა მსოფლიოში პირველად *გერმანიაში* ჩამოყალიბდა კანცლერის ოტო ფონ ბისმარკის მიერ. დამსაქმებელი ვალდებული იყო დაქირავებულები გაეწევრებინა 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. 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 ეს ვალდებულება მძიმე ტვირთად აწვა მცირე საწარმოებს და ხშირად არ სრულდებოდა. თავდაპირველად სადაზღვევო კანონით დაფარული იყო ლურჯსაყელიანი 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 კანონმდებლობით 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 [5].

სოციალური დაზღვევის სისტემის დროს იზრდება ჯანდაცვის სისტემისათვის საჭირო რესურსები. იგი ხშირად განიხილება როგორც ჯანდაცვაზე რესურსების გაზრდის ეფექტიანი გზა. სადაზღვევო შენატანები განცალკევებულია სხვა გადასახადებისაგან და მხოლოდ ჯანდაცვისთვისაა განკუთვნილი, გადამხდელმა ზუსტად იცის რაზე იხარჯება მისი შენატანები, რაც მოსახლეობას ნდობას მატებს, რომ სახსრები არ გამოიყენება სხვა, შესაძლოა, ნაკლებად მნიშვნელოვანი სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსებაზე. სახსრების გამჭვირვალე მოძრაობა ხელს უწყობს გადასახადების გადახდის სტიმულს, ადამიანებს უფრო მეტი სურვილი აქვთ გადაიხადონ სადაზღვევო შენატანები.

სოციალური დაზღვევის დროს ჯანდაცვის დაფინანსება არაა დამოკიდებული სახელმწიფო ბიუჯეტზე, შედეგად მცირდება სახელმწიფოს მარეგულირებელი როლი. იგი ნაკლებად პოლიტიზირებულია, მასზე გავლენას არ ახდენს სახელმწიფოს პოლიტიკური პრიორიტეტები, რომლებიც სახელმწიფოს ინტერესების გათვალისწინებით შეიძლება იცვლებოდეს. შესაბამისად, ჯანდაცვის სექტორს დაფინანსების გარანტირებული წყარო გააჩნია.

სოციალური დაზღვევის შენატანებზე გავლენას ახდენს ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობა. ეკონომიკური კრიზისის დროს დასაქმებულთა რაოდენობის შემცირებასთან ერთად მცირდება სადაზღვევო შენატანების მოცულობა. როდესაც გადასახადის მნიშვნელოვნად დიდ ნაწილს დაქირავებულები იხდიან, მოსალოდნელია მათი ხელფასის ხელოვნური შემცირება ან გაზრდილი გადასახადების საკომპენსაციოდ დაქირავებულებმა შეიძლება მოითხოვონ ხელფასის გაზრდა. ორივე შემთხვევაში მოსალოდნელი მდგომარეობა დამოკიდებულია სამუშაო ძალის ბაზრის სტრუქტურაზე.

ქვეყნებში, სადაც სამუშაო ძალის ბაზარი არაკონკურენტულია, სადაზღვევო შენატანების ზრდის საპასუხოდ დამქირავებლებმა შესაძლოა ვერ მოახდინონ დაქირავებულთა ხელფასის შემცირება. შესაბამისად, სოციალური დაზღვევის მზარდმა შენატანებმა შეიძლება გაზარდონ დაქირავებულთა სახელფასო ხარჯები. შედეგად, დამქირავებელი დაინტერესებულია შეამციროს დასაქმებულ პერსონალთა რაოდენობა, რადგან, რაც მეტია მათი რაოდენობა, მით იზრდება საწარმოს გადასახადი. შედეგად, ქვეყანაში იზრდება უმუშევრობის დონე. აღნიშნული მდგომარეობა განსაკუთრებით მწვავედ დგას ეკონომიკური კრიზისის პერიოდში. მეორე მხრივ, სადაზღვევო შენატანების ზრდამ შესაძლოა დამქირავებლის მიერ დაქირავებულის ხელფასის შემცირება განაპირობოს. თავის მხრივ, სადაზღვევო შენატანების ზრდა უარყოფითად მოქმედებს ქვეყნის ეკონომიკაზე, ამცირებს ინვესტიციებს. ამასთან, თუ სახელმწიფო წარმოადგენს მთავარ დამქირავებელს, სადაზღვევო შენატანებმა შესაძლოა მნიშვნელოვნად გაზარდონ სახელმწიფო დანახარჯები.

სოციალური დაზღვევის სისტემა შედარებით რთული სისტემაა და მოითხოვს ეფექტურ მართვას, ძვირადღირებულ საინფორმაციო სისტემებს, პროცედურების ტრანსპარენტულობას, სათანადო მონიტორინგის მექანიზმებს, გაწეულ სერვისების საფუძვლიანობაზე კონტროლს, სახელმწიფოს მხრიდან ეფექტური სახე-დამხედველო ღონისძიებების გატარებას, შენატანების შეგროვების სრულყოფილი მექანიზმის არსებობას.

განვითარებად ქვეყნებში, ისევე როგორც ყოფილი საბჭოთა სისტემის ქვეყნებში, რომლებიც განიცდიან ეკონომიკურ კრიზისს, მცირე ხელფასის ან საწარმოთა დახურვის გამო, ბევრი ადამიანი ტოვებს სახელმწიფო დაწესებულებებში სამსახურს და ცდილობს მუშაობა დაიწყოს არაფორმალურ სექტორში. საგადასახადო სისტემის მოუწესრიგებლობის გამო, ასეთ ქვეყნებში ხელფასზე სადაზღვევო გადასახადის შეგროვება რთულ პროცესს წარმოადგენს, რაც ამცირებს სოციალური დაზღვევის შენატანების მოცულობას.

ამგვარად, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა მოითხოვს ქვეყანაში მძლავრი ეკონომიკური სტრუქტურების არსებობას. სოციალური დაზღვევა ქვეყნის განვითარებულ ეკონომიკას ეყრდნობა. წინააღმდეგ შემთხვევაში შეუძლებელია მხოლოდ სადაზღვევო შენატანების ხარჯზე ჯანდაცვის დაფინანსება.

ჯანდაცვის ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემა (ბევერიჯის მოდელი)

სოციალური დაზღვევით უნივერსალური მოცვის ალტერნატიული მექანიზმია ზოგადი გადასახადებით მოსახლეობის მოცვა. 1942 წელს უილიამ ბევერიჯმა შეიმუშავა უნივერსალური ჯანდაცვის პრინციპები, რომელიც შემდგომ გახდა ჯანდაცვის *ბევერიჯის მოდელის* საფუძველი.

ბევერიჯის მოდელის მთავარ ნიშნებს წარმოადგენს: სახელმწიფო ბიუჯეტიდან დაფინანსება სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადების (ზოგადი გადასახადების) მეშვეობით, ჯანდაცვის სისტემის სახელ-

მწიფო რეგულირება, საყოველთაო ხელმისაწვდომობა, სახელმწიფოს მნიშვნელოვანი ჩარევა სამედიცინო სერვისებსა და დაწესებულებების მართვაში, ექიმების ანაზღაურება ხელფასით ან კაპიტაციით, პაციენტების მხრიდან მცირე ჯიბიდან გადახდები [6].

ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემის დადებითი მხარეებია: სახელმწიფო ბიუჯეტის შემოსავლების რამდენიმე წყაროს არსებობის გამო ეკონომიკის სხვადასხვა სფეროებზე ბიუჯეტის განაწილებისას რომელიმე სფეროზე დაფინანსების შემცირება სხვა სფეროს დაფინანსების გაზრდით მნიშვნელოვან გავლენას არ ახდენს საერთო ბიუჯეტზე. ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემა ეკონომიკურად ხარჯთეფექტურია, რადგან შემოსავლების შეგროვება ხორციელდება ერთ და არა რამოდენიმე სხვადასხვა ორგანიზაციებში. შესაბამისად, შედარებით ადვილია ხარჯებზე კონტროლი, რადგან ბიუჯეტი ფიქსირებულია და მხოლოდ ერთი წყაროსგანაა მიღებული [6, გვ. 284].

ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემის უარყოფითი მხარეებია: დაბალია ნდობის ფაქტორი, რომ გადასახადები დანიშნულებისამებრ დაიხარჯება. რადგან გადასახადები საერთო ფონდში იყრის თავს, გადამხდელისთვის ძნელია გარკვევა, შენატანებიდან ზუსტად რამდენი იხარჯება ჯანდაცვაზე, ან საერთოდ რაზე იხარჯება მის მიერ გადახდილი გადასახადები. ასეთი მდგომარეობა ხელს არ უწყობს გადასახადების გადახდის სტიმულს. აღნიშნული პრობლემა განსაკუთრებით მწვავედ დგას გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებში, სადაც გადასახადების შეგროვებისა და შეფასების სისტემა არაა სრულყოფილი; გადამხდელმა შეიძლება თავი აარიდონ გადასახადებს [6, გვ. 284].

გარდა ამისა, ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემის დროს არ მოქმედებს სოციალური დაზღვევის სისტემისთვის დამახასიათებელი პრინციპი: გადაიხდი სამედიცინო სადაზღვევო შენატანს, მიიღებ სამედიცინო დახმარებას. რადგანაც გადამხდელმა იცის, რომ მიუხედავად იმისა, გადაიხდის თუ არა იგი გადასახადს, მასზე მაინც გავრცელდება სახელმწიფოს მიერ დეკლარირებული სამედიცინო მომსახურება, მას გადასახადების გადახდის ნაკლები სტიმული აქვს [6, გვ. 284].

ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემის დროს შეინიშნება არასტაბილური დაფინანსება. სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ეკონომიკის სხვადასხვა სფეროზე დადგენილი ყოველწლიური ბიუჯეტები გარკვეულ ცვლილებებს განიცდიან, რადგანაც იგი დამოკიდებულია სახელმწიფოს პოლიტიკურ პრიორიტეტებზე, თუ რომელი დარგია სახელმწიფო ინტერესებისათვის ყველაზე მნიშვნელოვანი (მაგალითად, საომარი კონფლიქტები მოითხოვს თავდაცვის ხარჯების გაზრდას). ამგვარად, ჯანდაცვის ბიუჯეტი სახელმწიფოს პოლიტიკურ ნებაზეა დამოკიდებული და ზოგჯერ იგი არაპროგნოზირებადია, შესაბამისად ჯანდაცვის სექტორს არ აქვს მყარი გარანტია იმისა, რომ მომავალ წელს მიიღებს იმავე მოცულობის დაფინანსებას, რაც წინა წელს იყო მისთვის გამოყოფილი [6, გვ. 284].

ჯანდაცვის დაფინანსება, უპირატესად სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით, (ზოგადი გადასახადები) შემოდებულ 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). მკვლევართა აზრით, ბევერიჯის სისტემის ფართოდ გავრცელება დაკავშირებულია ჯანდაცვის ხარჯებზე ეფექტური კონტროლით.

განვითარებულ ქვეყნებში უნივერსალურ მოცვაზე გადასვლის შემდეგი ტენდენციები შეიძლება გამოიყოს [7, გვ 140-151]:

1. საყოველთაო მოცვის პროცესი იყო ძალიან ნელი. დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში მოსახლეობის ფართო ფენების მოცვა თითქმის მთელი საუკუნე გაგრძელდა.
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).
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.

4. უნივერსალური მოცვის შემდეგ პროვადერთა ადმინისტრირების მექანიზმები ძალიან მცირედით შეიცვალა. მხოლოდ დიდ ბრიტანეთში განხორციელდა სამედიცინო დაწესებულებათა ნაციონალიზაცია, ხოლო საბჭოთა კავშირში სახელმწიფოს ხელში გადავიდა ჯანდაცვის მთელი სისტემა.

5. საყოველთაო მოცვის სისტემაზე გადასვლამ მოითხოვა სახელმწიფოს მნიშვნელოვანი ჩარევები. იგი გულისხმობდა სადაზღვევო ფონდების რეგულირებას. აშშ წარმოადგენდა ერთადერთ ქვეყანას, სადაც ვერ განხორციელდა მოსახლეობის უნივერსალური მოცვა.

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. ბევერიჯის რეფორმა ნაწილობრივ დაკავშირებული იყო მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ გამოწვეული სოლიდარობის გრძნობასთან.

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.

უნივერსალური ჯანდაცვა და საქართველო

სოციალისტური სისტემის დაშლის შემდეგ ყოფილი საბჭოთა კავშირისა და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში ფართოდ გავრცელდა უნივერსალური ჯანდაცვის სხვადასხვა სისტემა (სოციალური დაზღვევა, საყოველთაო ჯანდაცვა). გასათვალისწინებელია, რომ ამ ქვეყნებში არსებობდა ჯანდაცვის სემაშკოს მოდელი, რომელიც თეორიულად თავად წარმოადგენდა უნივერსალურ მოცვას. მიუხედავად იმისა, რომ კონსტიტუციით ყველა თანასწორად გარანტირებული იყო ჯანდაცვის სერვისებით, მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებს შორის შეინიშნებოდა მნიშვნელოვანი განსხვავებები. მაგალითად, პარტიული მუშაკები, ე.წ. ნომენკლატურა უზრუნველყოფილი იყო მაღალი სტანდარტის სერვისებით. მოსახლეობის სხვა ფენები ღებულობდნენ შედარებით დაბალი სტანდარტის სერვისებს. ფართოდ იყო გავრცელებული ჯიბიდან არაფორმალური გადახდები [10].

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება თავდაპირველად ხორციელდებოდა სოციალური დაზღვევის მოდელით (ბისმარკის მოდელი). 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].

სოციალური დაზღვევის მშენებლობის გზაზე მნიშვნელოვან დაბრკოლებას წარმოადგენდა არასახარბიელო ეკონომიკური მდგომარეობა, საწარმოების დაბალი გადახდისუნარიანობა, გადამხდელთა მონაცემების ერთიანი ბაზის არარსებობა [12]. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დაფინანსების სიმწირის გამო ფართოდ იყო გავრცელებული ჯიბიდან არაფორმალური გადახდები [13].

2007 წლიდან იწყება გადასვლა გადასახადებზე დაფუძნებულ მოდელზე (ბევერიჯის მოდელი), რაც დაკავშირებული იყო იმ გარემოებასთან, რომ განვითარებადი ქვეყნებისათვის გადასახადებზე დაფუძნებულ სისტემას გააჩნია უპირატესობა სოციალური დაზღვევის მოდელთან შედარებით. კერძოდ, განვითარებადი ქვეყნებში, სადაც უფრო მეტადაა განვითარებული არაფორმალური სექტორი, გადასახადებზე დაფუძნებულ მოდელს აქვს შესაძლებლობა უფრო სწრაფი ტემპით მოიცვას იგი. თუმცა, გადასახადებზე დაფუძნებული სისტემა ტვირთად აწევს სახელმწიფო ბიუჯეტს. გარდა ამისა, შეინიშნება არათანასწორი დაფინანსება, რადგან შესაძლოა განაპირობოს ისეთი პირების სუბსიდირება, რომლებიც თვითდასაქმებულთა, მაგრამ არ არის ღარიბი ფენა. ამგვარად, საქართველოსათვის, როგორც განვითარებადი ქვეყნისათვის მიზანშეწონილია ჯანდაცვის ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემა (ბევერიჯის მოდელი).

2013 წლიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მიზანია მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა [14]. ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო სადაზღვევო პროგრამებით. ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობა 2017 წელს, 2012 წელთან შედარებით, გაორმაგდა და 365 მლნ ლარიდან 800 მლნ ლარამდე გაიზარდა.

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებულია გეგმური და გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი სტაციონალური მკურნალობა, გეგმური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, დღის სტაციონარი) და მათთან დაკავშირებული გამოკვლევები შესაბამისი ლიმიტის ფარგლებში [14]. პროგრამა ბენეფიციარს აძლევს სამედიცინო დაწესებულების თავისუფალი არჩევანის უფლებას. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ მნიშვნელოვნად გაიზარდა მოსახლეობის მიმართვიანობა სამედიცინო მომსახურების მისაღებად.

ყველა ქვეყანამ განვითარებულმა თუ განვითარებადმა, თავისი უნიკალური გზა განვლო უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემის განვითარებაში. უნივერსალური მოცვის მოდელები სხვადასხვა ქვეყანაში არაერთგვაროვანია და მის წარმატებით განხორციელებას მნიშვნელოვნად განაპირობებს ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობა, სამთავრობო პოლიტიკა.

უნივერსალური ჯანდაცვის მშენებლობა დაკავშირებულია გარკვეულ სირთულეებთან, მითუმეტეს ისეთი მწირი ეკონომიკის მქონე ქვეყნისათვის, როგორც საქართველოა. ერთი მხრივ, სახელმწიფოს მიერ უნივერსალური ჯანდაცვის მშენებლობა, რომლითაც ყველა ადამიანს აქვს საშუალება ისარგებლოს, საკმაოდ კარგი ნაბიჯია, თუმცა, საჭიროა სახელმწიფოს თანმიმდევრული პოლიტიკის განხორციელება დაფინანსების ხარჯთეფექტური მეთოდების, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის და მედიკამენტებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების კასპექტით.

ხარჯების შეკავების მეთოდებიდან ერთ-ერთი უმთავრესია ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობა, რადგან ასეთ სისტემაში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა პრევენციული სერვისების მიწოდებას. შეიძლება ითქვას, ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავების ყველაზე საუკეთესო მეთოდი არის ის, რომლითაც მიიღწევა ჯანმრთელობის საერთო მაჩვენებლების გაუმჯობესება არსებული რესურსების უფრო ეფექტურად გამოყენების მეშვეობით (16).

ლიტერატურა:

1. World Health Organization (2000) The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
2. Ensor T Universal Coverage in Developing Countries. International Encyclopedia of Public Health, Vol 6. San Diego: Academic Press; 2008.
3. 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).
4. 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.
5. 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.
6. ვერულავა თენგიზ, ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა, 2016.
7. ვერულავა თ, კვანჭილაშვილი ა, კვიციანია მ, გვარამია ლ, ბურჭულაძე ლ, მაჩიტაძე ა, ყაჭიური, ც. უნივერსალური მოცვის მსოფლიო გამოცდილება და საქართველოს ჯანდაცვის რეფორმა. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია (3). 140-151. 2017
8. 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.

9. 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.
10. 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.
11. Ensor T (1999) Developing health insurance in transitional Asia. *Social Science and Medicine* 48 (7)
12. Verulava, T., Kalandadze, T., Vasadze, O. (1999). Введение системы обязательного медицинского страхования в Грузии. *Georgian Medical News* (9 (54): 60-62.
13. 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.
14. სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა - მოსარაგებლები და სამედიცინო მომსახურების პირობები საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილების ფარგლებში.
15. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2014. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა: ერთი წლის შედეგების შეფასება, პრესრელიზი.

Universal Health Care in Georgia: Achievements and Challenges

Tengiz Verulava

*Doctor of Medicine, Professor
Ilia State University*

R e s u m e

The process of health care system reorientation in Georgia began in 1995. Health insurance mandatory contributions or the targeted healthcare tax imposed on wages (“3+1”) and being a part of social tax, were the major sources of state healthcare financing until 2005. It was replaced by mandatory government taxes. Tax Department of the Ministry of Finance of Georgia is responsible for collection of taxes, which ultimately are consolidated on single state treasury account.

Since 2013, the Universal Healthcare Program has been enacted. all citizens of Georgia are provided with basic medical services through unviersal healthcare or state and private insurance programs. Despite increased government spending on healthcare, its share in overall health expenses is significantly lower compared to the recommended by WHO. Despite the serious advancements, there are still problems associated with the primary health care. It is necessary to increase the financial accessibility of services linked with high expenses.

Keywords: Universal Healthcare Program, Healthcare System in Georgia.