



სსიპ გორის სახელმწიფო უნივერსიტეტი  
ქეთევან კარელიძე

საყოველთაო ჯანდაცვის დაზღვევის მართვის გამოწვევები და  
სადაზღვევო ბაზარი

სამაგისტრო ნაშრომი შესრულებულია  
სოციალურ მეცნიერებათა, ბიზნესისა და სამართალმცოდნეობის  
ფაკულტეტზე ბიზნესის ადმინისტრირების მაგისტრის აკადემიური  
ხარისხის მოსაპოვებლად

ხელმძღვანელი: პროფესორი დავით ჭიოტაშვილი

2021

## ანოტაცია

კაცობრიობა განვითარების უძველესი პერიოდიდან დღემდე, ყოველთვის დგებოდა მრავალი პრობლემების წინაშე, რომლის გადაჭრის გზებს მსოფლიოს სხვადასხვა ნაწილში, ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად ეძებდნენ, პოულობდნენ და ანვითარებდნენ. სწორედამის შედეგად წარმოიშვა მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის ობიექტური აუცილებლობა და შესაბამისად სანედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამები.

სადაზღვევო სისტემა ისეთივე ძველია, როგორც საზოგადოება. საუკუნეების მანძილზე იგი იცვლებოდა და იხვეწებოდა. უძველესი დროიდან, საზოგადოების განვითარების პერიოდიდან ვიცით, რომ თანადგომისა და დახმარების პრინციპები მუდმივად იხვეწებოდა, რომლებიც აწესრიგებდნენ და ეხმარებოდნენ მოსახლეობის ცხოვრების და არსებობის პირობების გაუმჯობესებას.

ნებისმიერი სახელმწიფო, თავისი ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, ცდილობს თავისი მოქალაქეების, როგორც მატერიალურ ასევე მორალურ მხარდაჭერას. ქვეყნის ეკონომიკური სიძლიერე განსაზღვრავს თუ რამდენად უწყვეტი, სტაბილური და ადამიანზე ორიენტირებულია მოსახლეობის სოციალური დაცვა. ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებმა ფართო განვითარება ჰპოვა ისეთ ქვეყნებში როგორცაა დიდი ბრიტანეთი, გერმანია, ლათინური ამერიკის ქვეყნები და სხვა. სადაზღვევო სისტემის განვითარების ყველაზე აქტიური პერიოდი ქვეყნებში სტიქიურ უბედურებებს, ომებს და დიდ ხანძრებს უკავშირდება. ასევე, ბოლო პერიოდში, სამედიცინო დაზღვევაზე საუბარი აქტიური ხდება, როდესაც იცვლება ხელისუფლებები. თემაში მოცემულია მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნებში ადაპტირებული საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ტიპები, მათი განმასხვავებელ თავისებურებები მსოფლიოს განვითარებული და განვითარებადი ქვეყნების მაგალითზე.

დამოუკიდებლობის აღდგენის შემდეგ დაიწყო მცდელობა საქართველოს ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამების ჩამოყალიბებისა, რომელიც დღემდე

მიმდინარეობს და მრავალი ცვლილება განხორციელდა. დღეისათვის საქართველო 33-ე ქვეყანაა მსოფლიოში, რომელმაც შეძლო საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის ჩამოყალიბება, რომლის ძირითად დაფინანსების წყაროს წარმოადგენს სახელმწიფო ბიუჯეტი. აღნიშნულ პროცესში დასაწყისიდან ჩართული იყო საქართველოს სადაზღვევო ბაზარზე არსებული ლიცენზირებული სადაზღვევო კომპანიები, თუმცა გარკვეული პერიოდის შემდეგ ჩამოყალიბდა ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო, რომელმაც ჩაანაცვლა სადაზღვევო ბაზარზე მოქმედი ლიცენზირებული სადაზღვევო კომპანიები. ხოლო, ბოლო ორი-სამი წელია ქართველი და საერთაშორისო ექსპერტების მიერ აქტიურად მიმდინარეობს საუბარი, იმასთან დაკავშირებით, რომ აღნიშნული პროგრამის შესრულება ისევ განხორციელდეს საქართველოს სადაზღვევო ბაზარზე მოქმედი ლიცენზირებული სადაზღვევო კომპანიების მიერ.

სამაგისტრო ნაშრომში ნაჩვენებია თუ რა სტრუქტურული და ნორმატიული ცვლილებები გაიარა საქართველოში საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებმა და როგორია დღეს არსებული პროგრამა, ვინ არიან მოსარგებლები და რა ნორმატიული აქტებით რეგულირდება განხორციელების პროცესი. რა ადგილი და როლი ეკავა მას საქართველოს სადაზღვევო ბაზარზე პროგრამის ამოქმედებისას, რა ეტაპები და პროცესები გაიარა, რა იყო მისი ძლიერი და სუსტი მხარეები, რა თანმდევი პრობლემების წინაშე დადგა და როგორია მისი შემდგომი განვითარების პერსპექტივა საქართველოს სადაზღვევო ბაზარზე.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსებისათვის (2014-2020წწ) გამოყოფილია დაახლოებით 7 მლრდ ლარი. სწორედ ამიტომ გადავწყვიტეთ განგვიხილა რამდენად ეფექტურია ეს პროგრამა? როგორია მოსახლეობის დამოკიდებულება? რამდენად მიზან მიმართულად იხარჯება სახელმწიფოს რესურსები და რა ცვლილებებია დაგეგმილი პროგრამის განვითარების შემდგომ ეტაპებზე?

## **Annotation**

From ancient times to the present day, humanity has always faced many problems, the solutions to which have been sought, found and developed independently in different parts of the world. As a result, there was an objective need for medical insurance for the population and, consequently, state programs for medical insurance.

The insurance system is as old as society. It has changed and improved over the centuries. From ancient times, from the period of social development, we know that the principles of assistance and assistance were constantly improving, which regulated and helped to improve the living and living conditions of the population.

Any state, due to its economic situation, tries to support its citizens, both materially and morally. The economic strength of a country determines how continuous, stable and human-centered the social protection of the population is. The main goal of any country is to take care of the health of the population, for which every state uses different means of insurance, finances commercial insurance programs, develops social health insurance programs or establishes state programs of universal health care. State health insurance programs are widely developed in countries such as the United Kingdom, Germany, Latin America and others. The most active period of the insurance system development in the countries is related to natural disasters, wars and big fires. Also, lately, the talk of health insurance has become more active when governments change. The topic includes the types of state universal health care programs adapted in different countries of the world, their distinctive features on the example of developed and developing countries of the world.

After the restoration of independence, efforts were made to establish Georgia's health insurance programs, which are still ongoing and many changes have been made. Today, Georgia is the 33rd country in the world to establish a state universal health insurance program, the main source of funding is the state budget. From the beginning, licensed insurance companies in the Georgian insurance market were involved in this process, but after some time, the National Health Agency was established, which replaced the licensed insurance companies operating in the insurance

market. The program will be implemented again by licensed insurance companies operating in the Georgian insurance market.

The master's thesis shows what structural and normative changes have been made to the state programs of universal health insurance in Georgia and what is the current program, who are the beneficiaries and what normative acts regulate the implementation process. What place and role did it play in the launch of the program in the Georgian insurance market, what stages and processes did it go through, what were its strengths and weaknesses, what were the challenges and what are the prospects for its further development in the Georgian insurance market.

Approximately 8 billion GEL has been allocated for the financing of the state program of universal health insurance (2013-2020). That's why we decided to discuss how effective this program is? What is the attitude of the population? How purposefully are the state resources spent and what changes are planned in the later stages of the program development?

## შინაარსი

შესავალი ----- 1

თავი I. საყოველთაო ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის წარმოშობა საქართველოში

----- 6

1.1 საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარების ძირითადი თავისებურებები ----- 6

1.2 საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების საკანონმდებლო ბაზა და მარეგულირებელი ნორმატიული აქტები ----- 10

თავი III. საყოველთაო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამები მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში

----- 32

2.1 ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა აშშ-ში. ----- 23

2.2 ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა გერმანიაში ----- 28

2.3 ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა დიდბრიტანეთში ----- 29

2.4 საყოველთაო ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამები განვითარებად ქვეყნებში ----- 30

თავი III. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარება, გამოწვევები და მართვა საქართველოში

----- 35

3.1 საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების წარმოშობა და განვითარება საქართველოში ----- 35

3.2. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსება 2012-2020 წლებში ----- 43

3.3 საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების მართვა ----- 46

3.4 საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის პრობლემები, პერსპექტივები და რეკომენდაციები ----- 51

დასკვნა ----- 59

გამოყენებული ლიტერატურა ----- 62

## შესავალი

კაცობრიობის განვითარებასთან ერთად საზოგადოება აღმოჩნდა მრავალი პრობლემის წინაშე, რომლის მოგვარებაც ყველა ქვეყანაში ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად ვითარდებოდა. ჯერ კიდევ უძველესი დროიდან არსებობდა ურთიერთ დახმარების პრინციპი, რაც შეგვიძლია განვიხილოთ როგორც დაზღვევის წარმოშობის პირველი ჩანასახები. საუკუნეების მანძილზე შეიცვალა საზოგადოების მოთხოვნები და მოთხოვნები. ეს პროცესი საბაზრო ურთიერთობების განვითარების პროცესში უფრო დაჩქარდა. მეცნიერები უფრო და უფრო ზედმიწევნით იკვლევენ ადამიანთა ყოფა-ცხოვრების, საქმიანობისა და მოღვაწეობის სფეროებს, მათ შორის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს და ახდენენ მის ოპტიმიზირებას. მსოფლიოში ერთ-ერთ ყველაზე მოთხოვნად სადაზღვევო პროდუქტად დღემდე რჩება ჯანმრთელობის დაზღვევა.

ჯერ კიდევ შუა საუკუნეებიდან, საქართველო გახლდათ ერთ-ერთი პირველი ქვეყანა, სადაც ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების განვითარებას ჩაეყარა საფუძველი. ჯერ კიდევ დავით აღმაშენებლის მეფობის დროს (XII) ხდებოდა სამეფო ხაზინის ხარჯზე საავადმყოფოების წამლებითა და სამედიცინო ინვენტარით მომარაგება. ეკლესია უზრუნველყოფდა მოსახლეობის სოციალური დახმარების სხვადასხვა ფორმების დანერგვას სამეფო ხაზინის მიერ გამოყოფილი დახმარებით, ანუ ეკლესია უნიკალურ ფუნქციას ასრულებდა და უშუალოდ „ჯანმრთელობის დაზღვევის“ წინამორბედს „სოციალური სამედიცინო ფუნქციას ახორციელებდა, რომელიც დაფუძნებული იყო ქრისტიანულ პრინციპებზე. დავით აღმაშენებლის მიერ შექმნილი ჯანდაცვის პროგრამა თავისი არსით გვაგონებს დღეს არსებულ სოციალური მომსახურების სააგენტოს.

კაცობრიობის განვითარების მანძილზე ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამები ვითარდებოდა და ერთობლივ სახეს იღებდა. მსოფლიოში მრავალი განხორციელებული ჯანმრთელობის პროგრამებიდან დღეისათვის ყველაზე გავრცელებული ბისმარკის მოდელია. ამ მოდელის მიხედვით სადაზღვევო პრემიებს იხდიან როგორც დამქირავებლები ასევე დაქირავებულებიც. თითოეული ქვეყნის



ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამას აქვს მრავალი განმასხვავებელი ნიშანი, რომელიც ორიენტირებულია მისი ქვეყნის ეკონომიკურ, პოლიტიკურ და სოციალურ მდგომარეობაზე, ასევე მოსახლეობის ცხოვრების სტილზე, შემოსავლების დონესა და საქმიანობაზე. ესპროცესი თანამედროვე პერიოდში უფრო დაჩქარდა. მეცნიერები უფრო და უფრო ზედმიწევნით იკვლევენ ადამიანთაცხოვრების, საქმიანობისა და მოღვაწეობის სფეროებს, მათ შორის ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს და ახდენენ მის მუდმივ ოპტიმიზირებას.

საქართველოში ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ჩამოყალიბებამ და განვითარებამ ხანგრძლივი და რთული პერიოდი გაიარა და რამდენჯერმე განიცადა სახეცვლილება. ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში მოქალაქეების უმეტესი ნაწილი არ იყო ინფორმირებული არათუ სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამების, არამედ საერთოდ სამედიცინო დაზღვევის შესახებაც კი. ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამის აქტიური გავრცელება დაიწყო 2008 წლიდან. მოსახლეობა სკეპტიკურად იყო განწყობილი და ხშირ შემთხვევაში არ იცოდა თუ როგორ გამოეყენებინა სადაზღვევო პოლისი. ამ პერიოდში დაზღვეული იყო მოსახლეობის მხოლოდ მცირე ნაწილი. 2012 წელს ხელისუფლების მთავარ გზავნილს წარმოადგენდა ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამების საყოველთაობა.

საქართველოში საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევა, რომელმაც საქართველოს მოსახლეობის 100% მოიცვა 2013 წელს ჩამოყალიბდა. საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამა დაიყო რამდენიმე ეტაპად. პირველ ეტაპზე იგი მოიცავდა მხოლოდ მინიმალურ პაკეტს, მეორე ეტაპზე მოსარგებლეთათვის მისაღები მომსახურების ტიპები გაიზარდა, შემდგომ ეტაპებზე მოხდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსარგებლეთა დიფერენცირება შემოსავლების და სხვა კერძო სადაზღვევო მომსახურების არსებობის მიხედვით, ხოლო მორიგ ეტაპებზე გათვალისწინებულია მედიკამენტებითა და სხვა დამატებითი მომსახურებებით უზრუნველყოფა.

2013 წლამდე ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობდნენ სადაზღვევო ბაზარზე მოქმედი ლიცენზირებული სადაზღვევო კომპანიები, რომელსაც სახელმწიფო უხდიდა სადაზღვევო პრემიებს. ამ პერიოდში

მოსახლეობის ჯანდაცვაზე გაწეული ხარჯი ზუსტად იყო გათვლილი, შესაძლებელი იყო მოსალოდნელი ხარჯების ზუსტი პროგნოზირება ამასთან სადაზღვევო კომპანიები აკონტროლებდნენ სამედიცინო დაწესებულებების მართებულად მუშაობას.

2014 წლიდან ჩამოყალიბდა ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტო, რომელმაც ჩაანაცვლა სადაზღვევო ბაზარზე მომქმედი ლიცენზირებული სადაზღვევო კომპანიები. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსება ხორციელდებოდა სახელმწიფოს მიერ პირდაპირი გადახდის წესით, რამაც გამოიწვია ბიუჯეტის შემოსავლების არაეფექტური ხარჯვა, ვინაიდან სამედიცინო ორგანოებზე კონტროლი თითქმის არ ხორციელდებოდა იმ დოზით, როგორც პროცესში სადაზღვევო კომპანიების მონაწილეობის დროს. რამდენიმე წლის წინ სადაზღვევო კომპანიები უზრუნველყოფდნენ იმას რომ სამედიცინო დაწესებულებები ზედმეტად ზერელედ არ მისდგომოდნენ ხარჯვას და ამ ანგარიშის წარდგენას სახელმწიფოსთვის, რადგან სადაზღვევო კომპანიების ინტერესს წარმოადგენდა კლინიკებისათვის ნაკლები თანხების გადახდა. დღეს კი როდესაც ეს სადაზღვევო კომპანიები გამოეთიშნენ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამას სისტემის კონტროლი გაცილებით გართულდა და სამედიცინო პროვაიდერებს მეტი თავისუფლება მიენიჭათ. რის ნათელ მაგალითსაც წარმოადგენს ბოლო წლების განმავლობაში შესამჩნევად გაზრდილი მწვავე შემთხვევების რაოდენობა. ამასთან უნდა გავითვალისწინოთ ის ფაქტიც, რომ დაზღვევა არის ეკონომიკური საქმიანობის სფერო, რომელიც წარმოადგენს ბიუჯეტის შევსების და დასაქმების მნიშვნელოვან წყაროს და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამიდან სადაზღვევო კომპანიების გამოთიშვა თავისთავად გულისხმობს სადაზღვევო ბაზრის განვითარების დამუხრუჭებას.

**მეთოდოლოგია:**

კვლევაში გამოყენებულია საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინფორმაცია, სტატისტიკური მასალები, სოციოლოგიური გამოკითხვები და მათი შედეგები. სხვადასხვა სამთავრობო ორგანიზაციებიდან, არასამთავრობო უწყებებიდან და საერთაშორისო დონორი ორგანიზაციებისგან მიღებულ რეკომენდაციები.

გამოყენებულია ვერბალური ინტერვიუები საქართველოს მთავრობის და საერთაშორისო ორგანიზაციების წარმომადგენლებთან და ჩვენს მიერ განხორციელებული კვლევების მონაცემები და შედეგები. დასკვნა და რეკომენდაციები ემყარება არსებული და მიღებული მონაცემების რაოდენობრივ და თვისობრივ ანალიზს და საერთაშორისო გამოცდილებას.

#### **კვლევის მიზანი და ამოცანები:**

კვლევის ძირითადი მიზანია, შევისწავლოთ და გამოვიკვლიოთ საქართველოში სახელმწიფოს მხარდაჭერით მიმდინარე საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამის შესაბამისობა და მისი გავლენა ქვეყნის სადაზღვევო და სამედიცინო სექტორის განვითარებაზე. ნაშრომში გაანალიზებულია სამედიცინო დაზღვევის პროგრამის ჩამოყალიბების და განვითარების ეტაპები, არსებული რისკები, პრობლემები, მათი დაძლევის გზები და პერსპექტივები. მიღებული მონაცემების საფუძველზე, ჯანმრთელობის სადაზღვევო დაცვის კომპლექსური შეფასება და სათანადო რეკომენდაციების შემუშავება.

**კვლევის საგანს წარმოადგენს** საქართველოში საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის განვითარების თანამედროვე მდგომარეობა, მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის სფეროში არსებული რისკები, პრობლემები და მათი დაძლევის გზები.

**საკვლევი თემის ობიექტია** საქართველოში საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამის ჩამოყალიბების და განვითარების ეტაპების კომპლექსური შეფასება და საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მიერ მოსახლეობის დაფინანსების ოპტიმიზაცია.

**საკვლევი თემის მეცნიერულ სიახლედ მიგვაჩნია** საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის დეტალური ანალიზი და შეფასება. საქართველოს სადაზღვევო ბაზარის კონიუქტურაში მისი შემდგომი განვითარება. და მიღებული მონაცემების საფუძველზე, პროგრამის განხორციელების პროცესში არსებული ხარვეზების გამოვლენა და სათანადო რეკომენდაციების შემუშავება.

დასახული მიზნის მისახწევად კვლევის პროცესში გადაწყვეტილია შემდეგი ამოცანები;

1. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების წარმოშობა და განვითარება;
2. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების მარეგულირებელი ნორმატიული აქტები;
3. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამები განვითარებულ ქვეყნებში;
4. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამები და საქართველოს სადაზღვევო ბაზარი;
5. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების წყაროები;
6. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ძლიერი და სუსტი მხარეები;

# თავი I. საყოველთაო ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის წარმოშობა საქართველოში

## 1.1 საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარება და ძირითადი თავისებურებები.

უხსოვარი დროიდან საზოგადოება იდგა ისეთი პრობლემების წინაშე როგორცაა: ომები, სტიქიური უბედურებები, ეპიდემიები, ხანძარი და სხვ. გამომდინარე იქიდან რომ ზემოთ აღნიშნული მოვლენების თავიდან აცილება საზოგადოებისთვის ფაქტობრივად შეუძლებელი იყო, საზოგადოების წინაშე დადგა აუცილებლობა შეექმნა რაიმე ბერკეტი, რომელიც საშუალებას მისცემდა შეემსუბუქებინა ამ მოვლენების შედეგად მიღებული ზარალი.

სწორედ ამის გათვალისწინებით შეიქმნა სადაზღვევო სისტემის პირველი ჩანასახები. დაზღვევის შესახებ პირველი წერილობითი წყარო ჯერ კიდევ ჰამურაბის კანონთა კრებულშია მოცემული. დაზღვევა მნიშვნელოვნად განვითარდა ინგლისში ლონდონის 1666 წლის ხანძრის შემდეგ. ეტაპობრივად გამოიყო დაზღვევის ტიპები, დღეისათვის სადაზღვევო ბაზარზე ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია ჯანმრთელობის სახელმწიფო და კერძო დაზღვევას. ნასრომშიგანვიხილავთ ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებს რომლის ჩამოყალიბებდა და განვითარება მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად ვითარდებოდა. ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა შეგვიძლია განვიხილოთ როგორც სოციალური ჯანმრთელობის დაზღვევის ერთ-ერთი ტიპი.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა წარმოადგენს ჯანდაცვის დაფინანსების და მართვის მექანიზმს დაზღვეულებს შორის სამედიცინო რისკის გაერთიანების საშუალებით სადაც დაფინანსების წყაროებს შეადგენენ ორგანიზაციების, ფიზიკური პირების ან სახელმწიფოს ფინანსური შენატანები.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა განიხილება როგორც ეროვნული სოციალური უსაფრთხოების სისტემა და ჯანდაცვის ფინანსური დაცვის მექანიზმი, სადაც ხორციელდება მოსახლეობის დიდ ნაწილში სამედიცინო რისკის და ფინანსური

სახსრების გაერთიანება და სადაც პრემიების ზომა არ არის დაკავშირებული დაზღვეული პირის რისკის დონესთან, და გამოყოფილია სხვა სავალდებულო გადასახადებისაგან. ი ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად ვითარდებოდა აქედან გამომდინარე არსებობს სოციალური დაზღვევს რამდენიმე გავცელებული მოდელი:

- კლასიკური - ბისმარკის მოდელი;<sup>1</sup>
- ბევერიჯის მოდელი;<sup>2</sup>
- ატლანტიკური სისტემა;
- შერეული მოდელი(ეს მოდელი დღეისათვის ყველაზე გავრცელებულია);
- საბჭოური, მას ასევე სტალინის მოდელსაც უწოდებენ;

ოტტო ფონ ბისმარკმა ჩამოაყალიბა სოციალური დაზღვევის კლასიკური მოდელი - ის იყო გერმანიის პირველი კანცლერი და ელჩი პეტერბურგში. 1881წელს ბისმარკმა გერმანიის მეფის ბრძანების საფუძველზე დამქირავებლებს დააკისრა დაქირავებული მუშახელის მსგავსად ქარხნის ურთიერთ დახმარების ფონდში ეხადათ სადაზღვევო პრემიები. რის შემდეგაც ურთიერთ დახმარების ფონდი იქცა სადაზღვევო ორგანიზაციად. ამ მოდელით დრევანდელი გადმოსახედიდან დამქირავებული წარმოადგენდა დამზღვევს, დაქირავებული მუშახელი დაზრვეულს, ხოლო ორგანიზაციული სისტემა რომელშიც მათ აზღვევდნენ მზრვევებს.

ბისმარკის სადაზღვევო სისტემის მთავარ პრიორიტეტს წარმოადგენდა სადაზღვევო პრემიების გადახდის პარიტეტულობა (იხდიდნენ როგორც დაქირავებულები ასევე დამქირავებლებიც), თვითმმართველობა- მთავარი ამთვისებაში არის ის, სადაზღვევო რესურსების განმკარგავს არ წარმოადგენს სახელმწიფო არამედ ეკუთვნის სადაზღვევო ორგანიზაციას.

1942 წელს უ. ბევერიჯმა შექმნა დოქტრინა საციალური დაზღვევის შესახებ, დამყარებული ერთობლივ სოციალურ თანადგომაზე. აღნიშნული მოდელი მისი შემქმნელის სახელწოდებითაა ცნობილი.

ბევერიჯის მოდელის ძირითად მახასიათებლებს წარმოადგენს:

<sup>1</sup> ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა 2009 წელი თენგიზ ვერულავა.

<sup>2</sup> ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა 2009 წელი თენგიზ ვერულავა.

1. სამ იარუსიანი სოციალური დაცვა- სახელმწიფო ქმნის სოციალური დაცვის საბაზისო გარანტიას მთლიანად მოსახლეობისთვის, დამსაქმებელი პასუხისმგებელია სოციალური(პროფესიონალური) დაზღვევა უზრუნველყოს დაქირავებული მუშახელისთვის, ხოლო დაქირავებული მონაწილეობს დამატებით პირად დაზღვევაში.
2. სახელმწიფოებრივი სოციალური გარანტიები ორიენტირებულია საარსებო მინიმუმზე, დამატებითი სოციალური დაზღვევა დამყარებულია კომპენსაციებზე, დამატებითი ნებაყოფლობითი პირადი დაზღვევა- თვითონ დაქირავებულთა პირად ფინანსურ შესაძლებლობებზე.

სამიარუსიანი სოციალური დაცვის სისტემა წარმოადგენდა სახელმწიფოებრივი ერთობლივი სოციალური ჯანდაცვის სისტემის უზრუნველყოფის საფუძველს, რომელიც საშუალებას მისცემდა განსხვავებული შემოსავლების მქონე მოსახლეობას მიეღო ერთნაირი სამედიცინო მომსახურება.

მანვე შექმანა სოციალური ჯანდაცვის ორმაგი დაფინანსების მეთოდი, რომელიც გულისხმობდა, რომ სახელმწიფოს უნდა დაეფინანსებინა თვითონ სამედიცინო სისტემა და დამსაქმებელი ორგანიზაციები რათა ხელი შეეწყო მათი განვითარებისთვის ხოლო სოციალური დაზღვევის პრემიების გადახდა უნდა მოეხდინათ დამსაქმებლებს და მუშახელს.

ბევერიჯის მეთოდიერთერთი წარმატებულია და ფუნქციონირებს დიდ ბრიტანეთში. აშშ-ში. ნიდერლანდებში. შვეიცარიაში, საფრანგეთსა და იაპონში.

ატლანტიკური და ბევერიჯის მოდელები მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ შეერწყა ერთმანეთს. ატლანტიკური სისტემა საშუალებას იძლეოდა განითარებულიყო არა სახელმწიფოებრივი საპენსიო ფონდები. როგორც მოდელი შეგვიძლია განვიხილოთ როგორც „შეგროვებადი საპენსიო მოდელი“, ეს იყო არა კომერციული და არასახელმწიფოებრივი ორგანიზაცია რომელიც არ იღებდა მოგებას, ამ ორგანიზაციებს გადაეცემოდათ საპენსიო დაზღვევის თანხები ხანგრძლივი განკარგვის უფლებით რომლის პირობებიც განსაზღვრული იყო ხელშეკრულების საფუძველზე.

შერეული მეთოდი გულისხმობს რამდენიმე მეთოდის ერთობლივად გამოყენებას. მაგალითად ბისმარკის და ბევერიჯის მოდელების გაერთიანებას და ისე გამოყენებას.

ჯანმრთელობის სოციალურ დაზღვევას აქვს განსაკუთრებული თავისებურებები:

- ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა სავალდებულოა მოსახლეობის განსაზღვრული ნაწილისთვის, ან მთელი მოსახლეობისთვის.
- დაზღვეული პირები იხდიან სადაზღვევო შენატანებს, რომლის ზომა ხელფასზეა დამოკიდებული და არა დაზღვეულთა ჯანმრთელობის რისკზე სადაზღვევო შენატანებს იხდიან როგორც დაქირავებულები ასევე დამქირავებლებიც.
- სოციალური დაზღვევის ნებისმიერი მოდელი ხორციელდება სახელმწიფო კანონმდებლობის - საზოგადოებრივი სამართლის და სამოქალაქო სამართლის საფუძველზე როგორც კომეციული დაზღვევა.
- საჭიროება და არაგადახდისუნარიანობა განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურების მიღების შესაძლებლობას (მინიმალური ბაზისური პაკეტი წინასწარ არის დადგენილი, დაზღვეულებს შეუძლიათ განახორციელონ თანაგადახდაან შეიძინონ დამატებითი სამედიცინო მომსახურება);
- სოციალური სოლიდარობა - წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაზღვევის მთავარ პრინციპს. იგი გულისხმობს სისტემის შიგნით ჯვარედინ სუბსიდირებას, მდიდარსა და ღარიბს, მაღალრისკიანსა და დაბალრისკიანს შორის. დაცულია რისკის კორექციის სქემა;
- სოციალურ დაზღვევის ფონდში შენატანები გამოყოფილია საერთო სახელმწიფოებრივი სავალდებულო გადასახადების ან სხვა ლეგალური გადასახადებისაგან.

საბჭოური- სტალინური მოდელი და უ. ბევერიჯის მოდელი გარკვეულ წილად გავს ერთმანეთს. სადაზღვევო პრემიას იხდის სახელმწიფო, რომელიც თავის მხრივ იღებს შემოსავლებს გადასახადების საშუალებით და კონტროლს სრულად ანხორციელებს სახელმწიფო.



ჯანმთელობის სოციალური დაზღვევით სამედიცინო მომსახურების მიღება მხოლოდ სადაზღვევო შენატანების გადახდითაა შესაძლებელი. სწორედ ამაშია განსხვავება სახელმწიფო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემისაგან, რომლის დროსაც სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლება აქვს მთელ მოსახლეობას, მაგრამ იმ შემთხვევაში თუ ამისათვის საჭირო აუცილებელი რესურსები ქვეყანას გააჩნია.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის ქვეყნებში დაზღვევა სავალდებულოა მოსახლეობის უმრავლესობისთვის, ან მთელ მოსახლეობისთვის. მისი მიზანია მოსახლეობის უნივერსალური მოცვა თუმცა, ნიდერლანდებში(რეფორმამდე) მაღალ შემოსავლიან პირებს უფლება არ ქონდათ დაზრვეულიყვნენ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემაში; ასევე გერმანიაში (რეფორმამდე) მაღალშემოსავლიან პირებს სოციალურ და ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სქემებს შორის არჩევის უფლება ქონდათ.

საქართველოში 2016 წელს მანამდე არსებულ „ჯანმრთელობის დაზრვევის სახელმწიფო პროგრამას“ ეწოდა ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა როგორც ზემოთ ავლნიშნეთ ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის მიზანია საზოგადოების უნივერსალური მოცვა. თუმცა აქვე მინდა ავლნიშნო რომ სახელის ცვლილებას 2017 წელს მოყვა სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამაში რეფორმების განხორციელება რომელიც ითვალისწინებს მაღალშემოსავლიანი მოსახლეობის პრორამიდან გათიშვას ან არჩევანის წინაშე დაყენებას აირჩიონ სოციალური თუ კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამა.

## **1.2. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების**

### **საკანონმდებლო ბაზა და მარეგულირებელი ნორმატიული აქტები**

ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებს აქვს თავისი კანონმდებლობა, მარეგულირებელი ნორმატიული აქტები რომელიც დეტალურად განსაზღვრავს ჯანმრთელობის დაზღვევის სხელმწიფო პროგრამების არსს და განხორციელების სპეციფიკას.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მიზანია, ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე საქართველოს მოსახლეობისთვის შექმნას ფინანსური უზრუნველყოფა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის. თავი დაცულად იგრძნონ და თანაგადახდით ან საფასურის გადახდის გარეშე, შეუზღუდავად მიიღონ სრულყოფილი სამედიცინო მომსახურება აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში.

1. „სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობებისგან საზღვრის შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის N218 დადგენილება

2. „ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში, 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის ბავშვების, 60 წლის და ზემოთ ასაკის ქალებისა და 65 წლის და ზემოთასაკის მამაკაცების (საპენსიო ასაკის მოსახლეობა), სტუდენტების, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის N165 დადგენილება მოსარგებლები და სამედიცინო მომსახურების პირობები საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის N218 დადგენილების ფარგლებში.<sup>3</sup>

პროგრამა 2013 წლიდან 2017 წლამდე ხორციელდებოდა შემდეგი სტანდარტებით და სპეციფიკით

- ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარები არიან: ოჯახები, რომლებიც რეგისტრირებული არიან „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“, მათთვის მინიჭებული სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 70 000 ერთეულს;
- რუსეთის ფედერაციის შეიარაღებული თავდასხმის 2008წლის 6 აგვისტოდან საქართველოზე შედეგად საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან

<sup>3</sup> საკანონმდებლო მაცნე <https://matsne.gov.ge>

იძულებით გადაადგილებულ პირთა - დევნილთა ოჯახები, რომლებიც განსახლებულ იქნენ სახელმწიფოს ან სხვა იურიდიული პირების მიერ შესყიდულ, რეაბილიტირებულ ან ახლად აშენებულ საცხოვრებელ ადგილებში;

- სკოლა - პანსიონებში მცხოვრები (მათ შორის, მზრუნველობა მოკლებული და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე) ბავშვები და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით განსაზღვრული სააღმზრდელო საქმიანობის განმახორციელებელი დაწესებულებების, დედათა და ბავშვთა თავშესაფრებისა და სათემო ორგანიზაციების ბენეფიციარები: - სსიპ - ადამიანთ ვაჭრობის (ტრეფიკინგის) მსხვერპლთა, დაზარალებულთა დაცვისა და დახმარების სახელმწიფო ფონდის ტერიტორიულ ერთეულებში (ფილიალებში) მცხოვრები ბენეფიციარები; - სსიპ - ადამიანთ ვაჭრობის (ტრეფიკინგის) მსხვერპლთა, დაზარალებულთა დაცვისა და დახმარების სახელმწიფო ფონდის ტერიტორიულ ერთეულებში (ფილიალებში) დასაქმებული უფროსი აღმზრდელები და აღმზრდელები;
- მინდობით აღზრდაში ან რეინტეგრაციაში მყოფი ბავშვები, რომელთა გამოც ოჯახები იღებენ რეინტეგრაციის შემწეობას შვილობილად აყვანის (მინდობით აღზრდის) ანაზღაურებას. სახალხო არტისტები, სახალხო მხატვრები და რუსთაველის პრემიის ლაურეატები;
- საჯარო სკოლის მასწავლებლები: - საჯარო სკოლის ადმინისტრაციულ - ტექნიკური პერსონალი; - სახელმწიფოს მიერ დაფუძნებული პროფესიული - საგანმანათლებლო დაწესებულების მასწავლებლები; - საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს სისტემაში შემავალი იმ საჯაროსკოლის აღმზრდელები, სადაც ხორციელდება პანსიონური მომსახურება;- აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის გალის ტერიტორიაზე მდებარე საქართველოს სახელმწიფო ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულების მასწავლებლები; - საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს

ტერიტორიული ორგანოების - საგანმანათლებლო რესურს ცენტრების თანამშრომლები;

- აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის ოკუპირებული ტერიტორიის მიმდებარედ მცხოვრები ოჯახები საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს მიერ მიწოდებული სიის შესაბამისად.

ასევე აღნიშნული პროგრამით იფარება:- სასწრაფო სამედიცინო მომსახურება და სამედიცინო ტრანსპორტირება:

- სასწრაფო დახმარების ბრიგადის მიერ გაწეული მომსახურება და საჭიროების შემთხვევაში - სამედიცინო ჩვენებით, პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის უზრუნველყოფა შესაბამისი პროფილის უახლოეს კლინიკაში;
- გადაუდებელი და კრიტიკული მდგომარეობების რეფერალური შემთხვევების მართვა, ადგილზე რეფერალური ბრიგადის მიერ გაწეული კონსულტაცია, მდგომარეობის სტაბილიზაცია, გართულებული შემთხვევების სამედიცინო ტრანსპორტირება (სპეციალური აპარატურით აღჭურვილი რეანიმობილით). - ამბულატორიული მომსახურება (გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ პირველადად, ოჯახის ან სოფლის, ან უბნის ექიმთან მიმართვის საფუძველზე);
- ამბულატორიული მომსახურება ოჯახის ან სოფლის, ან უბნის ექიმის და ექთნის მიერ მიწოდებული, მათ შორის, პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული ვაქცინაციით უზრუნველყოფა (მხოლოდ აცრა-ვიზიტი), ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და რისკ-ფაქტორების შეფასება, პრევენციული ღონისძიებები, დაავადებათა დიაგნოსტიკა და მართვა, პალიატიური მზრუნველობა, ასევე საჭიროების შემთხვევაში, მომსახურება ბინაზე (კომპეტენციის ფარგლებში);
- ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმის დანიშნულებით;
- ექიმ-სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება;

- ექიმის დანიშნულებით, ამბულატორიულ დონეზე ნებისმიერი სახის ინსტრუმენტული გამოკვლევები: ელექტროკარდიოგრაფიული, ექოსკოპიური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევები (რენტგენოსკოპია, რენტგენოგრაფია, მამოგრაფია);
- ამბულატორიულ დონეზე კლინიკურ - ლაბორატორიული გამოკვლევები: სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში, კრეატინინი, ჰემოგლობინი, განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე, ორსულობის ტესტი;
- ყველა სახის სამედიცინო ცნობების, დასკვნებისა და რეცეპტების გაცემა (მათ შორის, ინკურაბელური პაციენტებისათვის ტკივილ გამაყუჩებელი მედიკამენტების რეცეპტები სგაცემა), გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული ფორმა №IV-100/ა, სსიპ - საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს მომსახურების სააგენტოში ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შენახვის/ტარების უფლების მისაღებად წარსადგენი ცნობებისა;
- ამ პროგრამიდან ფინანსდება გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება (მათ შორის, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში შესყიდული სპეციფიკური შრატებითა და ვაქცინებით მომსახურების უზრუნველყოფა). - ასევე სტაციონარული მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება: გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება, მათ შორის, ინფექციურ დაავადებებთან და ინკურაბელური პაციენტების პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაცია, გართულებულ ორსულობასთან, მშობიარობასა და ლოგინობის ხანასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაცია;
- დაფინანსებას ქავემდებარება გეგმური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, დღის სტაციონარი), ასევე გეგმურ ქირურგიულ ჰოსპიტალიზაციას თანდაკავშირებული წინა საოპერაციო, ოპერაციის მსვლელობისას განხორციელებული და პოსტოპერაციული პერიოდის ყველა ტიპის

ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევები: სადაზღვევო წლიური ლიმიტი - 15 000 ლარი;

- ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობა და დიაგნოსტიკა, კერძოდ, ქიმიოთერაპია და სხივური თერაპია აგრეთვე ამ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევები და მედიკამენტები: სადაზღვევო წლიური ლიმიტი - 12 000 ლარი;
- მშობიარობა: სადაზღვევო ლიმიტი - 500 ლარი; საკეისრო კვეთა: სადაზღვევო ლიმიტი - 800 ლარი; მედიკამენტების ხარჯები სამკურნალო საშუალებათა ნუსხის მიხედვით -. მზღვეველის მიერ ანაზღაურდება პოლისის წლიური სადაზღვევო ლიმიტის 50 ლარის ფარგლებში, 50 პროცენტის თანაგადახდით, ხოლო 2012 წლის 1 სექტემბრიდან „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში რეგისტრირებული დაზღვეული 60 წლის და ზემოთ ასაკის ქალებისა და 65 წლის და ზემოთ ასაკის მამაკაცებისათვის (საპენსიო ასაკის მოსახლეობა) წლიური სადაზღვევო ლიმიტი განისაზღვრება 200 ლარით, 50 პროცენტის თანაგადახდით.

აღნისნული პროგრამის ბენეფიციარები არიან:

- საქართველოს მოქალაქეები და პირადობის ნეიტრალური მოწმობის ან ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირები 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის;
- საპენსიო ასაკის საქართველოს მოქალაქეები და პირადობის ნეიტრალური მოწმობის ან ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირები, ასევე საპენსიო ასაკის სახელმწიფო პენსიის მიმღები პირები;
- საქართველოს მოქალაქე, რომელიც „უმაღლესი განათლების შესახებ“ საქართველოს კანონითა და უმაღლესი საგანმანათლებლო დაწესებულების წესდებით განსაზღვრული წესით ჩაირიცხა და სწავლობს ავტორიზებულ უმაღლეს საგანმანათლებლო დაწესებულებაში ბაკალავრიატის, მაგისტრატურის და დიპლომირებული მედიკოსის/სტომატოლოგის, ქართულენაში მომზადების საგანმანათლებლო პროგრამის გასავლელად, ასევე საქართველოს მოქალაქე პროფესიული სტუდენტი, რომელიც სწავლობს

„პროფესიული განათლების შესახებ“ საქართველოს კანონით განსაზღვრული პროფესიული საგანმანათლებლო პროგრამის მე-4 დამე-5 საფეხურებზე და ის პირები, რომლებიც სწავლობენ პროფესიული უმაღლესი საგანმანათლებლო პროგრამით;

- შშმ ბავშვი საქართველოს მოქალაქე;
- მკვეთრად გამოხატული შშმ საქართველოს მოქალაქე.

მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამით იფარება:

- სასწრაფო სამედიცინო მომსახურება და სამედიცინო ტრანსპორტირება:

- სასწრაფო დახმარების ბრიგადის მიერ გაწეული მომსახურება და საჭიროების შემთხვევაში - სამედიცინო ჩვენებით პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის უზრუნველყოფა შესაბამისი პროფილის უახლოეს კლინიკაში (ვაუჩერის პირობების მე-8 მუხლის მე-10);
- გადაუდებელი და კრიტიკული მდგომარეობების რეფერალური შემთხვევების მართვა, ადგილზე რეფერალური ბრიგადის მიერ გაწეული კონსულტაცია, მდგომარეობის სტაბილიზაცია, გართულებული შემთხვევების სამედიცინო ტრანსპორტირება (სპეციალური აპარატურით აღჭურვილი რეანომობილით);- ამბულატორიული მომსახურება (გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ პირველადად ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმთან მიმართვის საფუძველზე);
- უბნის ექიმის და ექთნის, ოჯახის ან სოფლის მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება, მათ შორის, პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული ვაქცინაციით უზრუნველყოფა (მხოლოდ აცრა-ვიზიტი), ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და რისკ-ფაქტორების შეფასება, პრევენციული ღონისძიებები, დაავადებათა დიაგნოსტიკა და მართვა, პალიატიური მზრუნველობა, ასევე, საჭიროების შემთხვევაში, მომსახურება ბინაზე (კომპეტენციის ფარგლებში);

- ექიმ-სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმის დანიშნულებით;
- ექიმის დანიშნულებით, ამბულატორიულ დონეზე ნებისმიერი სახის ინსტრუმენტული გამოკვლევები: ელექტრო კარდიოგრაფიული, ექოსკოპიური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევები (რენტგენოსკოპია, რენტგენოგრაფია, მამოგრაფია და კომპიუტერული ტომოგრაფია) - კომპიუტერული ტომოგრაფია ითვალისწინებს ასანაზღაურებელი თანხის 20%-ის თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან, საპენსიო ასაკის პირებისათვის თანაგადახდა შეადგენს 10%-ს;
- ექიმის დანიშნულებით, ამბულატორიულ დონეზე კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები: სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში, კრეატინინი, ჰემოგლობინი, ქოლესტერინი სისხლში, შრატში ლიპიდების განსაზღვრა, განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე;
- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა (შშმპ) სოციალური ექსპერტიზისათვის, კერძოდ, შშმპ-ის სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები, გარდა მაგნიტურ-ბირთვულ-რეზონანსული გამოკვლევებისა;
- ამბულატორიულ დონეზე ყველა სახის სამედიცინო ცნობების, დასკვნებისა და რეცეპტების გაცემა (მათ შორის, ინკურაბელური პაციენტებისათვის ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების რეცეპტების გაცემა) (გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული ფორმა NIV-100/ა, სსიპ - საქართველოს შინაგანსაქმეთა სამინისტროს მომსახურების სააგენტოში ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შენახვის/ტარების უფლების მისაღებად წარსადგენი ცნობებისა);
- გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება (მათ შორის, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში შესყიდული სპეციფიკური შრატებითა და ვაქცინებით მომსახურების უზრუნველყოფა). - სტაციონარული მომსახურება;
- გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება, მათ შორის, ინფექციურ დაავადებებთან და ინკურაბელური პაციენტების პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაცია, გართულებულ ორსულობასთან,



მშობიარობასა და ლოგინობის ხანასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაცია, ითვალისწინებს ასანაზღაურებელი თანხის 20%-ის თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან, საპენსიო ასაკის პირებისათვის თანაგადახდა შეადგენს 10%-ს.

- თანაგადახდას არ ითვალისწინებს კრიტიკული მდგომარეობები, ნეონატალური ასაკი და ამ ასაკში დაწყებული შემთხვევები, ასევე ინკურაბელურ პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაცია 0 5 წლის (ჩათვლით) ასაკის მოსარგებლებისა და შშმ ბავშვებისათვის;
- გეგმური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, დღის სტაციონარი), ასევე გეგმურ ქირურგიულ ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებული წინასაოპერაციო, ოპერაციის მსვლელობისას განხორციელებული და პოსტოპერაციული პერიოდის ყველა ტიპის ლაბორატორიული, ინსტრუმენტული გამოკვლევები - სადაზღვევო წლიური ლიმიტი 15 000 ლარი. ითვალისწინებს 20%-იან თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან, საპენსიო ასაკის პირებისათვის თანაგადახდა შეადგენს 10%-ს;
- თანაგადახდას არ ითვალისწინებს ნეონატალური ასაკი და ამ ასაკში დაწყებული შემთხვევები, ასევე კარდიოქირურგიული და ონკოლოგიური ოპერაციები და მათთან დაკავშირებული გამოკვლევები 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის მოსარგებლებისა და შშმ ბავშვებისათვის;
- ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობა და დიაგნოსტიკა, კერძოდ, ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია და სხივური თერაპია, აგრეთვე ამ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევები და მედიკამენტები - სადაზღვევო წლიური ლიმიტი 15 000 ლარი. ითვალისწინებს 20%-იან თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან, საპენსიო ასაკის პირებისათვის თანაგადახდა შეადგენს 10%-ს;
- 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის მოსარგებლებისა და შშმ ბავშვებისათვის, სრულად ანაზღაურდება მომსახურების ხარჯები;
- მშობიარობა (საკეისრო კვეთის ჩათვლით) - სადაზღვევო ლიმიტი 500 ლარი. ითვალისწინებს ასანაზღაურებელი თანხის 20%-ის თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან. -ამბულატორიული სამკურნალო საშუალებები:

- 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის პირებისათვის ანაზღაურდება სამკურნალო საშუალებათა დამტკიცებული ნუსხით. მზღვეველის მიერ ანაზღაურდება პოლისის წლიური სადაზღვევო ლიმიტის 50 ლარის ფარგლებში, 50% ის თანაგადახდით მოსარგებლის მხრიდან;
- საკენსიო ასაკის მოსახლეობისათვის, მკვეთრად გამოხატული შშმ და შშმ ბავშვებისათვის სანაზღაურდება სამკურნალო საშუალებათა დამტკიცებული ნუსხის მიხედვით. მზღვეველის მიერ ანაზღაურდება პოლისის წლიური სადაზღვევო ლიმიტის 100 ლარის ფარგლებში, 50%-ის თანაგადახდით მოსარგებლის მხრიდან.

დღეის მდგომარეობით კანონმდებლობაში განხორციელებული ცვლილებების და დამატებების საფუძველზე საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამის მოსარგებლენი და მათი მოსახურების პირობები ასე გადანაწილდა:

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლენი არიან:

საქართველოს მოქალაქეობის დამადასტურებელი დოკუმენტის, პირადობის ნეიტრალური მოწმობის, ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირები; ასევე, საქართველოში სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე პირები, ლტოლვილის ან ჰუმანიტარული სტატუსის მქონე და თავშესაფრის მაძიებელი პირები (გარდა 2017 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით კერძო სადაზღვევო სქემებში ჩართული პირებისა, საბიუჯეტო სახსრებით დაზღვეული პირებისა და იმ ბრალდებული/მსჯავრდებული პირებისა, რომლებიც იმყოფებიან პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში)

- I. პირები, რომელთა ოჯახები რეგისტრირებულია „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ და მინიჭებული აქვთ 70 000-დან-100 000 სარეიტინგო ქულა
- II. 6-დან 17 წლის (ჩათვლით) ასაკის პირები
- III. წლიური 40,000 ლარზე ნაკლები და თვიური 1000 ლარი და მეტი შემოსავლის მქონე პირები;

#### IV. თვიური 1000 ლარზე ნაკლები შემოსავლის მქონე ან სხვ. პირები

პროგრამით *ვერ ისარგებლებენ პირები*, რომელთა წლიური შემოსავალი არის 40 000 ლარი და მეტი, გარდა საპენსიო ასაკის პირებისა. მათ შესაძლებლობა ექნებათ მიიღონ მომსახურება პროგრამის მხოლოდ შემდეგი კომპონენტების ფარგლებში: მშობიარობა/საკეისრო კვეთა და მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული მომსახურება

თუ 2017 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით კერძო სადაზღვევო სქემაში ჩართულ პირს ამა თუ იმ მიზეზით შეუწყდა სადაზღვევო კონტრაქტი, ამ შემთხვევაში მოქალაქე ჩაერთვება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში და გარდამავალ პერიოდში მიიღებს კონკრეტული ტიპის შესაბამისი ე. წ. მინიმალური პაკეტის პირობებით გათვალისწინებულ სამედიცინო მომსახურებას 6 თვის შემდეგ, მაგრამ არაუადრეს 2017 წლის 1 ნოემბრისა, შეეძლებათ ისარგებლონ კატეგორიის შესაბამისი მომსახურების პირობებით.

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. ამასთან, ინტენსიური მოვლა/მკურნალობის სერვისის მიმწოდებლებისა და ქ. თბილისში, ქ. ბათუმში, ქ. ქუთაისში სამედიცინო-ნეონატალური მომსახურების მიმწოდებლებისადმი განსაზღვრულია დამატებითი პირობები.

პროგრამის მოსარგებლეს უფლება აქვს თავად აირჩიოს სამკურნალო დაწესებულება საქართველოს მასშტაბით.

გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებისათვის პროგრამის მოსარგებლეს შეუძლია დარეგისტრირდეს საკუთარი სურვილით შერჩეულ მომსახურების მიმწოდებელ ნებისმიერ დაწესებულებაში (სპეციალურად შემუშავებული, სამედიცინო დაწესებულებაში რეგისტრაციაზე მოსარგებლის თანხმობის ფორმის შევსების

საფუძველზე). ამასთან რეგისტრაციის შეცვლა შესაძლებელია 2 თვეში ერთხელ. პროგრამით მოსარგებლე პირს უფლება აქვს, რომ რეგისტრირებული იყოს მხოლოდ ერთ კლინიკაში - გეგმური ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში.

- გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მისაღებად არ არსებობს რაიმე შეზღუდვა სამედიცინო დაწესებულების არჩევისას;
- გეგმური ქირურგიული და ონკოლოგიური მომსახურების მისაღებად მოსარგებლემ უნდა მიმართოს სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს მატერიალიზებული ვაუჩერის /საგარანტიო წერილის მისაღებად.

\*ა) დადგენილებით განსაზღვრული მომსახურების ყოველი ერთეულისათვის მიმწოდებლების მიერ წარმოდგენილი ფასთა განაწილების ქვედა მეოთხედი განისაზღვრება როგორც ტარიფის არეალი, რომლის ფარგლებშიც მოხდება ანაზღაურება შესაბამისი პროცენტული თანაგადახდის გათვალისწინებით. იმ შემთხვევაში, თუ მომსახურების ღირებულება გადააჭარბებს აღნიშნული ტარიფის არეალს, თანაგადახდის ოდენობის ათვლა მოხდება ტარიფის არეალის მაქსიმალური სიდიდიდან;

ბ) ქიმიო და ჰორმონული პრეპარატებით პაციენტთა უზრუნველყოფის შემთხვევაში, ტარიფის არეალს წარმოადგენს ფასთა განაწილების ქვედა ნახევარი, რომლის ფარგლებშიც მოხდება ანაზღაურება შესაბამისი პროცენტული თანაგადახდის გათვალისწინებით. იმ შემთხვევაში, თუ მომსახურების ღირებულება გადააჭარბებს აღნიშნული ტარიფის არეალს, თანაგადახდის ოდენობის ათვლა მოხდება მოცემული ტარიფის არეალის მაქსიმალური სიდიდიდან.

\*\*ა) - თუ პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხა არ აღემატება 500 ლარს, შემთხვევის დაფინანსება განხორციელდება მოსარგებლის მიერ (ტარიფის არეალი  $\leq$  500ლ). ხოლო თუ პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხა აღემატება 500 ლარს, პაციენტის თანაგადახდა შეადგენს პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხის 30%-ს, მაგრამ არანაკლებ 500 ლარისა. **თვიური 1000 ლარზე ნაკლები შემოსავლისა და სხვ. პირებისთვის**

ბ) - თუ პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხა არ აღემატება 1000 ლარს, შემთხვევის დაფინანსება განხორციელდება მოსარგებლის მიერ (ტარიფის არეალი  $\leq$  1000ლ). ხოლო თუ პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხა აღემატება 1000 ლარს, პაციენტის თანაგადახდა შეადგენს პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხის 30%-ს, მაგრამ არანაკლებ 1000 ლარისა. **წლიური 40,000 ლარზე ნაკლები და თვიური 1000 ლარი და მეტი შემოსავლის მქონე პირებისთვის**

## თავი II. საყოველთაო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამები მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში

### 2.1 საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა აშშ-ში.

მსოფლიოში ეკონომიკური, ტექნიკური და ტექნოლოგიური განვითარებასთან ერთად იზრდებოდა საზოგადოებისა და განსაკუთრებით დაქირავებული მუშახელის წარმოების პროცესში მიღებული ზიანიც, რამაც დროთა განმავლობაში განაპირობა ჯანმრთელობის დაზღვევის სოციალური პროგრამების ჩამოყალიბება და განვითარება.

სხვადასხვა სახელმწიფოში ჯანდაცვის საკუთარი სისტემაა განვითარებული. ამა თუ იმ ქვეყნის ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის ხასიათი დამოკიდებულია ქვეყნის სოციალურ - ეკონომიკურ მდგომარეობაზე, ეკონომიკური განვითარების დონეზე, ისტორიის, ეროვნული ხასიათის, პოლიტიკური ცხოვრების, კულტურისა და საზოგადოებრივი მსოფლმხედველობის თავისებურებებზე.

ჯანდაცვის ამერიკული მოდელი უფრო მეტად ორიენტირებულია საბაზრო მექანიზმების მაქსიმალურად გამოყენებაზე. ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანდაცვის სისტემა ასახავს ამერიკული სოციალურ-ეკონომიკური მოდელის, იდეოლოგიის და ტრადიციების თავისებურებებს, როგორც ეკონომისკის სხვადასხვა დარგში, ასევე ჯანდაცვის სფეროში.

აქ მოქმედებს სოციალური დაცვის სელექციური (შერჩევითი) სისტემა. ჯანდაცვის სისტემური მოწყობის სელექციური პრინციპი ეფუძვნება მოსახლეობის საჭიროებების შეფასების პროცედურებს და გულისხმობს სახელმწიფოს მიერ მოსახლეობის მხოლოდ იმ ნაწილის მოცვას ვინც სოციალურად დაუცველია ან მაღალი რისკის გამო ყველაზე მეტად საჭიროებს სერვისებს. ამისგან განსხვავებით ევროპის ისევე როგორც მსოფლიოს ბევრ ქვეყნებში მოქმედებს უნივერსალური, საყოველთაო ჯანდაცვის პრინციპი, რომელიც ფარავს მთელ მოსახლეობას.

ამერიკულ საზოგადოებრივ ცნობიერებაში ინდივიდუალიზმისა და სელექციურობის პრინციპი მყარად დამკვიდრდა. თუ ევროპულ ქვეყნებში სოციალური პოლიტიკის შეუშავებისას ყოველთვის დომინირებდა თანასწორობის, სოციალური დაცულობის და საზოგადოებრივი სოლიდარობის პრინციპები, ამერიკაში ასეთი რამ მიუღებელი აღმოჩნდა მოქალაქეთა დიდი ნაწილისათვის.

ამერიკის შეერთებულ შტატებს, როგორც მსოფლიოში ყველაზე ლიბერალური ეკონომიკის ქვეყანას აქვს ჯანდაცვის დეცენტრალიზებული სისტემა, აქ სახელმწიფოს ჩარევები მინიმალურია, ხოლო კერძო სექტორის წილი საკმაოდ დიდია. აშშ-ის ფედერალური მთავრობის, შტატების მთავრობების და ადგილობრივი თვითმართველობის ორგანოების ფუნქციები გამოყოფილია და თითოეული მათგანი თავის როლს თამაშობს. შტატების და ადგილობრივი თვითმართველობის ორგანოების ავტონომია, მათ მიერ საკანონმდებლო, აღმასრულებელი და მარეგულირებელი საქმიანობის ადგილობრივ დონეზე განხორციელების უფლება, ასევე დაფინანსების საკუთარი წყაროების არსებობა გამყარებულია კონსტიტუციით.

ქვეყანას მრავალი ათეული წლების მანძილზე საშუალებას აძლევდა ამერიკული მოდელის აღნიშნული მახასიათებლები წარმატებით მოეხდინა ადაპტაცია შიდა და გარე ცვალებად პირობებზე, რითაც ახდენდა თავისი მოქნილობის დემონსტრირებას, ასევე უზრუნველყოფდა დინამიურ ეკონომიკურ განვითარებას და მაღალ კონკურენტუნარიანობას. იგი გახლავთ მსოფლიო ლიდერი არა მარტო ეკონომიკისა და მცნიერებაში, არამედ ჯანდაცვის სფეროშიც და გვთავაზობს პრობლემების გადაჭრის ნოვატორულ გზებს.

აშშ-ის ჯანდაცვის სისტემამ, მიუხედავად არსებული პრობლემებისა, უზრუნველყო უდიდესი მიღწევები სამედიცინო სფეროში. აშშ-ში ჩამოყალიბდა რთული, შერეული სახის ჯანდაცვის სისტემა, თავისი საორგანიზაციო და ფინანსური სტრუქტურით, რომელიც დაფუძნებულია კერძო და სახელმწიფო პარტნიორობაზე. აშშ სხვა ქვეყნებს უსწრებს თანამედროვე სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარების კუთხით. ამერიკელებს ეკუთვნით ბოლო 30 წლის განმავლობაში სამედიცინო სფეროში ყველაზე მნიშვნელოვანი გამოგონებები. მხოლოდ 20 წლის განმავლობაში ახალი პრეპარატების

ნახევარზე მეტი შემუშავებულ იქნა ამერიკელი ფარმაცევტული კომპანიების მიერ. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ აშს-ს მიანიჭა პირველადი ადგილი ისეთ პარამეტრებში, როგორცაა პაციენტის საჭიროებაზე მორგებული მომსახურება, პაციენტების კმაყოფილება ექიმის ან სამედიცინო დაწესებულებების აეჩევის, სამედიცინო პერსონალის პაციენტის მიმართ კეთილგანწყობილი დამოკიდებულების, მომსახურების დროულად გაწევის და კონფიდენციალურობის თვალსაზრისით. აქვე აღსანიშნავია, რომ ერთ სულ მოსახლეზე გაწეული ჯანდაცვის ხერჯებით აშშ-პირველ ადგილზეა. მიუხედავად აღნიშნულისა აშს მრავალ პარამეტრს ჩამორჩება სხვა განვითარებულ ქვეყნებს. ამ მახასიათებლებს განეკუთნება ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა, მოსახლეობის მოცვა, მაღალი ფასი სამედიცინო მომსახურებაზე, ასევე ფასის სწრაფი ზრდა მედიკამენტებზე.

ქვეყნის პოლიტიკური ცვლილებისას მუდმივად დგებოდა დღის წესრიგში, ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჯანმრთელობის ეროვნული დაზღვევის იდეა, რომელიც ზოგჯერ დაკავშირებული იყო ომთან, დეპრესიის პერიოდთან. ფრანკლინ რუზველტის რეფორმები დიდი დეპრესიის პერიოდთან ასოცირდება, ხოლო ჰარი ტრუმენის მიერ შემოთავაზებული ეროვნული დაზღვევის სისტემა - მეორე მსოფლიო ომის შემდგომ პერიოდთან. ბოლო მნიშვნელოვანი ცვლილებები შესაძლებელია 2008 წლის მსოფლიო ეკონომიკურ კრიზისს დავეუკავშიროთ. ბარაკ ობამას ხელისუფლების სათავეში მოსვლის პერიოდში 2007-2009 წლების დიდი რეცესია მოითხოვდა კრიზისული მოვლენების დაძლევის უპრეცედენტო ზომების მიღებას. კრიზისმა გააშიშვლა ამერიკის ეკონომიკაში დაგროვილი სტრუქტურული და ფინანსური პრობლემები, და აჩვენა სოციალურ-ეკონომიკურ პოლიტიკაში სერიოზული ცვლილებების საჭიროება.

ამ დროისათვის სოციალური ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამაში ცვლილებების განხორციელების ორი გზა შემოთავაზებული იყო:

1. „ფისკალური ფრანკენშტეინი“ - რესპუბლიკელების აზრით ამერიკის ჯანდაცვის სისტემა საჭიროებს რეფორმირებას, მაგრამ არა სახელმწიფოს როლის გაძლიერების გზით. მათი აზრით, დემოკრატების მიერ წარმოდგენილი რეფორმა



კიდევ უფრო გაზრდის ფედერალური ბიუჯეტის ისედაც ღრმა დეფიციტას. რესპუბლიკელებმა დემოკრატების მიერ წამოწყებულ ჯანდაცვის რეფორმას „ფისკალური ფრანკენსტეილი უწოდეს“.

2. დემოკრატიული პარტის ხედვა - პირველისგან განსხვავებით ესენი მხარს უჭერდნენ ჯანდაცვის სექტორსი სახელმწიფო პასუხისმგებლობის, სადაზღვევოსექტორის რეგულირების გაზრდას, მინიმალური ბაზისული პაკეტის სექმნას, საშუალო დაბალშემოსავლიანი ამერიკელებისათვის სახელმწიფო სუბსიდირების გაფართოებას. დემოკრატების აზრით. ჯანდაცვის ახალი რეფორმა შეამცირებს ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯებს.

პრეზიდენტ ბარაკ ობამას ინიციატივას ბევრი მოწინააღმდეგე გამოუჩნდა, ამერიკის მოსახლეობის 56% წინააღმდეგი იყო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამაში სახელმწიფოს როლის გაზრდით რადგან თვლიდნენ რომ ეს გამოიწვევდა გადასახადების გაზრდას, ერთწლიანი დებატების და კენჭისყრის შემდეგ 2010 წლის 23 მარტს მიღებული იქნა რეფორმის კომპრომისული ვარიანტი რომლის მიხედვითაც რეფორმის განხორციელება ამერიკის ბიუჯეტს 10 წლის განმავლობასი 940 მილიარდი დოლარი დაუჯდებოდა და 2019 წლისათვის სამედიცინო დაზღვევას მიიღებდა დაზღვევის გარეშე დარჩენილი 32 მილიონი ამერიკელი. გარდა ამისა, დაზღვევის შესაძენად სახელმწიფო სუბსიდიებს მიიღებდნენ საშუალო ფენის და მცირე ბიზნესის წარმომადგენლები. ამ რეფორმას „ობამაქეირი“- უწოდეს.

ხელმისაწვდომი ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემა ე.წ „ობამაქეირი“ მოიცავს რვა ძირითად პუნქტს კერძოდ;

1. ჯანდაცვაზე დანახარჯების გრძელვადიანი ზრდის შემცირება ბიზნესისა და სახელმწიფოსთვის;
2. ოჯახების დაცვა ჯანდაცვაზე დანახარჯებით გამოწვეული გაკოტრებისა და დავალიანებისაგან;
3. სავალდებულო დაზრვევის შემოღება;
4. ექიმისა და დაზღვევის თავისუფალი არჩევნის გარანტია;

5. პრევენციის და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის ინვესტირება; პრევენციული ჯანდაცვა მთლიანად დაფინანსება სადაზღვევო გეგმის მეშვეობით; მოსახლეობის პასუხისმგებლობის ამაღლება საკუთარ ჯანმრთელობაზე. ჯანმრთელობის საკითხებზე მისი ინფორმირებულობის გაუმჯობესება, პასუხისმგებლური მოხმარების ფორმირება;
6. პაციენტის უსაფრთხოებისა და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება; ყველა ამერიკელისათვის ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებისა და ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა; მტკიცებულებითი მედიცინის პრინციპების აქტიური დანერგვა; ჯანდაცვის სტანდარტიზაცია;
7. სამსახურის შეცვლია ან დაკარგვის შემთხვევაში დაზღვევით დაფარვის გაგრძელება; დაზღვევაზე ბარიერების შემცირება უკვე არსებული ჯანმრთელობის პრობლემების შემთხვევაში;
8. კონტროლის მექანიზმების და სისტემის გამჭვირვალობის ამაღლების ღონისძიებების ჩამოყალიბება. ჯანდაცვის ხარჯების ეფექტურობაზე კონტროლის გაძლიერება.

პირველ ეტაპზე ობამას რეფორმა გულისხმობდა საყოველთაო დაზღვევას. შემდგომ რეფორმის უმთავრესი მიზანი გახდა დაზღვევაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა. 1914 წლიდან მოსახლეობის უმრავლესობაზე გავრცელდა სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა, კონგრესის საბიუჯეტო კომიტეტის სეფასებით, 2019 წლისათვის აშშ-ის მოსახლეობის 95% უზრუნველყოფილი იქნება ჯანმრთელობის დაზღვევით. საერთო ჯამში რეფორმის გატარების შემდეგ დამატებით 32 მილიონი ადამიანს მიეცემა ჯანმრთელობის დაზღვევის მიღების შესაძლებლობა.

ჯანდაცვის დაფინანსების სახელმწიფო პროგრამები ყოველთვის წარმოადგენდა წინა საარჩევნო პოლიტიკის მთავარ განხილვის საგანს, 2016 წლის საპრეზიდენტო არჩევნებში გამარჯვებული დონალდ ტრამპის ერთერთ მთავარ მესიჯსაც სწორედ 2010 წელს შექმნილი „ობამაქეირის“ რეფორმის გაუქმება იყო, მაგრამ ინაოგურაციის შემდეგ ტრამპმა გადაწყვეტილება შეიცვალა და განაცხადა რომ, ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის

სისტემის ძირითად პუნქტებს უცვლელს დატოვებს. როგორცაა მაგ: დაზღვევამდე არსებულ დაავადებებზე დაფინანსების გაუქმება ან შეწყვეტა.

## 2.2 საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა გერმანიაში

გერმანიაში ჩამოყალიბებული სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის ოტოფონ ბის მარკის მიერ (1815-1898) შექმნილი მოდელია. ამ მოდელის თანახმად დამსაქმებელი ვალდებული იყო დაქირავებულები გაეწევიანებინა სადაზღვევო ფონდში. სადაზღვევო შენატანი დამოკიდებული იყო სახელფასო შემოსავლებზე.

სოციალური დაზღვევა სავალდებულო გახდა 1883 წელს მიღებული სადაზღვევო კანონის ძალით გარკვეული კატეგორიის მუშაკებისათვის. ბის მარკის 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 მოწყვლა დიჯგუფების დაკრძალვის, საკვების და საცხოვრებელი ხარჯების დაფინანსებას. დამსაქმებლებს ეკისრებოდათ იურიდიული პასუხისმგებლობა დასაქმებულთა უბედური შემთხვევების ხარჯებზე, თუმცა ასეთი ვალდებულება ხშირად მძიმე ტვირთად აწვა მცირესაწარმოებს. შესაბამისად, აღებული ვალდებულებები 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 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.

### **2.3 საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა დიდ ბრიტანეთში**

ბრიტანული სისტემა გერმანული სისტემის მსგავსი იყო მეორე მსოფლიო ომამდე. 19 საუკუნის სოციალური პოლიტიკა ძირითადად მიმართული იყო ლატაკი 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. სავაჭრო პალატის პრეზიდენტი უინსტონ ჩერჩილი და ფინანსთა მინისტრი დევიდ ლოიდჯორჯია 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 კლასთა შორის 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.

უნივერსალური მოცვა ასევე შემოღებულია იქნაახალ ზელანდიაში (1939 წ.), შვედეთში (1953), ნორვეგიაში (1956 წ.), ფინეთში (1963 წ.), დანიაში (1971 წ.), ისლანდიაში (1972 წ.), კანადაში (1966 წ.), ავსტრალიაში (1974 წ.), პორტუგალიაში (1978), ესპანეთში (1978) და იტალიაში (1980).

## **2.4 საყოველთაო ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამები განვითარებად ქვეყნებში**

განვითარებად ქვეყნებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის საყოველთაო მოცვა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით ძალიან დაბალია. რატემაუნდა, ამ მხრივ, განვითარებად ქვეყნებს შორის არსებობს განსხვავებები.

### **საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა ლათინურ ამერიკაში**

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 თვით დასაქმებულებზე. მათზე განსხვავებული პაკეტები იყო დაწესებული. სახელმწიფო მოსამსახურეებზე დამსხვილი მრეწველობის მუშაკებზე განისაზღვრა უკეთესი პაკეტი. პაკეტების ასეთი დიფერენცირება მნიშვნელოვნად აფერხებდა მათ ერთ სქემაში გაერთიანებას.

სოციალური დაზღვევა არგენტინაში 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.

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 შეინიშნებო და მნიშვნელოვანი განსხვავებები. სახელმწიფო მუშაკებს და მრეწველობაში დასაქმებულებს გააჩნდათ უკეთესი სარგებლობის პაკეტები, ვიდრე სხვა სფეროში დასაქმებულებს.

პინოჩეტის მთავრობის მიერ უმნიშვნელოვანესი რეფორმები განხორციელდა. 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, პროვაიდერების 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 მაღალ შემოსავლიან პირებს.

ლათინურამერიკაში ბრაზილია ერთადერთი ქვეყანაა, რომელმაც შემოიღო ჯანმრთელობის დაზღვევის საყოველთაო პროგრამა. თავდაპირველად აქ განვითარდა დასაქმებაზე დაფუძნებული სოციალური დაზღვევის სისტემა. 1988 წელს შემოღებულ იქნა ერთიანი და დეცენტრალიზებული ჯანმრთელობის სისტემა. მოცვის სიღრმეს აბრკოლებდა ქვეყნის მასშტაბით სხვა და სხვა რეგიონებს შორის ეკონომიკური განსხვავებები. ცენტრალური ხელისუფლება უზრუნველყოფდა რეგიონების დაფინანსებას მოსახლეობის ზომის მიხედვით, რომელსაც ასევე ღარიბ რეგიონებს არ შეუძლიათ უზრუნველყონ იმავე ხარისხით მოცვა, როგორც მდიდარ რეგიონებს, რაც განაპირობებს მათ შორის მნიშვნელოვან განსხვავებებს.

საყოველთაო ჯანმრთელობის 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.

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

### **საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამები პოსტსაბჭოთა სივრცესა და აღმოსავლეთ ევროპაში**

საბჭოთა კავშირის დაშლის შემდეგ პოსტ საბჭოთა და აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში ფართოდ გავრცელდა სოციალური დაზღვევის სისტემა. გასათვალისწინებელია, რომ ამქვეყნებში არსებობდა ჯანდაცვის სემაშკოს მოდელი.

აღნიშნული თავად წარმოადგენდა უნივერსალურ მოცვას. სხვა და სხვა ჯგუფებს შორის მიუხედავად იმისა, რომ კონსტიტუციით ყველა თანასწორად გარანტირებული იყო ჯანდაცვის სერვისებით, 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.

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

რიგ ქვეყნებში (მაგ., რუსეთში) დაზღვეულებს მიეცათ სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში ჩართული ერთმანეთთან კონკურენციაში მყოფი სადაზღვევო კომპანიების არჩევის უფლება. თუმცა, ფაქტიურად, ზოგჯერ ეფექტური კონკურენცია არ არსებობდა, რადგან ზოგიერთ რეგიონში ფუნქციონირებდა მხოლოდ ერთი სადაზღვევო კომპანია.



შესაბამისად დაზღვეულებს არ ჰქონდათ მათთვის სასურველი სადაზღვევო კომპანიის არჩევანის საშუალება.

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

## თავი III. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარება, გამოწვევები და მართვა საქართველოში

### 3.1 საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამების წარმოშობა და განვითარება საქართველოში

მსოფლიოში საქართველო გახდა 33-ე ქვეყანა, რომელმაც შეძლო საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამის განხორციელება. საქართველო მოხვდა სიაში სადაც არის ისეთი ქვეყნები როგორცაა: გერმანია, აშშ და შვეიცარია. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მიზანია ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე საქართველოს მოსახლეობისთვის შექმნას ფინანსური უზრუნველყოფა, სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფისათვის. საქართველოში საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამას ახორციელებს სოციალური მომსახურების სააგენტო. მართებულია თუ არა ვუწოდოთ ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამა თუ პროცესში მონაწილეობას არ იღებს სადაზღვევო კომპანიები, თუ ეს არის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამა? იმისათვის რომ ეს საკითხი განვიხილოთ გადავხედოთ ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარების პროცესებს საქართველოში.

სამედიცინო დაზღვევას მრავალსაუკუნოვანი ისტორია აქვს როგორც მსოფლიოში ასევე საქართველოში. ჩვენს ქვეყანაში ჯერ კიდევ დავით აღმაშენებლის მეფობის დროს (XII) საავადმყოფოების წამლებითა და სამედიცინო ინვენტარით მომარაგება ხდებოდა სამეფო ხაზინის ხარჯზე. სამეფო ხაზინის მიერ გაღებული დახმარებით ეკლესია უზრუნველყოფდა მოსახლეობის სოციალური დახმარების სხვადასხვა ფორმების დაწესებას, ანუ ეკლესია უნიკალურ ფუნქციას ასრულებდა და უშუალოდ „ჯანმრთელობის დაზღვევის“ წინამორბედს „სოციალური სამედიცინო ფონდის“ ჩამოყალიბება განვითარებას ახორციელებდა. რომელიც დაფუძნებული იყო ქრისტიანულ პრინციპებზე. დავით აღმაშენებლის მიერ შექმნილი ჯანდაცვის პროგრამა თავისი არსით გვაგონებს დღეს არსებულ სოციალური მომსახურების სააგენტოს.

ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემამ საქართველოში რამდენიმე ეტაპი გაიარა. საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლის შემდეგ სოციალისტური სისტემიდან ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში დაირღვა ყველა სფეროში მოქმედი ცენტრალიზებული სისტემები. შესაბამისად ყველგან გაჩნდა სერიოზული პრობლემები მათ შორის ჯანდაცვასა და სოციალურ სფეროებში. ამ პროცესს არც საქართველოში ჩაუვლია უმტკივნეულოდ.

1992-1996 წლებში რეალური ეროვნული შემოსავალი 1990 წელთან შედარებით 78% -ით შემცირდა. ერთ სულ მოსახლეზე წის განმავლობაში ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯი ერთ აშშ დოლარსაც კი არ უდრიდა. უფასო სამედიცინო მომსახურების მოძველებული ქსელის გაუქმების შემდეგ, სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სუსტი და არათანმიმდევრული მართვის ფონზე შეიქმნა მომსახურების ფასიანი, უმეტესად დაბალხარისხიანი და მოუწესრიგებელი სისტემა.

მოსახლეობის უდიდეს ნაწილდარჩა შემოსავლისა და სამსახურის გარეშე. გადახდისუნარიანობის დაკარგვამ და სამედიცინო მომსახურების მიღებისთვის როგორც ფინანსურმა, ასევე გეოგრაფიულმა დაბრკოლებებმა საგრძნობლად იმოქმედა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. იმატა ავადობამ დავადებათა თითქმის ყველა ძირითადი კლასის მიხედვით, შემცირდა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა და გაიზარდა მოკვდავობის რიცხვი.

სახელმწიფო დადგა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ჩამოყალიბების აუცილებლობის წინაშე. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა წარმოადგენს ჯანდაცვის დაფინანსების და მართვის მექანიზმს, დაზღვეულებს შორის სამედიცინო რისკის გაერთიანების საშუალებით, სადაც დაფინანსების წყაროებს შეადგენენ ორგანიზაციების, ინდივიდუალური პირების ან სახელმწიფოს ფინანსური შენატანები.

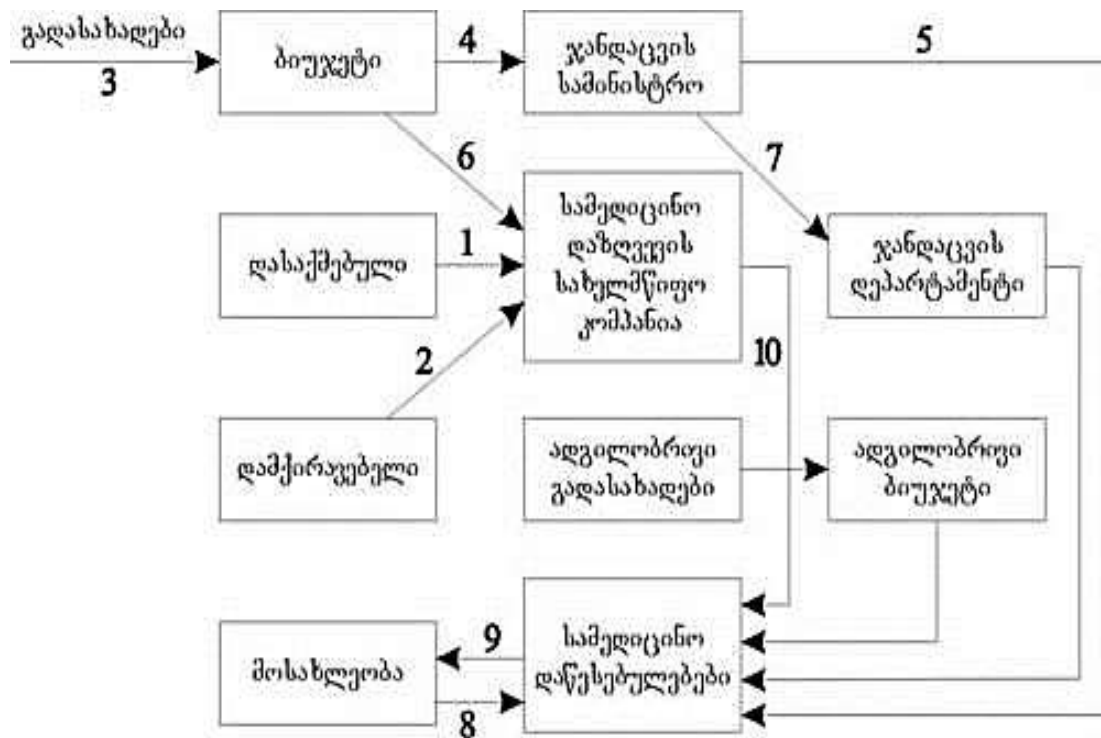
საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმის შედეგად 1995 წლიდან სისტემის ძირეულად შეიცვალა სამედიცინო მომსახურების სისტემა. ეგრეტწოდებული საბჭოური ცენტრალიზებული მოდელის ნაცვლად დაინერგა სადაზღვევო მოდელი 1996 წელს

სეიქმნა „სამედიცინოდაზღვევის სახელმწიფო კომპანია“ რომლის დაფინანსების ზირითად წყაროს წარმოადგენდა

- სახელმწიფო ბიუჯეტი;
- დამქირავებლის სავალდებულო სადაზღვევო შენატანები 3%;
- დაქირავებულის სავალდებულო სადაზღვევო შენატანები 1%;

ამ სისტემამ იმუშავა 2003 წლამდე თუმცა უნდა ავღნიშნოთ რომ ამ დაზღვევით მოსახლეობა ფაქტიურად არ სარგებლობდა, რადგან არ ხდებოდა საზოგადოების ინფორმირება აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით

საქართველოსჯანდაცვისსისტემისდაფინანსებისმოდელი (1995-2003 წწ.)



შემდეგ 2004 წელს ახალმა მთავრობამ დააწესა „სოციალური გადასახადები“, რეფორმის შედეგად სოციალური და ჯანდაცვითი ხარჯები იფარებოდა ბიუჯეტიდან ამასთან დაწესდა მიზნობრივი გადასახადები გარკვეულ საქონელზე მაგ, თამბაქსა და ალკოჰოლზე. არსებული გადასახადებიდან მიღებული შემოსავლები მიზნობრივია და ხმარდება ჯანდაცვის დაფინანსებას.

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის მიზნით მრავალი პროექტი განხორციელდა, თუმცა სასურველი შედეგის მიღწევა იმაზე რთული აღმოჩნდა ვიდრე ერთი შეხედვით ჩანდა.

საქართველოში 2007 წლიდან ჩამოყალიბდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. 2009 წლიდან ეს პროგრამა ითვალისწინებდა, იძულებით გადაადგილებულ პირთა სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევას, სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევას, პედაგოგთა, სახალხო არტისტების, მზრუნველობა მოკლებული ბავშვებისა და თბილისის 55000 მოსახლის სამედიცინო დაზღვევა. 2012 წელს მათ რიცხვს დაემატა ბავშვები 0-5 წლამდე, აკრედიტირებული უნივერსიტეტის სტუდენტების და პენსიონერების ჯანმრთელობის დაზრვევა.

2013 წლიდან კი საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, რომელიც უკვე რამოდენიმე ეტაპად განხორციელდა.

**I ეტაპი** - 2013 წლის 28 თებერვლიდან საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა. პროგრამის მიზანია ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე საქართველოს მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის ფინანსური უზრუნველყოფის შექმნა რომელმაც ჯამში 2 300 000 ბენეფიციარი მოიცვა.

**II ეტაპი** - 2013 წლის პირველი ივლისიდან გაფართოვდა მოსახლეობის ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა, პროგრამის ფარგლებში დაზღვეული მოსახლეობის სადაზრვევო პაკეტებს დაემატა სამედიცინო მომსახურებები და კვლევები რამაც დადებითი გავლენა მოახდინა მოსახლეობის ჯანდაცვაზე.

2014 წლის აპრილის მონაცემებით საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურების 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 მოსარგებლეა, ხოლო 546 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორატიული დაზღვევა. ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი ასიგნებების

მოცულობა 2013 წელს 2012 წელთან შედარებით თითქმის გაორმაგდა და 365 მლნ ლარიდან 634 მლნ ლარამდე გაიზარდა.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებულია გეგმიური და გადაუდებელი ამბოლატორიული მომსახურება, გადაუდებელი სტაციონარული მკურნალობა, გეგმიური ქირურგიული ოპერაციები და მათთან დაკავშირებული გამოკვლევები შესაბამისი ლიმიტის ფარგლებში.

ცხადია დაუზღვეველი მოსახლეობის ჩართვამ სახელმწიფო პროგრამაში დადებითად იმოქმედა მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე. მიუხედავად იმისა რომ 2013 წლიდან მოყოლებული განუხრელად იზრდება პროგრამისთვის გამოყოფილი დაფინანსება, რომელმაც 2016 წელს 570 მლნ. ლარს მიახწია რჩება კითხვა საკმარისია თუ არა ეს თანხა პროგრამის მიზნების განსახორციელებლად? ექსპერტთა ნაწილის განცხადებით ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების ზრდის მიუხედავად, საქართველო ამ კუთხით ჯერ ისევ ჩამორჩება არამარტო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციების მიერ დადგენილ საერთაშორისო სტანდარტებს, არამედ ბევრი დაბალშემოსავლიანი ქვეყნის მაჩვენებლებსაც.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში 15%-ს მაინც უნდა შეადგენდეს საქართველოში კი, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების წილი სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში საკმაოდ დაბალია და 6.9% -ს შეადგენს. აღნიშნული თითქმის ორჯერ მცირეა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულ მაჩვენებლებთან შედარებით და დაბალია ისეთ ქვეყნებთან შედარებითაც კი, როგორცაა: სომხეთი(7,9%), ყაზახეთი (10,9%). უკრაინა (12.2%), ყირგიზეთი (13,2%), ბელორუსი (13.5 %). ამავე ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 40%-ზე მეტს უნდა შეადგენდეს. ქვეყნებში სადაც ეს მაჩვენებელი 40%-ზე ნაკლებია. ჯანდაცვის სექტორში არსებული მდგრადი პრობლემების გადასაჭრელად შეზღუდული პასუხისმგებლობა გააჩნია. საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები 29,8%-ს შეადგენს. შესაბამისად, სახელმწიფო დაფინანსების წილი მნიშვნელოვნად ჩამორჩება რეკომენდაციით გათვალისწინებულ ზღვარს,

ჩამორჩება ისეთ ქვეყნებშიც როგორცაა სომხეთი(41.7%), ყაზახეთი (53,1%), უკრაინა (54,5%), ყირგიზეთი (59%).

ყოველივე ზემოაღნიშნული მიგვანიშნებს, რომ საქართველოში ჯანდაცვის ხარჯების მნიშვნელოვან წილს, დაახლოებით 65-70%-ს, მოსახლეობის მიერ გაღებული კერძო დანახარჯები შეადგენს. შედეგად საქართველოში მოსახლეობის დიდი ნაწილი იძულებულია უარი თქვას საჭირო სამედიცინო მომსახურებაზე, რადგან მათ არ შეუძლიათ ამ მომსახურების საფასურის ანაზღაურება.

**III ეტაპი** - პირველი მაისიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში დიფერენცირებული პაკეტიცაა მოქმედება. „დღეიდან ძალაში შევიდა რეფორმების რიგით მე-3 მნიშვნელოვანი ეტაპი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამაში და მნიშვნელოვანია, რომ მოსახლეობა იყო სსწორად ინფორმირებული“. ეს განცხადება ჯანდაცვის მინისტრმა დავით სერგენკომ მასმედიის წარმომადგენლებთან შეხვედრისას გააკეთა.

მინისტრმა კიდევ ერთხელ ვრცლად ისაუბრა პროგრამაში შემავალ ცვლილებებზე და ის საინფორმაციო წყაროები დაასახელა, საიდანაც მოსახლეობა ყველა, მათთვის საინტერესო კითხვაზე პასუხს მიიღებს. ნებისმიერ მოქალაქეს შეუძლია მიმართოს ჯანდაცვის სამინისტროს ცხელ ხაზს-1505 და მთელი საქართველოს მასშტაბით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მომსახურების ცენტრებს. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ცვლილებები, ჯგუფები და დაფინანსების პირობები: საშუალო შემოსავლის მქონე მოქალაქეებს, რომელთა ყოველთვიური შემოსავალი 1000 ლარზე მეტია, მაგრამ წლიური შემოსავალი არ აღემატება 40 000 ლარს, არჩევანის საშუალება აქვთ, ისარგებლონ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამის შეზღუდული სერვისები თან კერძო სადაზღვევო პაკეტით. გარდაამისა, ამ კატეგორიაში შემავალი მოქალაქეებისთვის პროგრამის ფარგლებში, კერძო დაზღვევის პაკეტის ქონის მიუხედავად, შეუნარჩუნდათ ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობა კერძოდ, ქიმიო და ჰორმონოთერაპია. ასევე, მშობიარობა/საკეისრო კვეთის მომსახურება. დაბალი შემოსავლის მქონე მოქალაქეებს, რომელთა ყოველთვიური შემოსავალი 1000 ლარზენაკლებია, ასევე, თვითდასაქმებულ, არარეგულარული შემოსავლის მქონე პირებს

კერძო დაზღვევის ქონის მიუხედავად, შეუნარჩუნდათ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით სარგებლობის უფლება, თუმცა მცირედ შეზღუდული პაკეტით. ასევე, ხელმისაწვდომი რჩება ონკოლოგიური დაავადებების მართვა (ქიმიო, ჰორმონოდასხვიური თერაპია) დამშობიარობა/საკეისრო კვეთის მომსახურება.

სოციალურად დაუცველ მოქალაქეებს, პირებს რომელთა სარეიტინგო ქულა 70 000-დან 100 000-მდეა, და 6-დან 18 წლამდე ასაკის მოზარდებს, პედაგოგებსა და შშმ პირებს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული სერვისების მოცულობა უცვლელად შეუნარჩუნდათ. ამასთან, მათ არეზლუდებთ კერძო სადაზღვევო პაკეტით სარგებლობის უფლება. მაღალი შემოსავლის მქონე მოქალაქეებს, რომელთა შემოსავალი წელიწადში 40 000 ლარს აღემატება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით ვეღარი სარგებლებენ. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის სერვისების მოცულობა განისაზღვრება ინდივიდუალური (დაარაოჯახის) შემოსავლის მიხედვით.

პროგრამის ფარგლებში მშობიარობა ყველა ჯგუფს უფინანსდება. ასევე, ყველა ჯგუფი დარჩა ჯანდაცვის სახელმწიფო სხვა პროგრამების (მაგ: C ჰეპატიტის, ტუბერკულოზის, დიაბეტის მართვისადაა.შ) მოსარგებლებად. ზაფხულიდან კი პროგრამის ბენეფიციარებს, რომელთა სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 100 000-ს ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტები დაუფინანსდებათ.

**IV ეტაპი** -2017 წლის პირველი მაისიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში დიფერენცირებული პაკეტები ამოქმედდა შემდეგი პირობებით: მოქალაქეებს რომელთა ყოველთვიური შემოსავალი 1000 ლარზე მეტია, თუმცა 40 000 ლარს არ აღემატება, არჩევანის საშუალება აქვთ, ისარგებლონ კერძო სადაზღვევო პაკეტით ან საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამის შეზღუდული სერვისებით. ამ კატეგორიაში შემავალი მოქალაქეებს პროგრამის ფარგლებში, კერძო დაზღვევის პაკეტის ქონის მიუხედავად, შეუნარჩუნდათ ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობა. კერძოდ, ქიმიო და ჰორმონოთერაპია. ასევე, მშობიარობა/საკეისრო კვეთის მომსახურება. მოქალაქეებს, რომელთა ყოველთვიური შემოსავალი 1000 ლარზე ნაკლებია. ასევე, თვითდასაქმებულ, არარეგულარული შემოსავლის მქონე პირებს კერძო დაზღვევის ქონის მიუხედავად, შეუნარჩუნდათ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით სარგებლობის



უფლება, თუმცა მცირედ შეზღუდული პაკეტით. ასევე, ხელმისაწვდომი რჩება ონკოლოგიური დაავადებების მართვა (ქიმიო, ჰორმონოდასხვიურ ითერაპია) და მშობიარობა/საკეისრო კვეთის მომსახურება.

პირებს რომელთა სარეიტინგოქულა 70 000-დან 100 000-მდეა- სოციალურად დაუცველ მოქალაქეებს და 6-დან 18 წლამდე ასაკის მოზარდებს, პედაგოგებსა და შშმ პირებს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული სერვისების მოცულობა უცვლელად შეუნარჩუნდათ. ამასთან, მათ არ ეზღუდებათ კერძო სადაზღვევო პაკეტით სარგებლობის უფლება. მაღალი შემოსავლის მქონე მოქალაქეებს, რომელთა შემოსავალი წელიწადში 40 000 ლარს აღემატება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით ვეღარ ისარგებლებენ. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის სერვისების მოცულობა განისაზღვრება ინდივიდუალური (და არა ოჯახის) შემოსავლის მიხედვით. პროგრამის ფარგლებში მშობიარობა ყველა ჯგუფს უფინანსდება. ასევე, ყველა ჯგუფი დარჩა ჯანდაცვის სახელმწიფო სხვა პროგრამების (მაგ: C ჰეპატიტის, ტუბერკულოზის, დიაბეტის მართვისა და ა.შ) მოსარგებლებად. ზაფხულიდან კი პროგრამის ბენეფიციარებს, რომელთა სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 100 000-ს ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტები და უფინანსდებათ.

2019 წლიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დაფინანსების პრინციპი შეიცვალა.

ანაზრაურების ახალი სისტემა დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მოდელზე გადასვლას გულისხმობს, რომლის თანახმადაც პაციენტის დიაგნოზი, ასაკი, ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა და სხვა კრიტერიუმები დაფინანსების მოცულობას განსაზღვრავს.

აღნიშნული სისტემა მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში გამოიყენება. დაფინანსების დიაგნოზთან შეჭიდული მოდელი უფრო ხარჯეფექტური, გამჭვირვალე და ფინანსური თანასწორობის ხელშემწყობი იქნება. DRG სისტემა ხელს უწყობს პაციენტებისთვის მომსახურების უფრო ეფექტიანად მიწოდებასა და რესურსების უკეთეს განაწილებას

### 3.2 საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო

#### პროგრამების დაფინანსება 2014-2020 წლებში

სახელმწიფო ხელისუფლებისთვის ჯანდაცვის სფერო ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი და პრიორიტეტული მიმართულებაა, ჯანდაცვაში დახარჯული თანხა ეკონომიკაში პირდაპირ ინვესტიციას წარმოადგენს. 2012 წელს ჯანდაცვის სამინისტროსთვის 1.8 მილიარდი ლარის დაფინანსება იყო გამოყოფილი, 2013 წელს-545 მლნ ლარი, 2014 წელს-605 მლნ ლარი, 2015 წელს-751 მლნ ლარი, 2017 წელს-893 მლნ ლარი, 2018წელს-983მლნ.ლარი, 2019 წელს-1044 მლნ.ლარი, 2020 წელს-1366 მლნ ლარი, ხოლო 2021 წელს აღნიშნული თანხა 1 548,6 მლნ, რაც წინა წელთან შედარებით 182,3 მლნ-ით გაზრდილია. შესაბამისად, 2014-2020 წლის ბიუჯეტში ჯანდაცვის სამინისტროს დაფინანსება მართლა პრიორიტეტულ სფეროდ არის მიჩნეული.

გრაფიკი 1: ჯანდაცვის სამინისტროს ბიუჯეტი 2014-2020 წლებში<sup>4</sup>



ეკონომიკაში, ინვესტიციად ისეთი ხარჯები განიხილება, რომელიც ხელს უწყობს ახალი კაპიტალის შექმნას არარსებული კაპიტალის ღირებულების ზრდას. კერძოდ, ახალი საავადმყოფოების მშენებლობაზე არარსებულის განახლებასა და ტექნიკურ აღჭურვაზე გაწეული ხარჯები ნამდვილად არის ინვესტიცია ეკონომიკაში, ხოლო სოციალური ხასიათის ხარჯები მიმდინარედა ნახარჯებია.

<sup>4</sup> საქართველოს ფინანსთა სამინისტრო- ჯანდაცვის სამინისტროს ბიუჯეტი 2014-2020 წლებში - 43 -

საერთაშორისო სავალუტო ფონდის სახელმწიფო ფინანსების სტატისტიკით (რომლითაც ბიუჯეტის შედგენის დროს საქართველოს ფინანსთა სამინისტროც ხელმძღვანელობს), სახელმწიფოს მიერ განხორციელებულ ინვესტიციად ითვლება არაფინანსური დაფინანსური აქტივების ზრდა. ჯანდაცვის ხარჯი კი ბიუჯეტის მიმდინარე ხარჯების ნაწილია, ის მოხმარებად ითვლება და არა დანაზოგად ან ინვესტიციად.

ჯანდაცვის სამინისტროს ბიუჯეტის 72% სოციალური პროგრამების დაფინანსებას ხმარდება, რომელიც მიმდინარე ხარჯის ნაწილია და სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისთვის სხვადასხვა სახის კომპენსაციებით უზრუნველყოფას მოიცავს. შესაბამისად, აღნიშნული ხარჯი ეკონომიკაში განხორციელებულ ინვესტიციად არ შეიძლება ჩაითვალოს.

ხარისხიანი და ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის სისტემა თავისთავად დადებით გავლენას ახდენს საზოგადოების ცხოვრების დონეზე. დაავადებათა რიცხვის შემცირება და სიკვდილიანობის დონის კლება რა თქმა უნდა დადებითი ფაქტორია და შესაბამისად, ჯანდაცვის სისტემის გაუმჯობესებისთვის გაწეული ხარჯი გარკვეული თვალსაზრისით ადამიანურ კაპიტალში ინვესტიციად შეიძლება განვიხილოთ.

ჯანდაცვის სამინისტროს ბიუჯეტის 25% ჯანდაცვის პროგრამების დაფინანსებისთვისაა გათვალისწინებული, საიდანაც ყველაზე მეტი ხარჯი (71%) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დაფინანსებაზეა გამოყოფილი.

2013 წლიდან ჯანდაცვის პროგრამების დაფინანსება ყოველწლიურად იზრდებოდა. 2020 წლის ბიუჯეტში ჯანდაცვის პროგრამების დაფინანსება 2014 წელთან შედარებით 5867 მლნ ლარით არის გაზრდილი. გაიზარდა სოფლის ექიმის და სასწრაფო სამედიცინო სამსახურის დაფინანსება, რაც, რა თქმა უნდა, დადებითი ნაბიჯია. ასევე, ამოქმედდა ცე-ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამა, რომლის ფარგლებშიც დაავადებული პირებისთვის მედიკამენტის საფასურის 60%-ით დაფინანსება, ხოლო 2015 წლიდან პირველადი გამოკვლევების დაფინანსებაც არის გათვალისწინებული. აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში განხორციელებული ხარჯები თავისი არსით მიმდინარე ხარჯებია, თუმცა, რამდენადაც საზოგადოების ჯანმრთელობის მდგომარეობის

გაუმჯობესებას ემსახურება, ის შეიძლება ადამიანურ კაპიტალში არაპირდაპირ ინვესტიციადაც განვიხილოთ.

ჯანდაცვის პროგრამებზე გამოყოფილი ხარჯების დიდი ნაწილი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დაფინანსებაზე მიემართება. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა 2013 წლიდან ამოქმედდა და თანდათანობით ჩაანაცვლა სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა. სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამისგან განსხვავებით, რომელიც უფასო სადაზღვევო პაკეტით მოსახლეობის მოწყვლად ჯგუფებს უზრუნველყოფდა, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით სარგებლობა ნებისმიერ მოქალაქეს შეუძლია. მიუხედავად იმისა, რომ პროგრამა ერთი შეხედვით სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობას ზრდის, პროგრამის საყოველთაო ხასიათი მის ძირითად ხარვეზად რჩება. მიუხედავად იმისა, რომ პროგრამის დაფინანსება ყოველწლიურად იზრდება, მოწყვლადი მოსახლეობის (მიზნობრივი ჯგუფები) მდგომარეობა არ შეცვლილა და ისინი ჯანმრთელობის დაზღვევის ანალოგიური პაკეტით სარგებლობენ, რითაც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამდე. ამასთან, ჯანდაცვის ხარჯების მნიშვნელოვანი ნაწილი მედიკამენტების შესყიდვაზე მოდის. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფებისთვის მედიკამენტების 50%-იან დაფინანსებას მხოლოდ მცირე ლიმიტის ფარგლებში (50-200 ლარამდე) ითვალისწინებს, რაც საკმარისი არ არის. ამასთან, აღნიშნული შეღავათით ისინი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამდეც სარგებლობდნენ. პროგრამის დაფინანსების მიზნობრივი დაეფექტური ხარჯვის შემთხვევაში კი, სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისთვის მედიკამენტების დაფინანსებაც იქნებოდა შესაძლებელი. ამ ეტაპზე, საყოველთაო ჯანდაცვის სარგებელი მოსახლეობის იმ ნაწილზეც მოდის, რომელთაც კერძო დაზღვევა სახელმწიფო დაზღვევით ჩაანაცვლეს და შესაბამისად საკუთარი პირადი ხარჯები დაზოგეს. აქედან გამომდინარე, ადამიანური კაპიტალის განვითარების მხრივ საყოველთაო ჯანდაცვა ნაკლებად ეფექტურია.

### 3.3 საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვა

საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის მართვასთან დაკავშირებით მრავალი აზრი არსებობს. ჯანდაცვის სამინისტროს ინფორმაციით, პროგრამის ამოქმედებამდე, ქვეყნის მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად, რამდენიმე ვარიანტი განიხილებოდა, მათ შორის სადაზღვევო კომპანიების შუამავლობა.

გასული პერიოდის გამოცდილების გათვალისწინებით (სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში, სამედიცინო დაწესებულებების მიმართ დაგროვილი დავალიანებები, ბენეფიციარების უკმაყოფილება სამედიცინო მომსახურების მიღებასთან დაკავშირებით, ადმინისტრირება და ა.შ) მიიღეს გადაწყვეტილება, რომლის მიხედვითაც, მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის უნივერსალური მოცვა, სადაზღვევო კომპანიების შუამავლობის გარეშე, სახელმწიფო პროგრამის მეშვეობით განხორციელდებოდა. ფაქტი, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის ხარჯებს სახელმწიფო პირდაპირი გადახდის წესით ფარავს, ამ თანხების კონტროლის მექანიზმების არარსებობას იწვევს.

გადაუდებელი ამბულატორიის შემთხვევათა რაოდენობა უპრეცედენტოდაა გაზრდილი ბოლო წლების განმავლობაში, რაც პირდაპირ მიუთითებს, რომ სისტემაში არსებობს რიგი დარღვევები – საავადმყოფოები სახელმწიფოსგან მეტ დაფინანსებას იღებენ და არავენ აკონტროლებს – რეალურები არიან ეს პაციენტები თუ არა, რა ტიპის მკურნალობა ჩაუტარდათ, დანიშნულება პროტოკოლის მიხედვით იყო გაწერილი, თუ საავადმყოფო ზედმეტი ჩარევით ცდილობდა მეტი ფულის მიღებას.

ჯანდაცვის სამინისტროს მონაცემების მიხედვით, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, 2013 წელს გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება - 109 787 ადამიანი მიიღო, (54 349 974 ლარი), 2014 წელს - 386 964 ადამიანი (247 145 534 ლარი), ხოლო 2015 წელს - 444 708 ადამიანი (294 102 576 ლარი). 2016 წელს - 107850 ადამიანი მიიღო (64402774 ლარი), 2017 წელს - 6610 ადამიანი მიიღო (57854344 ლარი) 2018წელს-112465 ადამიანი მიიღო (72292742 ლარი), 2019 წელს-110945 ადამიანი მიიღო

68142654 ლარი) 2020 წელს-86529 ადამიანმა მიიღო (358560 ლარი). რეალურად, არ არსებობს ადეკვატური რეგულირების მექანიზმები. ერთი მხრივ, გვაქვს არაეფექტური ხარჯვა, მეორე მხრივ კი, იმას, რასაც ვხარჯავთ, შეძლებულს უფრო ადგება, ვიდრე ღარიბს, არადა, პირიქით უნდა იყოს. იმისთვის, რომ ჯანდაცვის ხარჯები ხარჯთეფექტური იყოს, მსოფლიოში აპრობირებული საუკეთესო მექანიზმი სადაზღვევო ედიცინის მოდელია. როდესაც სახელმწიფო აფინანსებს ჯანდაცვის სექტორს, სასურველია ეს სადაზღვევო კომპანიების გავლით მოხდეს და არა საავდმყოფოებისთვის პირდაპირი გადახდის წესით.

ამ შემთხვევაში ეს არა მხოლოდ ხარჯთეფექტური ხარჯვაა, არამედ ამით ხელს ვუწყობთ სადაზღვევო მედიცინის განვითარებას, რომელიც დღეს საქართველოში სტაგნაციურ მდგომარეობაშია“.

რაც შეეხება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ზედამხედველობას: მონიტორინგსა და პროგრამით განსაზღვრული პირობების შესრულების კონტროლს სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო ახორციელებს, ხოლო რევიზიას – სსიპ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო.

მონიტორინგის განხორციელებისას, მიწოდებული ინფორმაციის გადამოწმება, მომსახურებასთან დაკავშირებული ინფორმაციისა და დოკუმენტაციის მოთხოვნა, საჭიროებისამებრ, პაციენტთან, მისი ოჯახის წევრებთან და შემთხვევასთან დაკავშირებულ სხვა პირებთან გასაუბრება ხდება.

კონტროლი მოიცავს: ა) გაწეული სამედიცინო მომსახურების შესაბამისობის დადგენას პროგრამით განსაზღვრული მომსახურების მოცულობასთან (მათ შორის, დიაგნოზის შესაბამისი პათანატომიური დასკვნის არსებობის შემოწმებას, იმ შემთხვევებზე, როდესაც ამ მოტივით შემთხვევა არ იყო/არის დასრულებული პროგრამით განსაზღვრულ ვადაში, ასევე დადგენილ ვადებში დახურულ შემთხვევებში მსგავსი დასკვნის არსებობას, ასეთის საჭიროებისას);

ბ) გაწეული სამედიცინო მოსახურების თაობაზე პროგრამის განმახორციელებლის მიერ მიღებული ელექტრონული და/ან მატერიალური ინფორმაციის შედარებას მიმწოდებელთან არსებულ დოკუმენტაციასთან.

რევიზია მიმწოდებელ დაწესებულებაში პროგრამული შემთხვევის სამედიცინო დოკუმენტაციის შემოწმებას ითვალისწინებს. ის წარმოებს შერჩევითად ან/და საჭიროებისამებრ.

„კურაციოს“ საერთაშორისო ფონდის დირექტორთა საბჭოს წევრი, კაკი ზოიძე, განმარტავს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ეფექტურობის შეფასებისას საუბარია უტილიზაციის (სერვისების მოხმარების) მართვაზე. მისი თქმით, რამდენიმე წლის წინ სადაზღვეო კომპანიები უზრუნველყოფდნენ იმას, რომ სამედიცინო სერვისის პროვაიდერები, ანუ სამედიცინო დაწესებულებები ზედმეტად „შემოქმედებითად“ არ მისდგომოდნენ ხარჯვას და ამ ანგარიშების წარდგენას სახელმწიფო გადამხდელისთვის. ამ სისტემას თავისი პლუსი ჰქონდა, გარკვეული მოგება მოიტანა იმით, რომ სადაზღვეო კომპანიები უტილიზაციის მართვას ახერხებდნენ, რაც ნორმალური და მიღებული პრაქტიკაა ყველგან, სადაც გადამხდელი სახელმწიფოა; თუმცა, გადამხდელის მოტყუებაც საკმაოდ გავრცელებული პრაქტიკაა. მაგალითად, აშშ-ში, გამოძიების ფედერალური ბიუროს სპეციალური სამსახური ყოველწლიურად შედის სამედიცინო დაწესებულებებში და დაახლოებით 3-4 მილიარდი დოლარი ამოაქვს.

„გუშინდელი სადაზღვეო სააგენტოები დღეს საავადმყოფოებად იქცნენ. სახელმწიფოსთან, როგორც სამედიცინო სერვისის შემსყიდველთან შედარებით მათ დიდი ინფორმაციული უპირატესობა აქვთ. წარსულში ამ სადაზღვეო კომპანიების ინტერესი კლინიკებისთვის ნაკლები თანხის გადახდა იყო. დღეს კი, როდესაც ეს სადაზღვეოები საავადმყოფოებად გვევლინებიან, ცდილობენ სახელმწიფოს თანხა მაქსიმალურად გამოსტყუონ. ამის ნათელი მაგალითია 3 წლის განმავლობაში საოცრად გაზრდილი მწვავე შემთხვევები. ეს გაურგენტულებას ჰგავს, ე.წ. აფკოდინგს, როდესაც მეტი თანხის მისაღებად პაციენტის მდგომარეობას ხელოვნურად ამწვავენ. ასეთი ტენდენციის აღმოსაფხვრელად კონტროლის კარგი სისტემა უნდა არსებობდეს“, - ამბობს კაკი ზოიძე.<sup>5</sup>

მისივე თქმით, ბიუჯეტის სიმცირის მიუხედავად, ყველაზე დიდი პრიორიტეტი სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი თანხის მაქსიმალურად ეფექტურად ხარჯვა უნდა

<sup>5</sup> საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“ კაკი ზოიძე 2020წ

იყოს. მონიტორინგის კუთხით კი დღეს სერიოზული პრობლემები არსებობს. ჯანდაცვის სამინისტრო ამბობს, რომ სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მოწოდებული ანგარიშებს გადახედვა მიმდინარებს – რათა შეამოწმონ, რამდენად დასაბუთებულადაა მოთხოვნილი თანხა, ხომარ ხდება დიაგნოზის გაყალბება, გამწვავება და ა.შ.

ექსპერტთა ერთ ნაწილს საეჭვოდ მიაჩნია რომ ეს სამუშაო რეალურად სრულდებოდეს, რადგან დღეს ჯანდაცვის სამინისტროს არც ამის შესაძლებლობა აქვს და არც შესაბამისი კვალიფიკაციის კადრები ჰყავს. აქ ჩნდება ალტერნატივა – დღეს ღირს, რომ რაღაც თანხა დახარჯო და ე.წ. Third Party (მესამე მხარე) ადმინისტრატორი ჩართო პროცესში, მენეჯერი, რომელიც შუამავალი იქნება სახელმწიფოსა და პროვაიდერებს შორის და უტილიზაციას მართავს. ასეთი პრაქტიკა არაერთ ქვეყანაში გვხვდება. სახელმწიფოს შეუძლია, თუნდაც, უცხოური კომპანია მოიწვიოს, ფიქსირებულ თანხაზე შეუთანხმდეს მას მიანდოს უტილიზაციის მართვა. ამ შემთხვევაში პროცესს მაღალ ანაზღაურებადი კადრები გააკონტროლებენ, რომელთა ინტერესი (სადაზღვეოების განგანსხვავებით) მხოლოდ და მხოლოდ უტილიზაციის მართვა იქნება და მათ გადაბირებას ვერც ფარმაცევტული და ვერც სადაზღვეო კომპანიები ვერ მოახერხებენ“.

ექსპერტთა მეორე ნაწილი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში მესამე – შუამავალი რგოლის დამატების ვერცსაჭიროებას და ვერც შესაძლებლობას ხედავს ისინი მიიჩნევენ, რომ სახელმწიფოს მიერმართული საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა გაცილებით ეფექტურია, ვიდრე წინა მოდელი, რომელშიც მომგებიანი სადაზღვეო კომპანიები მონაწილეობდნენ.

1. საერთაშორისი ფონდი კურაციო ცნობილი ფაქტია, რომ სადაზღვეო კომპანიებს სოლიდური მოგება ჰქონდათ, ხოლო დღეს, ადმინისტრირების ეს ხარჯი, შუალედური რგოლის – სადაზღვეო კომპანიის ნაცვლად, სამედიცინო მომსახურების ცენტრებამდე მიდის. მართალია ფული იხარჯება და შესაძლოა უფრო მეტიც, ვიდრე წლების წინ, თუმცა რეალური სურათის დასანახად შედეგებით უნდა ვიმსჯელოთ – ბევრად მეტი მოქალაქე იღებს სამედიცინო მომსახურებას. დღეს პროცესების სოციალური მომსახურების სააგენტო აკონტროლებს. მათ ადმინისტრირების ძლიერი



ინსტრუმენტები გააჩნიათ. სააგენტოს ნებისმიერი ფაქტის გადამოწმების საშუალება აქვს და სამედიცინო თვალსაზრისით ყველა საექვო შემთხვევას რეგულირების სააგენტოს უგზავნის რეაგირებისთვის.

ჩემი აზრით საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამაზე დანახარჯების შეკავების ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური მექანიზმი ჯანდაცვის დაფინანსების კონკურენტული სისტემაა. ამ სისტემაში სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვას ახორციელებს არაერთი ორგანიზაცია მაგ., სოციალური დაზღვევის სახელმწიფო ფონდი, ან სოციალური მომსახურების სააგენტო საქართველოში, არამედ მრავალი გადამხდელი სუბიექტი (სადაზღვევო კომპანიები).

„მრავალი გადამხდელით დაფინანსების სისტემაში სადაზღვევო ფონდებს შორის კონკურენციას განაპირობებს სადაზღვევო პრემიები, პაკეტები, შემოთავაზებული მკურნალობის ხარისხი, აგრეთვე დაზღვევის დამატებითი პაკეტისათვის გათვალისწინებული პრემიები და სარგებლები. კომპანიებს შორის კონკურენცია ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას და რესურსების ეფექტურად გამოყენებას. დასავლეთ ევროპის სოციალური დაზღვევის სისტემის ზოგიერთმა ქვეყანამ (გერმანია, ნიდერლანდები, ბელგია, ჩეხეთი, შვეიცარია, ირლანდია, ისრაელი) კარგახანია უარყოფითი გადამხდელით დაფინანსების არაკონკურენტული სისტემა. დღევანდელი, თანამედროვე მსოფლიოს სოციალური დაზღვევის სისტემის ქვეყნების გამოცდილება გვეუბნება, რომ უფრო ეფექტურია მრავალი გადამხდელი სისტემის არსებობა, ანუ ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსების მართვა უნდა განახორციელონ მრავალმა ერთმანეთთან კონკურენციაში მყოფმა სადაზღვევო კომპანიამ და არაერთმა სახელმწიფო სადაზღვევო ფონდმა.

მიუხედავად ბევრი დადებითი ფაქტორებისა, საყოველთაო ჯანდაცვის დაზღვევის პროგრამის მართვის პროცესში გამოვლინდა მრავალი ხარვეზი. 2018 წელს სოციალური მომსახურების სააგენტომ 2013 წლიდან პროგრამის ამოქმედებიდან ამბულატორიული და სტაციონარული დაწესებულებების სამედიცინო დოკუმენტაციის შემოწმება მოხდა, სადაც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის პირობების დარღვევისთვის

მრავალი კლინიკა დაჯარიმდა. დაჯარიმების მიზეზი მთავრობის დადგენილებების პირობების შეუსრულებლობა იყო.

### **3.4. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის პრობლემები, პრსპექტივები და რეკომენდაციები**

კრიტიკის ობიექტი არაერთხელ გამხდარა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა. ამ პროგრამას ახსენებენ მაშინაც, როცა ხელისუფლების მიერ გატარებული პოლიტიკის წარმატებულობის ხაზგასმა სურთ. ასევე, მრავალჯერგამოთქმულა მოსაზრება, რომ ამ პროგრამაზე დახარჯული სოლიდური თანხა ქვეყნის ეკონომიკას ზიანს აყენებს, თუმცა, სფეროს ექსპერტთა ნაწილი მიიჩნევს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პრობლემა არა დახარჯულ თანხაში, არამედ ხარჯვის ეფექტურობასა და იმ ფინასურ თუ, სერვისის ხვრელებშია, რომლებმაც სხვადასხვა მიზეზის გამო იჩინა თავი.

უმნიშვნელოვანესი საკითხი, რასაც საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამის ნაკლოვანებებზე საუბრისას ასახელებენ, ამ პროგრამისთვის გამოყოფილი თანხის არაეფექტური ხარჯვაა. ექსპერტთა ნაწილი მიიჩნევს, რომ პოლიტიკურად მომგებიანი – საყოველთაობის პრინციპი პროგრამით მოსარგებლე მოსახლეობის გაჭირვებული ფენის მდგომარეობას აუარესებს. ამასთანავე, ერთი გადამხდელით დაფინანსების არაკონკურენტული სისტემა ვერ უზრუნველყოფს ხარჯების შეკავებას; ჯანდაცვის საერთო დანახარჯში სახელმწიფოს ხარჯი კი არც ისე დიდია. საავადმყოფოების პირდაპირი გადახდის წესი სისტემის ხარვეზს წარმოადგენს, რომელსაც საოციალური მომსახურების სააგენტო ახხორციელებს. ეს ართულებს კონტროლს. საავადმყოფოები დაინტერესებულნი არიან გაზარდონ მომხმარებლებისათვის ჩატარებული პროგრამით დაფინანსებული მომსახურებები, რომელთა რეალური საჭიორების შემოწმება ფაქტობრივად არ ხდება. ამ პრობლემის მოგვარება მარტივია, როდესაც სახელმწიფო აფინანსებს ჯანდაცვის სექტორს, სასურველია ეს სადაზღვევო კომპანიების გავლით მოხდეს და არა საავადმყოფოების

პირდაპირი დაფინანსების წესით, ამ შემთხვევაში ეს არამხოლოდ ხარჯეფექტური ხარჯვაა, არამედ ამით ხელს ვუწყობთ სადაზღვევო საქმიანობის განვითარებას.

რამდენიმე წლის წინ სადაზღვევო კომპანიები უზრუნველყოფდნენ იმას რომ სამედიცინო დაწესებულებები ზედმეტად „შემოქმედებითად“ არ მისდგომოდნენ ხარჯვას და ამ ანგარიშის წარდგენას სახელმწიფო გადამხდელისათვის, რადგან სადაზღვევო კომპანიების ინტერესს წარმოადგენდა კლინიკებისათვის ნაკლები თანხების გადახდა დღეს კი როდესაც ეს სადაზღვევო კომპანიები გამოეთიშნენ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამას სისტემის კონტროლი გაცილებით გართულდა და სამედიცინო პროვაიდერებს მეტი თავისუფლება მიენიჭათ. რის ნათელ მაგალითსაც წარმოადგენს ზემოთ მოყვანილი სამი წლის განმავლობაში შესამჩნევად გაზრდილი მწვავე შემთხვევების რაოდენობა. ამასთან უნდა გავითვალისწინოთ ის ფაქტიც რომ დაზღვევა არის ეკონომიკური საქმიანობის სფერო რომელიც წარმოადგენს ბიუჯეტის შევსების მნიშვნელოვან წყაროს და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამიდან სადაზღვევო კომპანიების გამოთიშვა თავისთავად გულისხმობს სადაზღვევო ბაზრის განვითარების და გაფართოებისთვის დაბრკოლებების შექმნას.

2017 წლიდან განხორციელდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამაში რიგი რეფორმები გატარდა რომელთაგან ყველაზე მნიშვნელოვანს წარმოადგენს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამიდან იმ მოქალაქეების გამოთიშვა რომლებიც პარალელურად სარგებლობენ ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევით. ხელისუფლების განმარტებით აღნიშნულმა რეფორმამ სახელმწიფოს საშუალება მისცას პროგრამისთვის განკუთვნილი სახსრების უკეთ გადაანაწილოს მოსახლეობის სხვადასხვა სეგმენტზე.

ასევე აღსანიშნავია რომ საქართველოს შემთხვევაში საყოველთაო დაზღვევა არის ბაზისი და მისი განვითარება უნივერსალურობისაკენ უნდა იყოს მიმართული. უნივერსალური ჯანდაცვა ეს არის პროცესი რომელსაც თანდათან მივალწევთ. ამისათვის საჭიროა:

1. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების შემდგომი განვითარება საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის კონიუნქტურაში;
2. მოსახლეობის მოცვა - პროგრამაში ჩართული მოსახლეობის გაზრდა და არა პირიქით შემცირება,
3. გაიზარდოს თანაგადახდა - სახელმწიფოს მიერ თანადაფინანსების პროცენტულობის გაზრდა
4. გაიზარდოს სერვისები - პროგრამაში შემავალი მომსახურებების ჩამონათვალის გაზრდა.
5. გაიზარდოს ამბულატორიულ დაწესებულებებში მიმართვიანობა და მომსახურების ხარისხი
6. გაიზარდოს მოსახლეობის მედიკამენტებით უზრუნველყოფა საქართველოსთვის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამა ახალ სისტემას წარმოადგენს, რომელიც უნდა დაიხვეწოს განხორციელების პროცესში რადგან ყველაფრის წინასწარ განსაზღვრა შეუძლებელია, ვიმედოვნებ რომ მომავალში საქართველოში არსებული საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამა გახდება მაგალითი მსოფლიოს მრავალი ქვეყნისთვის.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამის დაფინანსება პროგრამის ამოქმედებიდან - 2013 წლიდან განუხრელად იზრდებოდა. 2021წელს ბიუჯეტში ამ მიმართულებით 1 548,6 მლნ გათვალისწინებული. თუმცა, რამდენადაა საკმარისი აღნიშნული თანხა პროგრამის მიზნების უზრუნველსაყოფად, სწორედ ეს არის სამსჯელო საკითხი.

მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი თენგიზ ვერულავა აღნიშნავს, რომ ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების ზრდის მიუხედავად, საქართველო ამ კუთხით ჯერ ისევ ჩამორჩება არამარტო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ დადგენილ საერთაშორისო სტანდარტებს, არამედ ბევრი დაბალშემოსავლიანი ქვეყნის მაჩვენებლებსაც.

თენგიზ ვერულავა ამბობს, რომ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიხედვით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მთლიან სახელმწიფო დანახარჯებში 15 %-ს

მაინც უნდა შეადგენდეს. საქართველოში კი, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების წილი სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში საკმაოდ დაბალია და 6.9%-სმ ეადგენს. აღნიშნული თითქმის ორჯერ მცირეა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერმოწოდებულ მაჩვენებელთან შედარებით და დაბალია ისეთ ქვეყნებთან შედარებითაც კი, როგორებიცაა: სომხეთი (7.9%), ყაზახეთი (10.9%), უკრაინა (12.2%), ყირგიზეთი (13.2%), ბელორუსი (13.5%).

ასევე, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით, ჯანდაცვის სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვის მთლიანი ხარჯების 40%-ზე მეტს უნდა შეადგენდეს. ქვეყნებში, სადაც ეს მაჩვენებელი 40%-ზე ნაკლებია, ჯანდაცვის სექტორში. საქართველოში ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები 29.8%-სშეადგენს, შესაბამისად, სახელმწიფო დაფინანსების წილი მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციით გათვალისწინებულ ზღვარს და ჩამორჩება ისეთ ქვეყნებსაც, როგორებიცაა: სომხეთი (41.7%), ყაზახეთი (53.1%), უკრაინა (54.5%), ყირგიზეთი (59%).

„ყოველივე ზემოაღნიშნული მიგვანიშნებს, რომ საქართველოში ჯანდაცვის ხარჯების მნიშვნელოვან წილს, დაახლოებით 65-70%-ს, მოსახლეობის მიერ გაღებული კერძო დანახარჯები შეადგენს, რაც ნიშნავს, რომ საქართველოში ჯანდაცვა სახელმწიფო პოლიტიკის პრიორიტეტად არ ითვლება. ჯანდაცვის მთლიან ხარჯებში კერძო დანახარჯების ასეთი მაღალი წილის მიხედვით საქართველომ მსოფლიოში მერვე ადგილზეა და ისეთ ქვეყნებს შორის დგას, როგორებიცაა სუდანი (75.8%), იემენი (74%), ავღანეთი (73.8%), აზერბაიჯანი (71.1%), ნიგერია (69.3%), ვენესუელა (65.8%). შედეგად, საქართველოში ბევრი ოჯახი იძულებულია უარი თქვას საჭირო სამედიცინო მომსახურებაზე, რადგან მათ არ შეუძლიათ ამ მომსახურების საფასურის ანაზღაურება“, - აცხადებს თენგიზ ვერულავა.(4)

ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფო დანახარჯის მნიშვნელოვნად გაზრდის მიუხედავად, ჯანდაცვის საერთო დანახარჯებში სახელმწიფოს წილიმ ხოლოდ უმნიშვნელოდაა გაზრდილი, რაც პირდაპირ მიუთითებს სისტემის არა ხარჯთეფექტურობაზე - „მიუხედავად იმისა, რომ ამხელა ფული იხარჯება, სასურველ შედეგს ვერ ვიღებთ“.

„სოციალური მომსახურების სააგენტომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის პირობების დარღვევისთვის კლინიკები დაახლოებით 56 მილიონი ლარით დააჯარიმა. დაჯარიმების მიზეზი მთავრობის 36 დადგენილების პირობების.

შეუსრულებლობა იყო. ინფორმაციას სააგენტო "ინტერპრესნიუსი" ავრცელებს.

უწყებაში არაკონკრეტებენ იმ კლინიკებს, რომლებიც დაჯარიმდნენ, თუმცა დასძენენ, რომ მთავრობის გადაწყვეტილებით კლინიკებს უკვე ეპატიათ 30 მლნ ლარზე მეტი და ამ ეტაპზე მათ მომსახურების ანაზღაურებული თანხიდან დასაბრუნებელი აქვთ დაახლოებით 13 მლნ. ლარი.

2018 წელს სააგენტომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართული კლინიკების მიერ წარმოდგენილი დოკუმენტები პროგრამის ამოქმედების დროიდან, ანუ 2013 წლიდან შეისწავლა და გამოვლენილი დარღვევების გამო კლინიკებს პროგრამულად ანაზღაურებული თანხის უკან დაბრუნება და მასთან ამ თანხის ორმაგი ოდენობის ჯარიმის გადახდა დააკისრა. (6)

კლინიკების დაჯარიმების ფაქტი მოხვდა ბიზნეს ომბუდსმენის 2018 წლის ანგარიშშიც, ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს ჰოსპიტალური სექტორის უპასუხისმგებლობა და ხშირად კორუფციული დიაგნოსტიკა დაფინანსების გაზრდის მიზნით.<sup>6</sup>

## **სოციალური კვლევა და შედეგები**

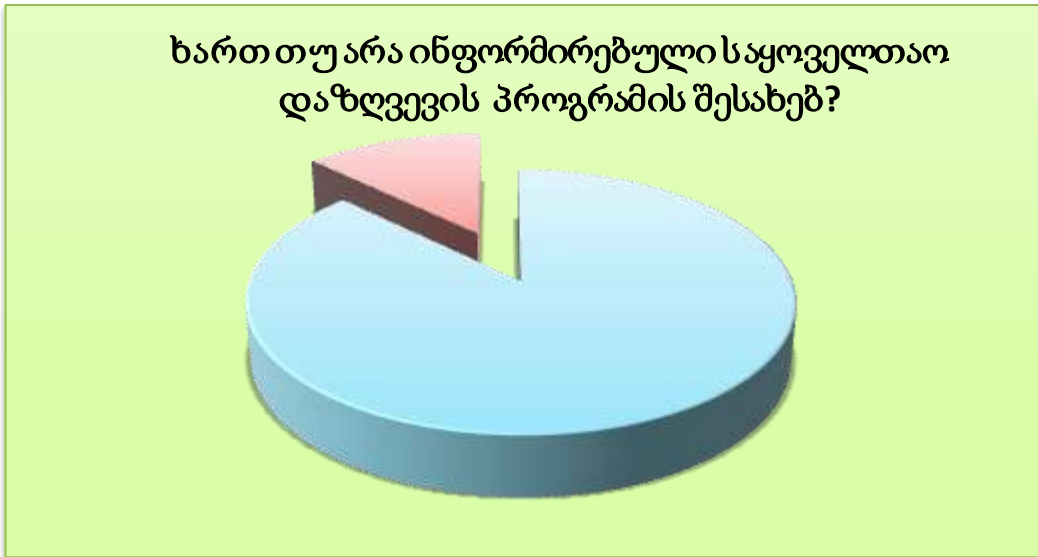
ამ პროგრამის ფარგლებში წარმოგიდგენთ ჩვენს მიერ ჩატარებულ კვლევას. სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს ქალაქ გორის მოსახლეობა. კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 428 ადამიანმა, კვლევის მიზანი იყო გაგვეგო, თუ რამდენ ადამიანს აქვს ზოგადი წარმოდგენა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევასთან დაკავშირებით, აქედან რამდენს უსარგებლია და რამდენად კმაყოფილია.

გამოიკითხა 428 ადამიანი საიდანაც 68% აცხადებს რომ აქტიურად არის ჩართული საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, 17% აცხადებს რომ მათთვის ეს პროგრამა უცნობია, ხოლო 15% არ უსარგებლია.

---

<sup>6</sup>eugeorgia.info-ს მიერ ჯანდაცვის სამინისტროდან გამოთხოვილი ინფორმაციის მიხედვით,

1. იცით თუ არა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის



შესახებ?

მოცემუ

ლ კითხვაზე გამოკითხულთაგან დაფიქსირდა, რომ 82% იცის, ხოლო 18%-მა არა.

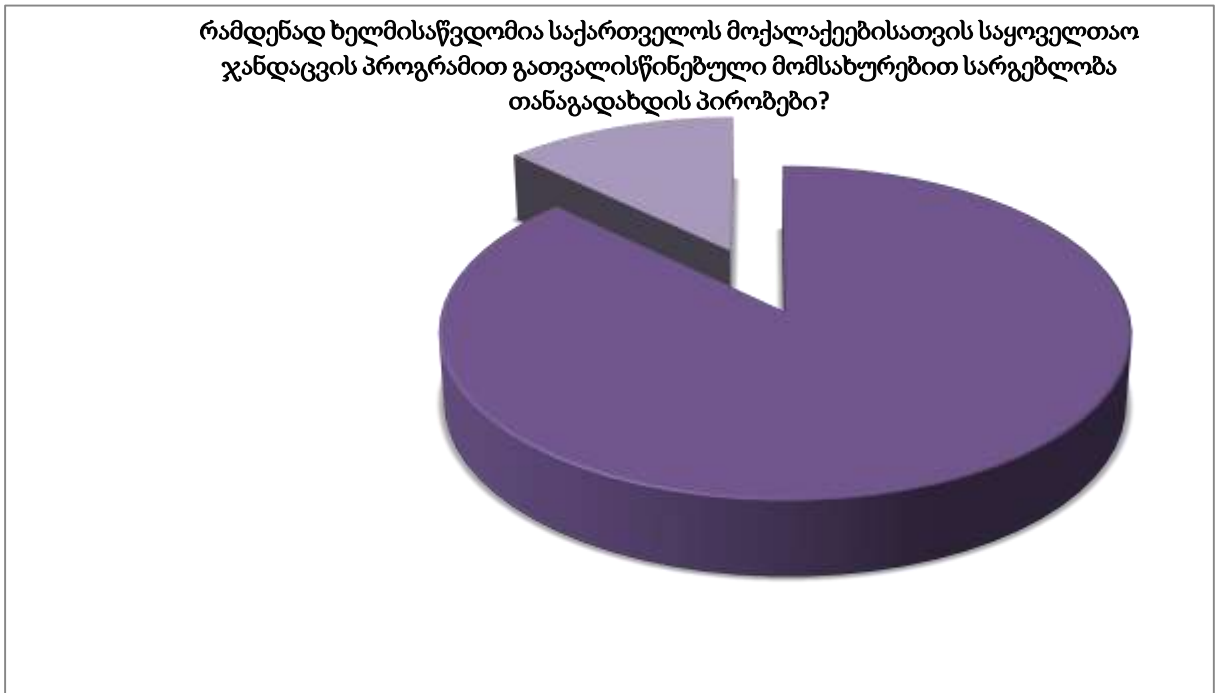
2. გისარგებლიათ თუ არა საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამით?



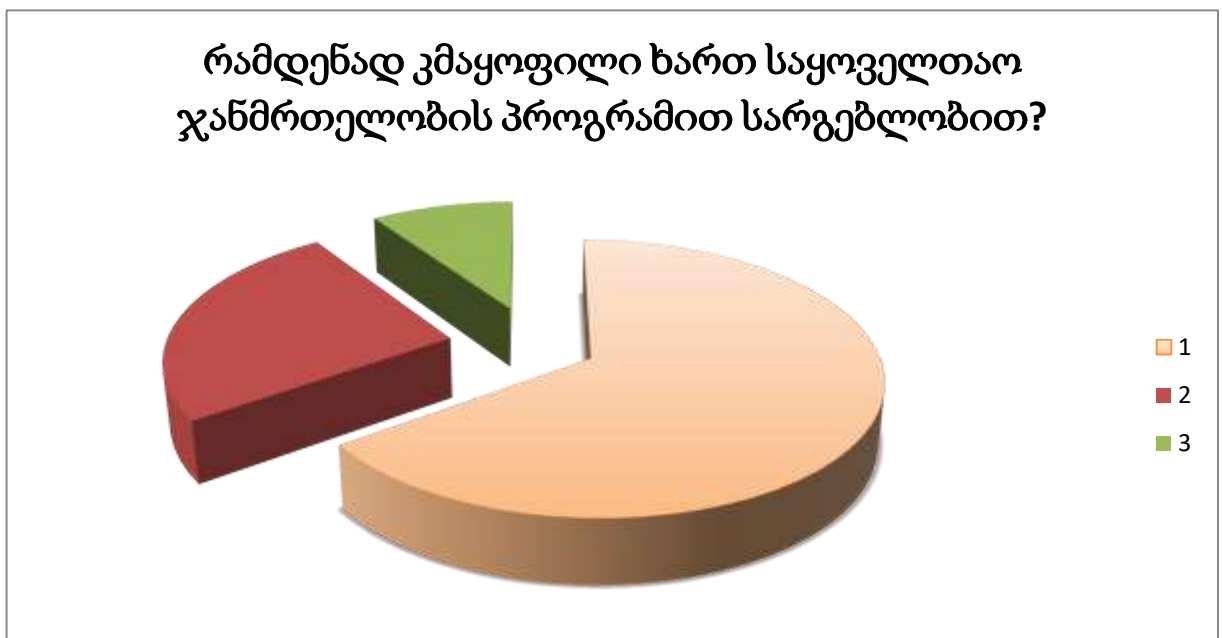
მოცემულ კითხვაზე გამოკითხულთა 64% გასცა დადებითი პასუხი, ხოლო 36 %-მა უარყოფითი.

3. რამდენად ხელმისაწვდომია საქართველოს მოქალაქეებისთვის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებით სარგებლობა

თანაგადახდისპირობებით?



- 4. მოცემულ კითხვაზე გამოკითხულთა 56% გასცა დადებითი, ხოლო 44%-მა უარყოფითი.
- 5. რამდენად კმაყოფილი ხართ საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამით სარგებლობით?



- 6. მოცემულ კითხვაზე გამოკითხულთა 38% კმაყოფილია, 45% საშუალოდ კმაყოფილი, ხოლო 17% უკმაყოფილოა



აღსანიშნავია, რომ რესპოდენტთა მხოლოდ 64% სარგებლობს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევით. ამის უმთავრესი მიზეზია ნდობის ფაქტორი. მოსახლეობის ნაწილი სკეპტიკურად არიან განწყობილი დაზღვევის მიმართ, რადგან რიგ შემთხვევებში ვერ ახერხებენ საჭირო კვლევებით და მომსახურებით სარგებლობას და ის მრავალი კვლევა რაც საჭიროა ჯანმრთელობის უზრუნველყოფისთვის არ ფინანსდება პროგრამის ფარგლებში, რაც უკმაყოფილების მიზეზი ხდება. ასევე მოსახლეობის ნაწილს მძიმე ტვირთად აწევს სამედიცინო მომსახურების თანაგადახდის პირობებით გადახდილი თანხები,რის გამოც ხშირ შემთხვევაში უარს ამბობს მომსახურებაზე. ძალიან მნიშვნელოვანია მკურნალობის შემდეგ მედიკამენტებით უზრუნველყოფის საკითხი, ექიმთან ვიზიტის შემდეგ ბენეფიციარს არ შეუძლია გაძვირებული მედიკამენტის შეძენა ,რაც თავისთავად გამოჯანმრთელების საწინდარია.

მოსახლეობას უნდა მიეწოდოს დეტალური ინფორმაცია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამის შესახებ. უნდა მოხდეს მათი მაქსიმალურად ჩართულობა პროგრამაში და სახელმწიფოს მხრიდან მხარდაჭერილი უნდა იქნას ის საკითხები რაც მოსახლეობის დიდი ნაწილს მძიმე ტვირთად აწევს ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველსაყოფად. თუმცადა, ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ მუდმივად მიმდინარეობს კონსულტაციები პროგრამის პირობების გასაუმჯობესებლად რათა მაქსიმალურად იყოს მოსახლეობის ინტერესებზე ორიენტირებული. თუმცა ამ მდგომარეობას აბრკოლებს და ხელს უშლის COVID-19-ით გამოწვეული პანდემია, რომელსაც

თითქმის ორი წელია ებრძვის საქართველოსა და ზოგადად მსოფლიო, რომელმაც განსაკუთრებული მასშტაბი შეიძინა და სრულიად შეცვალა ჩვენი ცხოვრების ყოველდღიური რიტმი.იმის გათვალისწინებით, რომ პანდემიამ დიდი გავლენა იქონია თითქმის ყველა სფეროზე,რა თქმა უნდა დიდ გავლენას ახდენს საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამის განვითარებასა და სრულყოფაზე.

## დასკვნა

არსებობს უამრავი გზა, რომლითაც ქვეყანას შეუძლია მიაღწიოს ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემის საყოველთაობას. 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 დანახარჯების ზრდის შემაკავებელი სათანადო მეთოდები გამოყენებული, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის განვითარება შეიძლება შეფერხდეს. მიზანშეწონილია ხარჯების შეკავების მეთოდების დანერგვის სისტემური, კომპლექსური მიდგომა ქვეყნის სპეციფიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით.

2014 წლიდან დღემდე ჯანდაცვის სამინისტროს დაფინანსება 1.8 მილიარდიდან 7 მილიარდ ლარამდე გაიზარდა.

ჯანდაცვის სამინისტროს ხარჯების უდიდესი ნაწილი მიმდინარე ხარჯებია, რომელიც არ გულისხმობს რაიმე ტიპის კაპიტალის შექმნას, თუმცა, მეორე მხრივ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება, სიკვდილიანობის შემცირება და დაავადებათა რიცხვის შემცირება დადებითად აისახება საზოგადოების ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და შრომისუნარიანობაზე. შესაბამისად, ამ კუთხით ჯანდაცვაზე დახარჯული თანხა ნამდვილად შეიძლება განვიხილოთ ადამიანურ კაპიტალში ინვესტიციად.

ჯანდაცვის პროგრამებისთვის გამოყოფილი ხარჯები სამინისტროს ბიუჯეტის 25%-ია, საიდანაც უმეტესი წილი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დაფინანსებას ხმარდება. მიუხედავად იმისა, რომ პროგრამის მიზანს მოსახლეობისთვის სამედიცინო

სერვისების ხელმისაწვდომობის ზრდა წარმოადგენს, მოსახლეობის მოწყვლადი ნაწილისთვის სამედიცინო მომსახურება, განსაკუთრებით კი მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა, კვლავ პრობლემად რჩება. რაც დასტურდება ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგებით, აღნიშნული პრობლემის მოგვარება პროგრამისთვის გამოყოფილი დაფინანსების მიზნობრივი და ეფექტური ხარჯვით არის შესაძლებელი.

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ ქვეყნის მოსახლეობა უდიდესი პრობლემების წინაშე აღმოჩნდა, მოსახლეობის უდიდესი ნაწილი თავს ვერ აძლევდა იმ „ფუფუნების“ უფლებას როგორცაა საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა. მოსახლეობის საყოველთაო დაზღვევის წარმოშობის და განვითარების უმთავრეს მიზეზს წარმოადგენდა მოსახლეობის რთული სოციალური ყოფა. ჩვენს თანამოქალაქეებს ათეული წლების მანძილზე არ ჰქონდათ ისეთი კომფორტი, როგორცაა საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამის დანერგვიდან მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა, ჩემი აზრით ქვეყნის ყველაზე მომგებიანი ინვესტიცია მოსახლეობის ხელმისაწვდომი ჯანდაცვის სისტემის შექმნა და განვითარებაა, ვინაიდან ჯანმრთელი ადამიანი არის შრომის უნარიანი და ზრუნავს საკუთარი და ახლობლების კეთილდღეობაზე რაც საბოლოო ჯამში მოსახლეობის კეთილდღეობის და ქვეყნის განვითარების გარანტს წარმოადგენს.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა დღეისათვის მსოფლიოს 33 ქვეყანაშია გავრცელებული და კიდევ მრავალი ქვეყანა მიისწრაფვის მისი დანერგვისა და განხორციელებისკენ. ჩვენი ქვეყნისთვის აღნიშნული პროგრამის დანერგვა წინ გადადგმული ნაბიჯია, თუმცა მინდა ავლნიშნო, რომ ცენტრალიზებულ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის სისტემას აქვს ერთი მნიშვნელოვანი მინუსი, არ ყავს კონკურენტი რის გამოც არ არის შეზღუდული პირობების ცვლილებების კუთხით, ასევე გართულებულია კონტროლი ვინაიდან სამედიცინო პროვაიდერების ისევე როგორც ნებისმიერი სხვა კომერციული ორგანიზაციის ძირითად მიზანს წარმოადგენს მაქსიმალური მოგების მიღება. ამიტომ ხშირია შემთხვევები როდესაც პაციენტს უნიშნავენ მისთვის ყოვლად უსარგებლო პროცედურებს და მომსახურებებს რაც ზრდის

მოსახლეობის ჯანდაცვაზე გაწეულ ხარჯებს. პროგრამის დაფინანსება ხორციელდებოდა სახელმწიფოს მიერ პირდაპირი გადახდის წესით, რამაც გამოიწვია ბიუჯეტის შემოსავლების არაეფექტური ხარჯვა, ვინაიდან სამედიცინო ორგანოებზე კონტროლი თითქმის ვერ ხორციელდებოდა იმ დოზით, როგორც სადაზღვევო კომპანიების მონაწილეობის დროს. რამდენიმე წლის წინ სადაზღვევო კომპანიები უზრუნველყოფდნენ იმას რომ სამედიცინო დაწესებულებები ზედმეტად ზერელედ არ მისდგომოდნენ ხარჯვას, რადგან სადაზღვევო კომპანიების ინტერესს წარმოადგენდა კლინიკებისათვის ნაკლები თანხების გადახდა. დღეს კი როდესაც ეს სადაზღვევო კომპანიები გამოეთიშნენ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამას სისტემის კონტროლი გაცილებით გართულდა და სამედიცინო პროვაიდერებს მეტი თავისუფლება მიენიჭათ. აღნიშნული პრობლემის მოგვარების ერთ-ერთ საშუალებად მიმაჩნია მისი შემდგომი განვითარება საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის კონიუნქტურაში, აუცილებელია რომ აღნიშნული პროგრამის მართვის პროცესი დაუბრუნდეს საქართველოს სადაზღვევო ბაზარზე არსებულ ლიცენზირებულ სადაზღვევო კომპანიებს. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამიდან სადაზღვევო კომპანიების გამოთიშვა თავისთავად გულისხმობს სადაზღვევო ბაზრის განვითარების დამუხრუჭებას. ამასთან უნდა გავითვალისწინოთ ის ფაქტიც, რომ დაზღვევა არის ეკონომიკური საქმიანობის სფერო, რომელიც წარმოადგენს ბიუჯეტის შევსების და დასაქმების მნიშვნელოვან წყაროს, რომელიც ქვეყნის ეკონომიკის განვითარების ერთ-ერთი მნიშვნელოვან საფუძველს წარმოადგენს. თუმცა ამ მდგომარეობას აბრკოლებს და ხელს უშლის COVID-19-ით გამოწვეული პანდემია, რომელსაც თითქმის ორი წელია ებრძვის საქართველოსა და ზოგადად მსოფლიო, რომელმაც განსაკუთრებული მასშტაბი შეიძინა და სრულიად შეცვალა ჩვენი ცხოვრების ყოველდღიური რიტმი.იმის გათვალისწინებით, რომ პანდემიამ დიდი გავლენა იქონია თითქმის ყველა სფეროზე,რა თქმა უნდა დიდ გავლენას ახდენს საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამის განვითარებასა და სრულყოფაზე.

## გამოყენებული ლიტერატურა:

1. საქართველოს მთავრობის დადგენილება № 36. საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ. თბილისი. 2013 წლის 21 თებერვალი.
2. პრესრელიზი საყოველთაო ჯანდაცვის ერთი წლის შედეგების შეფასება. ჯანდაცვის სამინისტრო, 2014.
3. თენგიზ ვერულავა. ჯანდაცვის პოლიტიკა. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი. 2016.
4. ვერულავა, თენგიზ (2016). ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების მექანიზმები და საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI);
5. [www.moh.gov.ge](http://www.moh.gov.ge) 2021
6. <https://idfi.ge/ge/health-care-credit> [www.nbg.gov.ge](http://www.nbg.gov.ge) 2021
7. [www.mof.gov.ge](http://www.mof.gov.ge) 2021
8. [parliament.gov.ge](http://parliament.gov.ge)
9. <https://matsne.gov.ge/2021>
10. <http://ssa.gov.ge/2021>
11. <http://curatiofoundation.org/ge/2021>
12. <https://forbes.ge/saqhovelthao-jandatsva-ar-a/2021>