



ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის
ფაკულტეტი

სადოქტორო პროგრამა: საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და ეპიდემიოლოგია

ბაღდატ ჩხაიძე

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის კომპლექსური შეფასება

საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად
წარმოდგენილი დისერტაცია

სამეცნიერო ხელმძღვანელი: ლაშა ლორია
საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორი, პროფესორი

2025 წელი
თბილისი, საქართველო



ქვეყნის სოციალური და ეკონომიკური განვითარების უმნიშვნელოვანესი პირობა საზოგადოების ჯანმრთელობაა. მოსახლეობის ავადობა, სიკვდილიანობა და უნარ-შეზღუდულობა მნიშვნელოვან დანაკარგებს იწვევს როგორც ადამიანური რესურსის მწარმოებლობის, ისე, ზოგადად, ეკონომიკური განვითარების კუთხით; შესაბამისად, მოსახლეობის სოციალური დაცვა ქვეყნის ხელისუფლების ერთ-ერთი აქტუალური პრიორიტეტია, ხოლო სოციალური დაზღვევა აღნიშნულის განხორციელების მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტი. იგივე ითქმის ჯანმრთელობის დაცვასა და სამედიცინო დაზღვევაზე, როგორც სოციალური დაცვის და სოციალური დაზღვევის შემადგენელ ელემენტზე. ამიტომ, ქვეყანაში მოსახლეობის სოციალური დაცვა, მ.შ. ჯანმრთელობის დაცვა, ქვეყნის ხელისუფლების კონსტიტუციური უფლება და ვალდებულებაა.

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

მსოფლიოში არსებული გამოცდილებით, უნივერსალური დაზღვევის განვითარება რთული, თანდათანობითი პროცესია და მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული იმაზე, თუ რამდენად შეესაბამება ქვეყანაში არსებული სხვადასხვა, საჭირო რესურსი უნივერსალური ჯანდაცვის მოთხოვნებს. აღნიშნული საკითხი მნიშვნელოვანია როგორც განვითარებადი, ასევე განვითარებული ქვეყნებისათვისაც. შედარებისათვის, განვითარებულ ქვეყნებში ჯანმრთელობაზე საშუალოდ 2500 აშშ დოლარი იხარჯება თითო სულზე, ხოლო დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში - 15 აშშ დოლარზე ნაკლები (OECD, 2022). გარდა ამისა, დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნების უმეტესობა გაცილებით უფრო ნაკლებს ხარჯავს ჯანმრთელობაზე ზრუნვისთვის. მაგალითად, ისეთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყანა, როგორიცაა ბანგლადეში დაახლოებით 5 დოლარს ხარჯავს თითო სულზე (World Bank, 2023). უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში უნივერსალური ჯანდაცვის გლობალური მოძრაობა მნიშვნელოვნად გააქტიურდა 2012 წლის ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეის და გაეროს გენერალური ასამბლეის რეზოლუციებით ჯანმრთელობის უნივერსალურ მოცვასთან დაკავშირებით, რომელიც მოუწოდებს წევრ ქვეყნებს, სამოქალაქო სექტორს და საერთაშორისო ორგანიზაციებს

სწრაფად და მნიშვნელოვნად გაააქტიურონ ძალისხმევა მაღალხარისხიანი ჯანდაცვის სერვისების საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისათვის.

2014 წლის მაისში გაეროს, მსოფლიო ბანკის ჯგუფისა და ჯანმო-ს მიერ შემუშავდა ერთობლივი ჩარჩო ჯანმრთელობის უნივერსალური მოცვის მიღწევების მონიტორინგისათვის ორი მიმართულებით:

- 1) *ფინანსური დაცვა: 2030 წლისთვის არავინ უნდა გაღარიბდეს ან ცხოვრობდეს სიღარიბეში სამედიცინო მომსახურებაზე გაწეული ხარჯების გამო.*
- 2) *სერვისების მიწოდება: 2030 წლისთვის ყველა ადამიანს უნდა ჰქონდეს ხელმისაწვდომობა აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე.*

დღეისათვის, ყველა მაღალგანვითარებული ქვეყანა, აშშ-ის გარდა, უზრუნველყოფილია უნივერსალური ჯანდაცვით, 30-ზე მეტი საშუალო განვითარების მქონე ქვეყანამ წარმატებით განახორციელა უნივერსალური ხელმისაწვდომობის სხვადასხვა სქემა, ხოლო ბევრი დაბალი განვითარების ქვეყანა უკვე იწყებს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამების დანერგვას.

სამედიცინო მომსახურების მისაღებად ადამიანები იხდიან როგორც პირდაპირი გადახდით უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების გაწევისას, ასევე არაპირდაპირი, გადასახადების გადახდის მეშვეობით. წინასწარი გადახდების სისტემას აქვს თავისი დადებითი მხარე, რადგან ავადმყოფობის პერიოდში ადამიანები არ იღებენ დიდ ხარჯებს და შესაძლებლობა ეძლევათ აღნიშნული ხარჯები გადაინაწილონ მთელი ცხოვრების განმავლობაში (WHO, 2023).

ჯანდაცვის არაპირდაპირი გადასახადების სისტემა არის ორი სახის: დაზღვევა, რომლის დროსაც დაზღვეულები იხდიან სადაზღვევო შენატანებს და ზოგადი გადასახადების სისტემა, რომელსაც იხდის მოსახლეობის ნაწილი, ან მთელი მოსახლეობა. ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების შემთხვევაში მთელი მოსახლეობა, ან მოსახლეობის ნაწილი მოცულია, მიუხედავად იმისა, ისინი იხდიან თუ არა გადასახადებს. უნივერსალური დაფინანსება მჭიდროდ არის დაკავშირებული გადასახადების სისტემის ადმინისტრირების უნართან. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ განვითარებულ ქვეყნებში გადასახადებით გროვდება მთლიანი შიდა პროდუქტის 30%, მაშინ როცა დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ეს მაჩვენებელი 20%- დან 5%-მდე მერყეობს (WHO, 2023).

საქართველოში სამედიცინო დაზღვევა ხორციელდება „სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევისა“ და „ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის“ სახით.

ზემოთაღნიშნულის გათვალისწინებით, კვლევის მიზანია საქართველოში სამედიცინო დაზღვევის სისტემის ჩამოყალიბების ძირითადი ეტაპების, სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემის განვითარების შესწავლა, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ჩამოყალიბებისა და განვითარების ტენდენციების წარმოჩენა, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გამოწვევების შესწავლა, კომპლექსური შეფასება, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით მოსარგებლეთა და სამედიცინო პერსონალის კმაყოფილების დონის განსაზღვრა თბილისში და რეგიონებში, მიღებული მონაცემების საფუძველზე, არსებული მდგომარეობის გათვალისწინებით რეკომენდაციების შემუშავება, რაც ხელს შეუწყობს პროგრამის ეფექტურ და შეუფერხებელ ფუნქციონირებას.

Abstract



The most important condition for social and economic development of the country is public health. Morbidity, mortality and disability of the population cause significant losses both in terms of productivity of human resources and, in general, economic development. Therefore, social protection of the population is one of the current priorities of the country's government, and social insurance is an important tool for the implementation of the aforementioned. The same is true for health care and medical insurance as a constituent element of social protection and social insurance. Therefore, social protection of the population in the country, including health protection is the constitutional right and obligation of the country's government.

According to the world's experience, the development of universal insurance is a complex, gradual process and depends significantly on the various necessary resources met the requirements of universal health care. This issue is important for both developing and developed countries. In addition, most low-income countries spend much less on health care. In the past three years, the global movement for universal health has been significantly boosted by the 2012 World Health Assembly and UN General Assembly resolutions on universal health coverage, which calls on member states, the civil sector and international organizations to rapidly and significantly intensify efforts to ensure universal access to high-quality health services.

People pay for medical services both directly through the provision of medical services and indirectly through the payment of taxes. The system of advance payments has its positive side, because people do not incur large costs during the period of illness, and it is possible to spread these costs over the whole life (WHO, 2023). There are two types of indirect health care payment systems: insurance, in which the insured pay insurance premiums, and a general payment system, in which part or all of the population pays. In the case of general taxation, the whole population, or part of the population, is covered, regardless of whether they pay taxes or not. Universal financing is closely related to the ability to administer the tax system. It is worth noting the fact that taxes collect 30% of the gross domestic product in developed countries, while in low-income countries this figure ranges from 20% to 5% (WHO, 2023).

Medical insurance in Georgia is carried out in the form of "Compulsory Medical Insurance" and "Voluntary Medical Insurance".

Considering the above mentioned, the aim of the research was to study the main stages of the formation of the medical insurance system in Georgia, the development of the compulsory medical insurance system, presentation of trends in the establishment and development of the state program of universal health care, study of the challenges of the universal health care program, complex assessment, determining the level of satisfaction of users and medical personnel with the state program of universal health protection in Tbilisi and the regions, based on the received data, developing recommendations taking into account the current situation, which will contribute to the effective and smooth operation of the program.

აბსტრაქტი	III
Abstract	VI
სარჩევი	VIII
სურათების ჩამონათვალი	IX
ცხრილების ჩამონათვალი	IX
დიაგრამების ჩამონათვალი	X
თავი 1. შესავალი	1
1.1. საკვლევი თემის აქტუალურობა	1
1.2. საკვლევი თემის მიზანი და ამოცანები, ჰიპოთეზა	5
1.3. კვლევის სამეცნიერო სიახლე	6
1.4. სადისერტაციო ნაშრომის თემაზე დისერტანტის მიერ გამოქვეყნებული სამეცნიერო ნაშრომების ჩამონათვალი	7
1.5. სადისერტაციო ნაშრომის მოცულობა და სტრუქტურა	7
თავი 2. სამედიცინო დაზღვევა	8
2.1. სამედიცინო დაზღვევის არსი, პრინციპები, ტერმინთა განმარტება	8
2.2. სამედიცინო დაზღვევის განვითარების ისტორია	11
2.3. მსოფლიოში აპრობირებული სადაზღვევო მოდელები	17
თავი 3. კვლევის მასალა და მეთოდები	76
თავი 4. სამედიცინო დაზღვევა საქართველოში	78
4.1. საქართველოში სამედიცინო დაზღვევის განვითარების მოკლე მიმოხილვა	78
4.2. სამედიცინო დაზღვევის სახეები და სადაზღვევო ბაზარი	90
4.3. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები	96
4.4. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა	99
4.5. სამედიცინო დაზღვევის რეგულირება და კანონმდებლობა	168
თავი 5. კვლევის შედეგები	172
5.1. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლეთა კმაყოფილების კვლევა, ამავე პროგრამის ფარგლებში მიღებული გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებით თბილისში და რეგიონებში	172
5.2. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციართა კმაყოფილების კვლევა, ამავე პროგრამის ფარგლებში მიღებული გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურებებით თბილისში და რეგიონებში	179
5.3. საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციური მახასიათებლებით სამედიცინო პერსონალის კმაყოფილების დონის განსაზღვრა თბილისში და რეგიონებში	185
თავი 6. დასკვნები და რეკომენდაციები	197
გამოყენებული ლიტერატურა	199

სურათი 1. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დაფინანსების სისტემა, ბისმარკის მოდელი.
სურათი 2. ჯანდაცვის დაფინანსების სხვადასხვა წყაროების პროცენტული წილი გერმანიაში, 2001 წ.
სურათი 3. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დაფინანსების სისტემა, ბისმარკის მოდელი.
სურათი 4. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ბაზარი და ფონდები (შემსყიდველი).
სურათი 5. საქართველოს სადაზღვევო ბაზარი, 2006 წ.
სურათი 6. სამედიცინო დაზღვევის ბაზრის წილი წლების მიხედვით.

ცხრილი 1. სოციალური დაზღვევისა და უზრუნველყოფის შესახებ კანონების შემოღების წლები სხვადასხვა ქვეყნებში.
ცხრილი 2. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დაფინანსება საერთო გადასახადებით (ფონდის შემოსავლების %).
ცხრილი 3. ჯანდაცვის დაფინანსების წყაროები ესტონეთში, 1995-1997 წწ.
ცხრილი 4. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევით მოცვა (მთელი მოსახლეობის %).
ცხრილი 5. სამედიცინო სადაზღვევო ფონდების რაოდენობა.
ცხრილი 6. სადაზღვევო ფონდების რაოდენობა 1990-2002 წწ.
ცხრილი 7. სადაზღვევო ფონდების რიცხვი გერმანიაში, 1993-2000 წწ.
ცხრილი 8. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის განვითარების ტენდენციები გერმანიაში, 1885-2003 წწ.
ცხრილი 9. შემოსავლის ზღვარი, რომელზეც ხდება დაბეგვრა.
ცხრილი 10. სხვა პირდაპირი შენატანები ფონდში.
ცხრილი 11. სავალდებულო სადაზღვევო შენატანის ზომა, ხელფასის % (დამქირავებელი/დაქირავებული)
ცხრილი 12. სოციალური დაზღვევა ცალკეულ ქვეყნებში.
ცხრილი 13. ფონდის არჩევის უფლება სხვადასხვა ქვეყნებში.
ცხრილი 14. ვინ ადგენს სადაზღვევო შენატანს?
ცხრილი 15. სადაზღვევო შენატანის შემგროვებელი ორგანიზაციები.
ცხრილი 16. ფინანსური ფონდების (Pool) შექმნის ან ფინანსური რისკების ფონდებს შორის განაწილების მექანიზმი.
ცხრილი 17. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელები ევროპის ქვეყნებში.
ცხრილი 18. სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის დაფინანსების წყაროები (ათასი ლარი), საქართველო, 2001-2006 წწ.

ცხრილი 19. კვლევის მახასიათებლები.
ცხრილი 20. რესპოდენტთა კმაყოფილება გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების სხვადასხვა კომპონენტით
ცხრილი 21. კერძო დაზღვევის სურვილის მიზეზები
ცხრილი 22. კვლევის მახასიათებლები.
ცხრილი 23. რესპოდენტთა კმაყოფილება გადაუდებელი ამბულატორიული და ჰოსპიტალური მომსახურების სხვადასხვა კომპონენტით
ცხრილი 24. კერძო დაზღვევის სურვილის მიზეზები
ცხრილი 25. მდგომარეობის გაუმჯობესების ან გაუარესების მონაცემები ამბულატორიულ და ჰოსპიტალურ სექტორებში.
ცხრილი 26. მდგომარეობის გაუმჯობესების ან გაუარესების მონაცემები ამბულატორიულ და ჰოსპიტალურ სექტორებში.
ცხრილი 27. სამედიცინო პერსონალის კმაყოფილება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში მიღებული სამედიცინო სერვისებით.

დიაგრამების ჩამონათვალი

დიაგრამა 1. საქართველოს სადაზღვევო ბაზარი 2014 წელს.
დიაგრამა 2. საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის სტრუქტურა 2014 წელს.
დიაგრამა 3. მოზიდული პრემიების მიხედვით სადაზღვევო კომპანიათა რეიტინგი 2014
დიაგრამა 4. ინფორმირებულობის დონე საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებების შესახებ.
დიაგრამა 5. გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებებით სარგებლობის დონე.
დიაგრამა 6. ამბულატორიის არჩევის მიზეზი.
დიაგრამა 7. რესპოდენტთა ფინანსური და ფიზიკური ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე.
დიაგრამა 8. კერძო დაზღვევის სურვილი რესპოდენტთა შორის.
დიაგრამა 9. რესპოდენტთა აზრით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გასაუმჯობესებელი კომპონენტები,
დიაგრამა 10. ინფორმირებულობის დონე საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული სტაციონარული მომსახურებების შესახებ.
დიაგრამა 11. ჰოსპიტალის არჩევის მიზეზები.
დიაგრამა 12. ჰოსპიტალური მომსახურების ანაზღაურებაში ბენეფიციართა წილობრივი მონაცემები.
დიაგრამა 13. მოსარგებლეთა აზრი სამედიცინო მომსახურებაზე ფიზიკური და ფინანსური ხელმისაწვდომობის დინამიკა.
დიაგრამა 14. მოსარგებლეთა აზრი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გასაუმჯობესებელი კომპონენტების შესახებ.

დიაგრამა 15. რესპოდენტთა აზრი კერძო დაზღვევით სარგებლობის შესახებ.
დიაგრამა 16. ამბულატორიულ დაწესებულებებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი.
დიაგრამა 17. ჰოსპიტალური სექტორში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი
დიაგრამა 18. სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევასთან ექიმების თანამშრომლობის შედეგები.
დიაგრამა 19. სოციალური მომსახურების სააგენტოსთან თანამშრომლობის პრობლემური საკითხები.
დიაგრამა 20. მომსახურებების შედეგების დინამიკა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ.
დიაგრამა 21. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნებას და დაცვაში საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის როლი.
დიაგრამა 22. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გასაუმჯობესებელი/შესაცვლელი კომპონენტები ამბულატორიული და სტაციონარული სექტორის ექიმების აზრით.
დიაგრამა 23. კერძო სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობისა და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამასთან თანამშრომლობის სარგებლიანობა.
დიაგრამა 24. გამოკითხულთა განაწილება კერძო სადაზღვევო კომპანიებისა და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარობის მიხედვით.
დიაგრამა 25. სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ფინანსური და ფიზიკური ხელმისაწვდომობის დინამიკა ამბულატორიულ სექტორში დასაქმებული გამოკითხულების აზრით.
დიაგრამა 26. სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ფინანსური და ფიზიკური ხელმისაწვდომობის დინამიკა ჰოსპიტალურ სექტორში დასაქმებული გამოკითხულების აზრით.
დიაგრამა 27. პაციენტთა მომართვიანობის დინამიკა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ ორივე სექტორში დასაქმებული გამოკითხულების აზრით.
დიაგრამა 28. პაციენტთა მომართვიანობის დინამიკა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ ორივე სექტორში დასაქმებულ გამოკითხულებთან.
დიაგრამა 29. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის წარმატების მონაცემები ორივე სექტორში დასაქმებულ გამოკითხულთა აზრით.

თავი 1. შესავალი

1.1. თემის აქტუალობა.

ქვეყნის სოციალური და ეკონომიკური განვითარების უმნიშვნელოვანესი პირობა საზოგადოების ჯანმრთელობაა. მოსახლეობის ავადობა, სიკვდილიანობა და უნარ-შეზღუდულობა მნიშვნელოვან დანაკარგებს იწვევს როგორც ადამიანური რესურსის მწარმოებლურობის, ისე, ზოგადად, ეკონომიკური განვითარების კუთხით; შესაბამისად, მოსახლეობის სოციალური დაცვა ქვეყნის ხელისუფლების ერთ-ერთი აქტუალური პრიორიტეტია, ხოლო სოციალური დაზღვევა აღნიშნულის განხორციელების მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტი. იგივე ითქმის ჯანმრთელობის დაცვასა და სამედიცინო დაზღვევაზე, როგორც სოციალური დაცვის და სოციალური დაზღვევის შემადგენელ ელემენტზე. ამიტომ, ქვეყანაში მოსახლეობის სოციალური დაცვა, მ.შ. ჯანმრთელობის დაცვა, ქვეყნის ხელისუფლების კონსტიტუციური უფლება და ვალდებულებაა.

თანამედროვე მსოფლიოში მედიცინის განვითარებასთან ერთად სულ უფრო და უფრო აქტუალური ხდება ადამიანების ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საკითხები. თითოეულ ქვეყანას საკუთარი მიდგომა აქვს შემუშავებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის მიზანია, საქართველოს მოსახლეობის სიცოცხლის მოსალოდნელი ხანგრძლივობის გაზრდა, დედათა და შვთა სიკვდილობის შემცირება, ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება, რომლის მიღწევაც შესაძლებელია ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე და თანამედროვე სამკურნალო საშუალებებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ფინანსური ტვირთის დაბალანსებული გადანაწილებისა და ფინანსური დაცულობის გაზრდის, არსებული რესურსების ეფექტურად გამოყენების, მოსახლეობის ჯანდაცვის საჭიროებებზე ადეკვატური რეაგირებისა და მოქნილი მმართველობის სისტემის ჩამოყალიბების გზით; მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სოციალური გარანტი არის სამედიცინო დაზღვევა. სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის საყოველთაო მოცვა გლობალური ჯანმრთელობის უმთავრეს პრიორიტეტს წარმოადგენს. საყოველთაო ჯანდაცვის პრინციპები განისაზღვრება, როგორც ჯანმრთელობის ხელშეწყობის, პრევენციის, მკურნალობის, რეაბილიტაციის და პალიატიური სერვისების გამოყენების შესაძლებლობა საჭიროების შემთხვევაში, ისე რომ მომსახურების მიღებამ არ გამოიწვიოს

პაციენტის ფინანსური ტვირთის გაზრდა. იგი წარმოადგენს უკეთესი ჯანმრთელობის იმედს და სიღარიბისაგან დაცვის შესაძლებლობას ასობით მილიონი ადამიანისათვის.

მსოფლიოში არსებული გამოცდილებით, უნივერსალური დაზღვევის განვითარება რთული, თანდათანობითი პროცესია და მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული იმაზე, თუ რამდენად შეესაბამება ქვეყანაში არსებული სხვადასხვა, საჭირო რესურსი უნივერსალური ჯანდაცვის მოთხოვნებს. აღნიშნული საკითხი მნიშვნელოვანია როგორც განვითარებადი, ასევე განვითარებული ქვეყნებისათვისაც. შედარებისათვის, განვითარებულ ქვეყნებში ჯანმრთელობაზე საშუალოდ 2500 აშშ დოლარი იხარჯება თითო სულზე, ხოლო დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნებში - 15 აშშ დოლარზე ნაკლები [21. OECD]. გარდა ამისა, დაბალი შემოსავლის მქონე ქვეყნების უმეტესობა გაცილებით უფრო ნაკლებს ხარჯავს ჯანმრთელობაზე ზრუნვისთვის. მაგალითად, ისეთი დაბალშემოსავლიანი ქვეყანა, როგორიცაა ზანგლადეში დაახლოებით 5 დოლარს ხარჯავს თითო სულზე [22. World Bank]. აქვე გასათვალისწინებელია, რომ განვითარებად ქვეყნებში ბაზისური პაკეტით შედარებით ნაკლები სერვისებია მოცული, ვიდრე განვითარებულ ქვეყნებში. ამ სერვისების ძალიან დიდი რაოდენობა საზოგადოების ჯანმრთელობაზე ან პირველად ჯანდაცვაზეა ორიენტირებული და ძვირადღირებული სამედიცინო სერვისები მასში არ შედის. უნივერსალური მოცვა გულისხმობს მოსახლეობის არა მარტო ფინანსური რისკებისაგან დაცვას, არამედ მათთვის მაღალხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიწოდების გარანტიას და ჯანმრთელობის უფლების სამართლიან და თანაბარ უზრუნველყოფას ყველა ადამიანისათვის. უნივერსალური მოცვის იდეა გაცხადებული იყო ჯერ კიდევ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) 1948 წლის კონსტიტუციით, როდესაც ჯანმრთელობა გამოცხადდა ადამიანის ფუნდამენტურ უფლებად. 1978 წელს ალმა-ატაში კიდევ ერთხელ გაესვა ხაზი მის მნიშვნელობას სტრატეგიით „ჯანმრთელობა ყველასათვის“, როგორც ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების, მშვიდობისა და სტაბილურობის განმტკიცების ხელშეწყობის აღიარებას მთელ მსოფლიოში. 1993 წელს მსოფლიო ბანკის მიერ მომზადებული მსოფლიოს განვითარების ანგარიშით წარმოჩინდა ჯანდაცვაში ინვესტირების მნიშვნელობა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ 2010 წლის ჯანმრთელობის მსოფლიო მოხსენებაში ასახა ქვეყნების მიერ ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემების რეფორმირების ის გზები, რომელმაც უნდა უზრუნველყოს უფრო უნივერსალური მოცვისკენ სწრაფი წინსვლა და მიღწეული შედეგების შენარჩუნება.

უკანასკნელი სამი წლის განმავლობაში უნივერსალური ჯანდაცვის გლობალური მოძრაობა მნიშვნელოვნად გააქტიურდა 2012 წლის ჯანმრთელობის მსოფლიო ასამბლეის და გაეროს გენერალური ასამბლეის რეზოლუციებით ჯანმრთელობის უნივერსალურ მოცვასთან დაკავშირებით, რომელიც მოუწოდებს წევრ ქვეყნებს, სამოქალაქო სექტორს და საერთაშორისო ორგანიზაციებს სწრაფად და მნიშვნელოვნად გაააქტიურონ ძალისხმევა მაღალხარისხიანი ჯანდაცვის სერვისების საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფისათვის.

2014 წლის მაისში გაეროს, მსოფლიო ბანკის ჯგუფისა და ჯანმოს მიერ შემუშავდა ერთობლივი ჩარჩო ჯანმრთელობის უნივერსალური მოცვის მიღწევების მონიტორინგისათვის ორი მიმართულებით:

- 1) ფინანსური დაცვა: 2030 წლისთვის არავინ უნდა გაღარიბდეს ან ცხოვრობდეს სიღარიბეში სამედიცინო მომსახურებაზე გაწეული ხარჯების გამო.**
- 2) სერვისების მიწოდება: 2030 წლისთვის ყველა ადამიანს უნდა ჰქონდეს ხელმისაწვდომობა აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე.**

დღეისათვის ყველა მაღალგანვითარებული ქვეყანა, გარდა ამერიკის შეერთებული შტატებისა (რომელიც პრეზიდენტ ობამას რეფორმის კონცეფციის შემდგომ , აქეთკენ მიდის), უზრუნველყოფილია უნივერსალური ჯანდაცვით, 30-ზე მეტი საშუალო განვითარების მქონე ქვეყანამ წარმატებით განახორციელა უნივერსალური ხელმისაწვდომობის სხვადასხვა სქემა, ხოლო ბევრი დაბალი განვითარების ქვეყანა უკვე იწყებს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამების დანერგვას.

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

ჯანდაცვის არაპირდაპირი გადასახადების სისტემა არის ორი სახის: დაზღვევა, რომლის დროსაც დაზღვეულები იხდიან სადაზღვევო შენატანებს და ზოგადი გადასახადების სისტემა, რომელსაც იხდის მოსახლეობის ნაწილი, ან მთელი მოსახლეობა. ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების შემთხვევაში მთელი მოსახლეობა, ან მოსახლეობის ნაწილი მოცულია, მიუხედავად იმისა, ისინი იხდიან თუ არა გადასახადებს. უნივერსალური დაფინანსება

მჭიდროდ არის დაკავშირებული გადასახადების სისტემის ადმინისტრირების უნართან. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ განვითარებულ ქვეყნებში გადასახადებით გროვდება მთლიანი შიდა პროდუქტის 30%, მაშინ როცა დაბალშემოსავლიან ქვეყნებში ეს მაჩვენებელი 20%- დან 5%-მდე მერყეობს [17.WHO]

საქართველოში სამედიცინო დაზღვევა ხორციელდება „სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევისა“ და „ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის“ სახით.

სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა თავის მხრივ რეალიზდება: „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით“ და ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო ე.წ. „ვერტიკალური პროგრამებით“, რომელშიც შედის: 1.დაავადებათა ადრეული გამოვლენა და სკრინინგი, 2.იმუნიზაცია, 3.ეპიდზედამხედველობა, 4.უსაფრთხო სისხლი, 5.პროფესიულ დაავადებათა პრევენცია, 6.ინფექციურ დაავადებათა მართვა(რომელიც შემდგომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში გაადავიდა), 7.ტუბერკულოზის მართვა, 8.აივ-ინფექცია/შიდსის მართვა, 9.დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა, 10.ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობა, 11.ჯანმრთელობის ხელშეწყობა, 12.ფსიქიკური ჯანმრთელობა, 13.დიაბეტის მართვა, 14.ბავშვთა ონკოპემატოლოგიური მომსახურება, 15.დიალიზი და თირკმლის ტრანსპლანტაცია, 16.ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა, 17.იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობა, 18.სასწრაფო გადაუდებელი დახმარება და სამედიცინო ტრანსპორტირება, 19.სოფლის ექიმი, 20.რეფერალური მომსახურება, 21.სამხედრო ძალებში გასაწევ მოქალაქეთა სამედიცინო შემოწმება, 22. ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტებით უზრუნველყოფის პროგრამა.

ჯანდაცვის სფეროს პოლიტიკისა და პროგრამების, მათ შორის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის რეალიზება და შემდგომი განვითარება უზრუნველყოფს მოსახლეობის ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯებისა და გღარიბების რისკების შემცირებას. მისდამი ინტერესი მაღალია მოსახლეობის ყველა ფენაში, როგორც მოსარგებლეებში, ასევე სამედიცინო პერსონალში; სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა და რაღა თქმა უნდა, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, ჯერ კიდევ ჩამოყალიბების პროცესშია, აქვს მრავალი დაბრკოლება და პრობლემა, სწორედ ამიტომ, თანამედროვე ეტაპზე აქტუალურია ქვეყნის სავალდებულო

სამედიცინო დაზღვევის სისტემის ანალიზი და პრობლემათა გამოვლენა, რომელთა შესწავლის გარეშე შეუძლებელია მათი გადაჭრის გზების დასახვა.

1.2. კვლევის მიზანი და ამოცანები, ჰიპოთეზა.

ზემოთაღნიშნულის გათვალისწინებით, კვლევის მიზანია საქართველოში სამედიცინო დაზღვევის სისტემის ჩამოყალიბების ძირითადი ეტაპების, სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემის განვითარების შესწავლა, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ჩამოყალიბებისა და განვითარების ტენდენციების წარმოჩენა, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გამოწვევების შესწავლა, კომპლექსური შეფასება, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით მოსარგებლეთა და სამედიცინო პერსონალის კმაყოფილების დონის განსაზღვრა თბილისში და რეგიონებში, მიღებული მონაცემების საფუძველზე, არსებული მდგომარეობის გათვალისწინებით რეკომენდაციების შემუშავება, რაც ხელს შეუწყობს პროგრამის ეფექტურ და შეუფერხებელ ფუნქციონირებას.

დასახული მიზნის მისაღწევად კვლევის პროცესში გადაწყვეტილია შემდეგი ამოცანები:

1. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ძირითადი თავისებურებები
2. განვითარებულ ქვეყნებში მოქმედი სამედიცინო დაზღვევის სისტემების მეცნიერული ანალიზი.
3. საქართველოში სადაზღვევო მედიცინის განვითარების ძირითადი ტენდენციების ანალიზი.
4. სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შესახებ ლიტერატურული წყაროების მოძიება, სისტემატიზაცია და განხილვა.
5. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის აღწერა(მიზანი, ამოცანები, ადმინისტრირების წესები, დაფინანსება და სხვა.)
6. ჯანდაცვის სფეროში, სახელმწიფოს მიერ, მოსახლეობის წინაშე ნაკისრი ვალდებულებების მოცულობა და სამედიცინო სერვისების მიწოდების წესების შესწავლა - ანალიზი.
7. კვლევის ჩატარება:
 - ა) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფუნქციური მახასიათებლებით, სამედიცინო პერსონალის კმაყოფილების დონის განსაზღვრა თბილისში და რეგიონებში.
 - ბ) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლეთა კმაყოფილების კვლევა, ამავე პროგრამის ფარგლებში მიღებული გეგმიური და გადაუდებელი ამბულატორიული და ჰოსპიტალური მომსახურებებით თბილისში და რეგიონებში.

8. დასკვნებისა და რეკომენდაციების მომზადება.

ჰიპოთეზა - ნაშრომზე მუშაობის დაწყებამდე, ამბულატორიულ და ჰოსპიტალურ სექტორებში დასაქმებულ სამედიცინო პერსონალთან გასაუბრების დროს, გამოიკვეთა განსხვავებული სურათი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფუნქციური მახასიათებლებით კმაყოფილების დონის შესახებ, სავარაუდოა, რომ ამბულატორიულ სექტორში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი, უფრო უკმაყოფილოა, ვიდრე ჰოსპიტალურ სექტორში, ისევე როგორც რაიონების სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი, უფრო უკმაყოფილოა, ვიდრე დიდ ქალაქებში(განსაკუთრებით კი თბილისში) დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი;

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, როგორც მოსარგებლებთან წინასწარი გასაუბრებისას გამოიკვეთა, სავარაუდოა, რომ მათი ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე გაიზარდა, თუმცა აღნიშნულ პროგრამის ფუნქციონირებაში არსებობს გარკვეული ხარვეზები, რომელთა გამოვლენა და დახვეწა მნიშვნელოვანია.

1.3. კვლევის სამეცნიერო სიახლე:

1. პირველად საქართველოში განხორციელდა სადაზღვევო მედიცინის განვითარების ძირითადი ეტაპების კომპლექსური შესწავლა;
2. განხორციელდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის აღწერა, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ეფექტების, გამოწვევებისა და მათი დამლევის გზების ანალიზი;
3. განხორციელდა კვლევა- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფუნქციური მახასიათებლებით, სამედიცინო პერსონალის კმაყოფილების დონის განსაზღვრა თბილისში და რეგიონებში, ასევე საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლეთა კმაყოფილების კვლევა, ამავე პროგრამის ფარგლებში მიღებული გეგმიური და გადაუდებელი ამბულატორიული და ჰოსპიტალური მომსახურებებით თბილისში და რეგიონებში, მათი მოთხოვნების, საჭიროებების, ხარვეზების, გამოვლენა და შესაბამისად დასკვნებისა და რეკომენდაციების მომზადება.

1.4. სადისერტაციო ნაშრომის თემაზე დისერტანტის მიერ გამოქვეყნებული სამეცნიერო ნაშრომების ჩამონათვალი

1. Chkhaidze B, Loria L. Evaluation of the Functional Characteristics of the Universal Healthcare Program by Medical Personnel in Tbilisi. Georgian Medical News, 2024, 9:160-164. https://www.geomednews.com/Articles/2024/9_2024/160-164.pdf
2. Chkhaidze B, Loria L. Assessment of Nurses' Satisfaction under the Universal Health Care Program. Scientific Journal „Spectri“, 2025, 10(2). DOI: 10.52340/spectri.2024.10.01.07.
3. Chkhaidze B, Loria L. Assessment of patient satisfaction with medical services. Experimental and Clinical Medicine Georgia, N1, 2025 (in print).

1.5. სადისერტაციო ნაშრომის მოცულობა და სტრუქტურა

დისერტაცია შედგება 6 თავისაგან. წარმოდგენილია შესავალი, ლიტერატურის მიმოხილვა, კვლევის მასალა და მეთოდები, კვლევის ძირითადი შედეგები, დასკვნები, რეკომენდაციები, გამოყენებული ლიტერატურა, სამეცნიერო ნაშრომების სია, და დანართი CD-ზე. ნაშრომი ილუსტრირებულია 6 სურათით, 27 ცხრილითა და 29 დიაგრამით.

თავი 2. სამედიცინო დაზღვევა

2.1. სამედიცინო დაზღვევის არსი, პრინციპები, ტერმინთა განმარტება

ზოგადად, „დაზღვევა“ ეს არის ეკონომიკურ მექანიზმი, რომლის მეშვეობითაც ხორციელდება გაუთვალისწინებელი მოვლენებით (სტიქიური უბედურება, უბედური შემთხვევა, მარჩენალის სიკვდილი, შრომისუნარიანობის დაკარგვა) გამოწვეული მატერიალური ზარალის ანაზღაურება დაწესებულებებისთვის, ორგანიზაციებისთვის, საწარმოებისთვის და მოქალაქეებისთვის. (ურუშაძე რ. „საზოგადოებრივი ჯანდაცვა“, თბილისი, 2002);

სამედიცინო დაზღვევა (health insurance) მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის სოციალური გარანტიაა, რომლის მიზანია სადაზღვევო შესატანებისა და აკუმულირებული ფულადი სახსრების მეშვეობით სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას ხელშეკრულების საფუძველზე პირისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება.

სამედიცინო დაზღვევის ობიექტია სადაზღვევო რისკი, რომელიც დაკავშირებულია სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მოსალოდნელ დანახარჯებთან.

სამედიცინო დაზღვევის სუბიექტები არიან: ა) დაზღვეული – პირი ან პირთა ჯგუფი, ვის სასარგებლოდაც ხორციელდება დაზღვევა; ბ) დამზღვევი – დამქირავებელი, სახელმწიფო, ვინც იხდის სადაზღვევო შესატანს დაზღვეულის სასარგებლოდ; გ) მზღვეველი – სადაზღვევო ორგანიზაცია, რომელსაც აქვს სამედიცინო დაზღვევის ლიცენზია. სამედიცინო დაზღვევა ხორციელდება ხელშეკრულების ფორმით. სამედიცინო დაზღვევის ხელშეკრულება იდება სამედიცინო დაზღვევის სუბიექტებს შორის, რომლებმაც ზუსტად უნდა შეასრულონ ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულებები.

ზოგადად, დაზღვევის ურთიერთობის მონაწილენი არიან:

მზღვეველი - შეზღუდული პასუხისმგებლობის ან სააქციო საზოგადოების ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმის იურიდიული პირი, რომელიც შექმნილია სადაზღვევო საქმიანობის განხორციელებისათვის და რომელსაც ამ კანონით დადგენილი წესით მიღებული აქვს დაზღვევის შესაბამისი სახეობის განხორციელების ლიცენზია.

დამზღვევი - ფიზიკური ან იურიდიული პირი, რომელმაც დადო დაზღვევის ხელშეკრულება მზღვეველთან.

დაზღვეული - ფიზიკური ან იურიდიული პირი, რომლის მიმართაც ხორციელდება დაზღვევა. დამზღვევი შეიძლება იმავდროულად იყოს დაზღვეული, თუ დაზღვევის ხელშეკრულებით სხვა რამ არ არის გათვალისწინებული.

მოსარგებლე - ფიზიკური ან იურიდიული პირი, რომელიც დაზღვევის ხელშეკრულების ან სავალდებულო დაზღვევის შესახებ კანონმდებლობის თანახმად იღებს სადაზღვევო ანაზღაურებას.

სადაზღვევო აგენტი - ფიზიკური ან იურიდიული პირი, რომელიც მოქმედებს მზღვეველის დავალებით და სახელით მისთვის მზღვეველის მიერ მინიჭებული უფლებამოსილების ფარგლებში.

სადაზღვევო ბროკერი - ფიზიკური ან იურიდიული პირი, რომელიც ლიცენზიის შესაბამისად ახორციელებს დაზღვევის სფეროში საშუამავლო საქმიანობას, როგორც თავისი სამეწარმეო საქმიანობის სახეობას.

დაზღვევის სფეროში გამოყენებული ტერმინების მოკლე განმარტება:

სადაზღვევო რისკი - მოვლენა, რომელიც შეიცავს მისი დადგომის შესაძლებლობის და შემთხვევითობის ნიშნებს და რომლის გამოც ხდება დაზღვევა.

სადაზღვევო შემთხვევა - მოვლენა, რომლის დადგომისას სადაზღვევო ხელშეკრულება ითვალისწინებს სადაზღვევო ანაზღაურების გადახდას.

სადაზღვევო პოლისი - მზღვეველის მიერ გაცემული დაზღვევის ან გადაზღვევის ხელშეკრულება, რომელიც წარმოადგენს განხორციელებული დაზღვევის დამადასტურებელ საბუთს და დამზღვევს უფლებას აძლევს სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას მოითხოვოს სადაზღვევო ანაზღაურება ან სადაზღვევო თანხა.

გადაზღვევა - ოპერაცია ორ სადაზღვევო კომპანიას შორის, რომლის დროსაც დაზღვევის (გადაზღვევის) ხელშეკრულებით ერთ-ერთი მხარე თავის თავზე იღებს რისკის ნაწილს სადაზღვევო პრემიის გადახდის სანაცვლოდ.

სარეზერვო ფონდი-არის სადაზღვევო საქმის აუცილებელი შემადგენელი ნაწილი. სარეზერვო კაპიტალის ოდენობა, ყოველი ქვეყნის კანონმდებლობის მიერ არის დაკანონებული.

სადაზღვევო აქტი - დოკუმენტი, რომელიც გაფორმებულია სადაზღვევო კომპანიის მიერ დადგენილი წესით და ადასტურებს სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის ფაქტს და მოხდენის მიზეზს, გვიჩვენებს ზარალის ოდენობას, რომლის საფუძველზეც გაიცემა სადაზღვევო ანაზღაურება.

სადაზღვევო ზარალი - დაზღვეული ქონებისთვის სადაზღვევო შემთხვევის შედეგად მიყენებული მატერიალური ზიანი.

სადაზღვევო შენატანი - დაზღვევის გადასახადი, რომლის გადახდა დადგენილი პერიოდულობით ევალება დამზღვევს მზღვეველის სასარგებლოდ მათ შორის გაფორმებულ სადაზღვევო ხელშეკრულებაში დათქმული პირობების შესაბამისად. სადაზღვევო შენატანს დაზღვევის პრაქტიკაში უწოდებენ **სადაზღვევო პრემიას**.

პროპორციული პასუხისმგებლობის სისტემა - სადაზღვევო უზრუნველყოფის ორგანიზაციული ფორმა. იგი გულისხმობს წინასწარ ფიქსირებული წილის საშუალებით სადაზღვევო ანაზღაურებას. მაგალითად: თუ სადაზღვევო თანხა შეადგენს სადაზღვევო ობიექტის ღირებულების 80%-ს, მაშინ სადაზღვევო ანაზღაურება შეადგენს ზარალის 80%-ს. ზარალის დარჩენილი ნაწილი (ამ შემთხვევაში 20%) რჩება როგორც მზღვეველის რისკი. ზარალის დასაფარავი მზღვეველის მითითებული წილი წარმოადგენს ფრანშიზას.

სადაზღვევო ტარიფი - დაკავშირებულია სადაზღვევო შენატანთან და გულისხმობს სადაზღვევო თანხის ან დაზღვევის ობიექტის ერთეულიდან სადაზღვევო შენატანის განაკვეთს, რომლის მეშვეობითაც გაიანგარიშება დამზღვევის მიერ მზღვეველისათვის რეგულარულად გადახდილი თანხის სიდიდე. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ სადაზღვევო ტარიფები განსხვავებულია, რამდენადაც იგი დამოკიდებულია დაზღვევის ფორმაზე. კერძოდ, სავალდებულო დაზღვევის დროს სადაზღვევო ტარიფები კანონითაა დადგენილი, ხოლო ნებაყოფლობითი დაზღვევისას ტარიფებს განსაზღვრავს მზღვეველი, რომელიც დამზღვევთან შეთანხმებით, დაფიქსირდება სადაზღვევო ხელშეკრულებაში.

თანადაზღვევა - არის ისეთი სადაზღვევო მოქმედება, როდესაც ერთი სადაზღვევო ობიექტი, თავისი სიდიდის თუ სხვა გარემოების გამო, შეიძლება ერთი ხელშეკრულებით დაზღვეულ იქნეს რამდენიმე მზღვეველის მიერ ერთობლივად. სამედიცინო დაზღვევის ობიექტს წარმოადგენს დაზღვევა რომელიც დაკავშირებულია დაზღვეულის სიცოცხლესთან,

ჯანმრთელობასთან, შრომისუნარიანობასთან, საპენსიო უზრუნველყოფასთან და სხვა პირად ინტერესებთან (პირადი დაზღვევა).

1.2 სამედიცინო დაზღვევის განვითარების ისტორია

დაზღვევის წარმოშობის ზუსტი თარიღის დადგენა შეუძლებელია, რადგანაც მისი ისტორია უძველესია. საზოგადოებრივი ფორმაციის ნებისმიერ საფეხურზე არსებობდა ურთიერთდახმარების ტრადიცია. სტიქიური უბედურებებისა თუ ავადმყოფობის დროს ადამიანები ერთიანდნენ თავიანთ ძალებს, შესაძლებლობებს, სახსრებს, რათა დახმარებოდნენ დაზარალებულებს, ღარიბებს, ობლებს და ავადმყოფებს. ჯერ კიდევ უძველესი დროიდან მოქმედებდა გარკვეული კანონზომიერებები, რომლებიც არეგულირებდნენ სოციალური და სამედიცინო დახმარების გაწევას. მართალია პრიმიტიულ დონეზე, მაგრამ ხდებოდა ინდივიდუალური რისკის საზოგადოების სხვადასხვა ფენებზე გადანაწილება. მოუსავლიანობისა და ომიანობის პირობებში მოსახლეობის გადასარჩენად ეფექტურ საშუალებას წარმოადგენდა საერთო მარაგის შექმნა. ამისათვის მშვიდობიან პერიოდში საზოგადოებისგან იკრიფებოდა გადასახადი და იქმნებოდა ფონდები. ამგვარად, საერთო ფონდის პრინციპი უძველესი დროიდან გამყარდა კაცობრიობის ცნობიერებაში. კაცობრიობის განვითარებასთან ერთად შეინიშნებოდა ადამიანის სიცოცხლის გახანგრძლივება, რაც თავისთავად იწვევდა სამედიცინო დახმარებაზე მოთხოვნილების ზრდას. ხშირ შემთხვევაში ადამიანებს არ შეეძლოთ მკურნალობისათვის საჭირო თანხების გადახდა და შესაბამისად ვერ იღებდნენ სათანადო მკურნალობას. მაშინ წარმოიშვა იდეა საერთო ფონდების შექმნის შესახებ, სადაც ადამიანები ერთიანდებოდნენ ნათესაური, პროფესიული, ან ტერიტორიული ნიშნებით და სამედიცინო დახმარებისათვის განკუთვნილ საერთო ფონდში აგროვებდნენ საჭირო თანხებს. ასეთი მარტივი სახით შეიძლება წარმოვიდგინოთ სისტემის ჩამოყალიბება, რომელსაც ჩვენ სამედიცინო დაზღვევას ვუწოდებთ. დაზღვევის ცალკეული ელემენტები ჯერ კიდევ ძველ ეგვიპტესა და რომის იმპერიაში არსებობდა. მაგალითად, ძველ ეგვიპტეში (ძვ. წ. IV ათასწლეული) შეიქმნა ქვისმთლელთა ურთიერთდახმარების ფონდები. ძველ რომში სხვადასხვა პროფესიულ ჯგუფებში (ე.წ. კოლეგიები), ფართოდ იყო გავრცელებული ურთიერთდაზღვევა. წესის მიხედვით, კოლეგიაში გაწევრიანებისას, ახალ წევრს უნდა გადაეხადა ერთდროული, ხოლო შემდეგ

ყოველთვიური გადასახადი. კოლეგიების სალაროები ხმარდებოდა გარდაცვლილთა დაკრძალვასთან, რელიგიური დღესასწაულების ჩატარებასთან დაკავშირებული ხარჯების დაფარვას. სამხედრო კოლეგიებში ყოველთვიური შესატანებით დაგროვილი თანხები ხმარდებოდა სამხედრო მოსამსახურეებს (ადგილის შეცვლის ან ჯარიდან დათხოვნისას). რომაელი საზოგადო მოღვაწისა და ისტორიკოსის ტერტულიანეს (დაახლ. ჩვ. წ. 200 წ.) მიერ მოწოდებული ცნობებით, რომის იმპერიის მსგავსად საბერძნეთშიც იქმნებოდა სპეციალური ფონდები, სადაც დაგროვილი თანხებით შესაძლებელი ხდებოდა სამედიცინო დახმარების გაწევა ავადმყოფებზე, ღარიბ ფენებზე. შუა საუკუნეებში, დასავლეთ ევროპის მონასტრებთან არსებული საავადმყოფოებისათვის სისტემატურად გროვდებოდა გარკვეული შესაწირი. აღსანიშნავია, რომ საქართველოში, დავით აღმაშენებლის მეფობის დროს (XI ს.) სასწრაფოების წამლებითა და სამედიცინო ინვენტარით მომარაგება ხდებოდა სამეფო ხაზინის ხარჯზე. მნიშვნელოვან როლს თამაშობდნენ რელიგიური ინსტიტუტები. ეკლესია უზრუნველყოფდა მოსახლეობის სოციალური დახმარების სხვადასხვა ფორმების დანერგვას, რომლებიც დაფუძნებული იყო ქრისტიანული თანასწორობის უნივერსალურ პრინციპებზე. რენესანსის გზაზე მყოფი საქართველოს სამეფო ფინანსური ურთიერთობების განვითარებულ სახეობებს იყენებდა ყოველდღიურ ცხოვრებაში და რომ არა გარეშე მტრების შემოსევები, საქართველო შეიძლება გამხდარიყო როგორც პარლამენტარიზმის ისე სადაზღვევო, საბანკო საქმეების სათავე მსოფლიოში. XV ს-ის ბოლოს, ევროპელების მიერ აზიაში და ამერიკაში დიდი საზღვაო მოგზაურობების დაწყების ხანაში, რომლებმაც "სავაჭრო რევოლუცია", ხოლო მოგვიანებით "სამრეწველო რევოლუცია" განაპირობეს, შეიქმნა კაპიტალის შენახვის ახალი ფორმები, მათ შორის ქონების და გადაზიდვების დაზღვევა. ჩამოყალიბდნენ პირველი სადაზღვევო ამხანაგობები, რომლებიც ბანკებთან და ბირჟებთან ერთად ახალი საზოგადოებრივ-ეკონომიკური ფორმაციის განუყოფელი ნაწილი გახდნენ. კაპიტალისტური საზოგადოების განვითარების საწყის ეტაპზე დაზღვევის ძირითად ფორმას წარმოადგენდა საზღვაო დაზღვევა. შორ გზებზე საზღვაო მოგზაურობა ყოველთვის შეიცავდა რისკს (ქარიშხლები, ჭარბი ტვირთის და გაუმართავი, ან დაზიანებული კონსტრუქციის გამო ჩადირვები). კრედიტორი გემის მფლობელს საზღვაო მოგზაურობისათვის აძლევდა თანხას იმ პირობით, რომ მშვიდობიანად დაბრუნების შემთხვევაში აღნიშნული თანხა უკან უნდა დაბრუნებოდა შეთანხმებული პროცენტების გადახდით. XIV საუკუნეში საზღვაო სესხის რთული ნოტარიალური ფორმა შეცვლილ იქნა ფულადი პოლისით, რომელსაც დამზღვევი აძლევდა გემის მფლობელს დადებული ხელშეკრულების დასამტკიცებლად. პირველი პოლისი

გაცემულ იქნა ბარსელონაში 1374 წელს. 1468 წელს მიღებულ იქნა საზღვაო დაზღვევის ვენეციის კოდექსი. 1584 წელს მარსელში გაიცა სადაზღვევო პოლისი, იგი უზრუნველყოფდა მარსელიდან ტრიპოლში მიმავალი სანაოსნო ტვირთის დაცვას. კრედიტორები, რომლებიც დიდ ფულს დებდნენ სარისკო მოგზაურობებისათვის, მიზანშეწონილად მიიჩნევდნენ ერთმანეთში გადაენაწილებინათ რისკი. გაჩნდა “საერთო რისკის”, “საერთო ფონდის” ცნება. საზღვაო დაზღვევა განსაკუთრებით განვითარდა ინგლისში, სადაც 1601 წელს, ინგლისის დედოფალ ელიზაბეტ I მიერ მიღებულ იქნა პირველი სახელმწიფო სამართლებრივი დოკუმენტი, პარლამენტის აქტი, რომელიც არეგულირებდა დაზღვევის მექანიზმებს. აქტის შესაბამისად შეიქმნა სპეციალური სასამართლოები, რომლებიც საზღვაო დაზღვევის სფეროში დავების გარჩევას აწარმოებდა. გარდა ამისა, ელიზაბეტ I მიიღო აქტი სიღარიბის შესახებ, რომელმაც საფუძველი დაუდო ევროპის მრავალი ქვეყნის სოციალურ კანონმდებლობას. აქტით მიხედვით განისაზღვრა მოსახლეობის ღარიბი კატეგორია, რომელიც საჭიროებდა სოციალურ დახმარებას.

XVII საუკუნის 80-იან წლებში ინგლისში წარმოიქმნენ სახანძრო დაზღვევის პირველი სადაზღვევო ორგანიზაციები. მათ შექმნაში დიდი გავლენა მოახდინა 1666 წლის ლონდონის დიდმა ხანძარმა, რომელმაც 70 ათასი ადამიანი იმსხვერპლა. ხანძრის რისკი დიდი იყო ქალაქად, რადგან მჭიდროდ დასახლებულ ქალაქებში სახლების უმრავლესობა ხისგან იყო გაკეთებული, გარდა ამისა, ცეცხლი უზრუნველყოფდა გათბობას, საკვების მომზადებას, სანთლები გამოიყენებოდა გასანათებლად. 1688 წელს ედვარდ ლლოიდმა (გარდაიცვალა 1713 წელს) ლონდონში გახსნა ყავახანა, სადაც პროფესიული პრობლემების განსახილველად რეგულარულად იკრიბებოდნენ დამზღვევები, გემების მფლობელები, ვაჭრები. ყავახანა მალე გადაიქცა სადაზღვევო ბაზრის პროტოპიპად, ხოლო მისი მფლობელი ედვარდ ლლოიდი – სადაზღვევო კომპანიების ფუძემდებლად. 1696 წელს ედვარდ ლლოიდმა გამოსცა სადაზღვევო გაზეთი “Lloyd’s News”. ლლოიდმა პირველმა შემოიღო და გამოიყენა სატარიფო მახასიათებლები საზღვაო გადაზიდვების დაზღვევისათვის. ლლოიდის სახელი უკვდავყოფილია მსოფლიოს უმსხვილესი სადაზღვევო კორპორაციის “ლონდონის ლლოიდის” (Lloyd’s of London) სახელწოდებაში, რომელიც დღეს წარმოადგენს საერთაშორისო სადაზღვევო ბაზარს და საზღვაო ნაოსნობის და კომერციის უმსხვილეს საგამომცემლო ცენტრს. 1760 წელს ლლოიდის სისტემაში წარმოიქმნა მსოფლიოში პირველი საკლასიფიკაციო საზოგადოება – გემების რეგისტრი (ინგლისური ლლოიდის რეგისტრი). 1871 წელს ბრიტანეთის პარლამენტის აქტით

დამზღვევების გაერთიანებამ Lloyd's მიიღო დამზღვევების კორპორაციის სტატუსი. მალე საზღვაო დაზღვევის ორგანიზაციები შეიქმნენ საფრანგეთში (1686 წ., პარიზი), იტალიაში (1741 წ., გენუა), დანიაში (1746 წ.), შვეციაში (1750 წ.). საზღვაო გემების, ტვირთების და სახანძრო დაზღვევის პარალელურად ჩამოყალიბდნენ სიცოცხლის დაზღვევის ფონდები. სიცოცხლის დაზღვევის სამშობლოდ მიიჩნევენ ინგლისს, სადაც 1699 წელს შეიქმნა პროფესიული ორგანიზაცია, რომელიც ქვრივებისა და ობლების დაზღვევას ახორციელებდა. მოგვიანებით, 1762 წელს ინგლისში დაფუძნდა სიცოცხლის დაზღვევის სადაზღვევო კომპანია «Equitable Society». აღნიშნული კომპანიის დაარსების შემდეგ სიცოცხლის დაზღვევის კომპანიების რიცხვი მნიშვნელოვნად გაიზარდა. 1830 წლისათვის ინგლიში უკვე 35 მსხვილი სადაზღვევო ორგანიზაცია ფუნქციონირებდა. საბაზრო ურთიერთობების განვითარებასთან ერთად ეკლესიაზე დაფუძნებული სოციალური დახმარების სისტემა თანდათანობით სამოქალაქო სტრუქტურებმა შეცვალა. ევროპის კონტინენტზე სიცოცხლის დაზღვევის საზოგადოებები ჩამოყალიბდნენ საფრანგეთში (1819 წ.), ავსტრიაში და ბელგიაში (1824 წ.), გერმანიაში (1828 წ.) და ა. შ. ინდუსტრიალიზაციის ზრდის შედეგად გაჩნდნენ მსხვილი საწარმოები, ფაბრიკები, ჩამოყალიბდა ახალი სოციალური ჯგუფი მეწარმეების და დაქირავებული მუშების სახით. დაქირავებული მუშები ერთიანდებოდნენ ამხანაგობებად, ე. წ. გილდიებად, რომლებიც ურთიერთდახმარების საზოგადოებებს წარმოადგენდნენ და რომელთა წევრები ერთმანეთს უნდა დახმარებოდნენ ავადმყოფობის, ან ერთ-ერთი წევრის გარდაცვალების შემთხვევაში. ასე ჩამოყალიბდა მეწარმეთა სადაზღვევო სალაროები, რომლებიც მოგვიანებით ე. წ. საავადმყოფოთა სალაროების (Sickness Funds) წინამორბედი გახდა. საწარმოში დასაქმებულთა ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით მეპატრონე ხელშეკრულებით იწვევდა ექიმს, რომლის ანაზღაურება საავადმყოფოს სალაროების მეშვეობით ხორციელდებოდა. დროთა განმავლობაში, თანხების დიდი რაოდენობით დაგროვების გამო, შესაძლებელი გახდა ზოგ საწარმოებთან მძლავრი საავადმყოფოების აშენება. საავადმყოფო სალაროები (Sickness Funds) ძირითადად დამქირავებლებისა და დაქირავებულების შენატანებით იქმნებოდა. ყოველი წევრი ვალდებული იყო რეგულარულად გადაეხადა განსაზღვრული შენატანები. საკუთარი შემოსავლების დაცვის მიზნით იგი დაინტერესებული იყო სადაზღვევო სალაროში გაწევრიანებით, რადგანაც ავადმყოფობის დადგომისას მკურნალობის ხარჯებზე მოსალოდნელი რისკი თანაბრად ნაწილდებოდა წევრებს შორის. საავადმყოფოს სალაროს მართვა საზოგადოებრივ საწყისებზე ხორციელდებოდა. მას მართავდა საერთო კრება და გამგეობა. გამგეობაში შედიოდნენ როგორც დამქირავებულთა, ასევე დამქირავებელთა წარმომადგენლები. სალაროები თავიანთ წევრებს

ფულად დახმარებას სთავაზობდნენ, რის გამოც ისინი დაზღვეული იყვნენ არამართო უბედური შემთხვევისაგან, არამედ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული სხვა პრობლემებისაგან. საფრანგეთში სამუშაოს დაკარგვის, ავადმყოფობის ან პენსიაზე გასვლის შემთხვევაში 5000-ზე მეტი ურთიერთდახმარების საზოგადოება იყო შექმნილი. ასეთივე სახის სადაზღვევო ამხანაგობები იქმნებოდა დიდ ბრიტანეთში, ავსტრიაში, ბელგიაში, შვეიცარიაში, რუსეთში, სკანდინავიის ქვეყნებში...

გერმანია არის ქვეყანა, სადაც 1845 წელს პირველად შემოღებულ იქნა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის კანონი, რომელიც სამედიცინო დაზღვევას ავალდებულებდა გარკვეული პროფესიების (მაგრამ არა ყველას) და სპეციალობის პირებს.

გერმანიის კანცლერმა ოტო ფონ ბისმარკმა (1815-1898) 1881 წელს წარმოადგინა დასაქმებულთა და მათი ოჯახების ავადმყოფობისაგან სავალდებულო დაზღვევის პროგრამა, რომელსაც საფუძვლად დაედო 1883 წელს მიღებული კანონი რკინიგზის მუშაკთა კომპენსაციის შესახებ. პარლამენტმა 1883 წელს ცნო პატერნალიზმითა და იმპერატორის ქარტიით მოტივირებული პროგრამა და შესაბამისად შემოღებულ იქნა სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ სახელმწიფო კანონი. იგი მიზნად ისახავდა მუშათა ფენის ჯანმრთელობის გაუმჯობესებას, რომლებიც ითვლებოდნენ ქვეყნის პოტენციურ ჯარისკაცებად. მას შემდეგ ჯანდაცვის ორგანიზაციის სისტემას, რომელსაც საფუძვლად უდევს დაზღვევის პრინციპები უწოდებენ “ბისმარკის” სისტემას. კანონის თანახმად, წარმოების გარკვეულ სფეროებში დასაქმებულები, რომელთა საათობრივი ანაზღაურება მიაღწევდა კანონით დადგენილ საშემოსავლო ზღვარს, სავალდებულო წესით უნდა დაზღვეულიყო. სადაზღვევო ფონდების დაფინანსება ხორციელდებოდა დამქირავებელთა და დაქირავებულთა სადაზღვევო შენატანებით. დაზღვეულები დაავადების შემთხვევაში ღებულობდნენ შრომისუუნარობის ფურცელს, რომელიც გრძელდებოდა 13 კვირის განმავლობაში და შეადგენდა ხელფასის 50%-ს. დადგენილი იყო პირველადი სამედიცინო მომსახურების პუნქტების და სამკურნალო დაწესებულებების რაოდენობა, ხოლო საავადმყოფოების რაოდენობა კი დამოკიდებული იყო “სავადმყოფოთა საღაროებზე”. “სავადმყოფოთა საღაროები” წარმოადგენდნენ არამომგებიან ორგანიზაციებს. მათ ჰქონდათ სამედიცინო დაწესებულების შერჩევის და კონტრაქტების დადების უფლება. სახელმწიფოს როლი შემოიფარგლებოდა საკონონმდებლო სტანდარტების შემუშავებით. შემდგომ წლებში სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის პრინციპები გავრცელდა საწარმოო შემთხვევებსა და ინვალიდობასთან დაკავშირებულ რისკებზე. 1884 წელს მიღებულ იქნა კანონი

უბედური შემთხვევების დროს ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ, 1889 წელს ინვალიდთა და ხანდაზმულთა ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ, ხოლო 1927 წელს უმუშევართა დაზღვევის შესახებ. ბისმარკის მიერ მიღებულმა საკანონმდებლო აქტებმა ფაქტიურად შეცვალა ადრეული კაპიტალისტური საზოგადოება გერმანიაში, მთელს ევროპაში და შემდეგ მსოფლიოში. ექსპერტების აზრით ჯანმრთელობის დაზღვევის ჩამოყალიბებამ ხელი შეუწყო სოციალურად გაწონასწორებული საზოგადოების შექმნას. ო. ბისმარკის მიერ გადადგმულ ნაბიჯებს მოგვიანებით მოჰყვა ევროპის სხვადასხვა ქვეყნებში ავადმყოფობის, ინვალიდობის, სიბერის, უმუშევრობის შემთხვევაში დაზღვევის კანონების შემოღება. ასე, მაგალითად, მსგავსი კანონმდებლობა შემოღებულ იქნა ინგლისში (1911 წელს), საფრანგეთში (1930 წელს). ამ კანონების მიხედვით სადაზღვევო შენატანების ფორმირებაში დაქირავებულების გარდა მონაწილეობას იღებდნენ დამქირავებლები, მეწარმეები, ფაბრიკების, მანუფაქტურების მფლობელები, რომლებიც 25-დან 40 % სადაზღვევო შენატანებს იხდიდნენ. დაქირავებულებისა და დამქირავებლების გარდა, სადაზღვევო ფონდების დასაფინანსებლად სახელმწიფომაც დაიწყო მონაწილეობის მიღება სუბსიდიებისა და დოტაციების სახით, შემუშავდა ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პროგრამები. სოციალური დაცვის სისტემამ, რომელიც უზრუნველყოფდა მოსახლეობის საყოველთაო ხელმისაწვდომობას და უნივერსალობას სოციალური დაზღვევის სახელწოდება მიიღო. სახელმწიფოს რაც უფრო მეტი თანხა შეჰქონდა სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში, მით უფრო აკონტროლებდა პროცესს. ჯანმრთელობის რეგულირებადი დაზღვევის შექმნა გახდა სახელმწიფო ჯანდაცვის სისტემის ფორმირების ერთ ერთი მთავარი წინაპირობა ისეთ ქვეყნებში, როგორიცაა დიდი ბრიტანეთი, შვეცია, დანია, ირლანდია ("ბევერიჯის" მოდელი). გერმანიაში, ავსტრიაში, ბელგიაში, ნიდერლანდებში, შვეიცარიაში და ცენტრალური ევროპის სხვა ქვეყნებში ე. წ. "ბისმარკის" მოდელი გავრცელდა, რომლის დროსაც არსებით როლს თამაშობდა დამქირავებელთა ფინანსური მონაწილეობა, რომლებიც კანონით დადგენილ სადაზღვევო შენატანებს იხდიან სადაზღვევო ფონდებში. სადაზღვევო მედიცინის განვითარების ისტორია ნათლად ასახავს, თუ რა მჭიდრო კავშირი არსებობს ეკონომიკასა და პოლიტიკას შორის. ეს ორი ფაქტორი გადამწყვეტ გავლენას ახდენდა არამარტო დაზღვევის შემოღებაზე, არამედ მის განვითარებაზე, დაფინანსებაზე, ორგანიზაციაზე და პრიორიტეტების განსაზღვრაზე.

ცხრილი 1. სოციალური დაზღვევისა და უზრუნველყოფის შესახებ კანონების შემოღების წლები სხვადასხვა ქვეყნებში.

ქვეყანა	უზედური შემთხვევების დაზღვევა	ავადმყოფობის დაზღვევა	საპენსიო დაზღვევა	უმუშევრობის დაზღვევა	ოჯახების დახმარება	ჯანმრთელობის დაცვა
გერმანია	1884	1883	1889	1927	1954	1880
კანადა	1930	1971	1927	1940	1944	1972
საფრანგეთი	1898	1930	1905	1959	1932	1945
იტალია	1898	1928 1943	1919	1919	1961	1945
დიდი ბრიტანეთი	1887 1906	1911	1908	1911	1945	1948
შვედეთი	1901	1910	1913	1934	1947	1962
აშშ	1930	-	1935	1935	-	-
ესპანეთი	1900	1931	1921	1932	1939	1978

1911 წლის 15 იანვარს დიდ ბრიტანეთში მიღებულ იქნა “აქტი სახელმწიფო დაზღვევის შესახებ”, რომლის მიხედვით დაზღვეულთა გარკვეულ ჯგუფზე (დაბალშემოსავლიან პირებზე, რომელთა შემოსავალი დღეში 1,5 შილინგს არ აღემატებოდა) დაზღვევა ვრცელდებოდა სადაზღვევო შენატანების გარეშე. მოსახლეობის ამ ფენებზე დახმარება ხორციელდებოდა მეწარმეთა, აგრეთვე მაღალანაზღაურებადი დაქირავებულების შენატანების ხარჯზე. ამგვარად, 1911 წლის აქტის შედეგად დიდი ბრიტანეთის კანონმდებლობაში პირველად დაფიქსირდა საზოგადოებრივი სოლიდარობის პრინციპი, როდესაც მდიდარი იხდის ღარიბზე, ჯანმრთელი – ავადმყოფზე. დიდ ბრიტანეთში (აგრეთვე ევროპის ქვეყნებში) სადაზღვევო შენატანები გროვდებოდა საფოსტო უწყებების საშუალებით სპეციალური მარკების ყიდვის გზით, შემდეგ ეს სახსრები ეგზავნებოდა სადაზღვევო კომისრებს სადაზღვევო კომისიებში. სადაზღვევო კომისიები ახდენდნენ მიღებული თანხების (ფაქტიურად გადასახადების) ურთიერთდახმარების საზოგადოებებს შორის განაწილებას დაზღვეულთა რაოდენობის მიხედვით. ორი წლის შემდეგ (1913 წ.) ჩატარდა დიდი ბრიტანეთის სახელმწიფო დაზღვევის რეფორმა, რომლის შედეგად სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ფარავდა ავადმყოფობის და ინვალიდობის დაზღვევის ხარჯებს. აღნიშნული რეფორმა უფრო მოგვიანებით (1948 წ.) დიდ ბრიტანეთში ჯანდაცვის სახელმწიფო (ბიუჯეტური) სისტემის შექმნის წინაპირობა გახდა.

საფრანგეთში ჯანმრთელობის დაზღვევის ორგანიზაციის, მოხუცებულობის ასაკში და ინვალიდობისას პენსიების გაცემის შესახებ საკითხი ჯერ კიდევ კონვენტის დროს დაისვა, რომელმაც შექმნა “ნაციონალური კეთილმოქმედების წიგნი” და სპეციალური კანონი, რომელიც განსაზღვრავდა მოსახლეობის თუ რა კატეგორია უნდა მოხვედრილიყო რეესტრში. მაგრამ კონვენტმა ფინანსური თვალსაზრისით უარყო კანონის განხორციელება. საფრანგეთის ხელისუფლებამ მხოლოდ 100 წლის შემდეგ დაიწყო საფრანგეთის დიდი რევოლუციის პრინციპების განხორციელება. 1913 წელს საფრანგეთში მიღებულ იქნა კანონი უბედური შემთხვევების და პროფესიული დაავადებების დაზღვევების შესახებ, რომელმაც მნიშვნელოვანი როლი ითამაშა საფრანგეთში ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარებაში.

კანადის ჯანმრთელობის დაზღვევის ნაციონალური სისტემა 1946 წელს შეიქმნა. 1990-იან წლებში შეინიშნებოდა ჯანდაცვის ხარჯების ზრდა, რომელმაც მშპ-ის 10 %-ს გადააჭარბა (1991 წ.). იგი გამოწვეული იყო მოსახლეობის დაბერებით, მედიკამენტების გაძვირებით, ახალი მკირადღირებული სამედიცინო მოწყობილობების დანერგვით, აგრეთვე სახელმწიფოს მიერ გარანტირებული ჯანდაცვის სერვისების გაზრდით. ხარჯების შეკავების მიზნით რამოდენიმე საავადმყოფო დაიხურა, ზღვარი დაუწესდა ექიმთა შრომის ანაზღაურებას. კვალიფიცირებული კადრების გარკვეულმა ნაწილმა დატოვა ქვეყანა და სამუშაოდ ა.შ.შ-ში გადავიდა, სადაც მათი ანაზღაურება უფრო მაღალი იყო. შედეგად შეინიშნებოდა კვალიფიცირებული პერსონალის დეფიციტი, სამედიცინო დახმარების ხარისხის დაქვეითება, სამედიცინო მომსახურების დაცდის დროის (Waiting Time) მატება. ზოგჯერ ექიმები წყვეტდნენ სამუშაოს შრომის ანაზღაურებაზე ზღვარის დაწესების გამო. ჯანდაცვის სექტორში შექმნილი პრობლემების აღმოსაფხვრელად შეიქმნა ექსპერტთა კომისია, რომელსაც უნდა შეემუშავებინა კანადაში ჯანდაცვის რეფორმირების კონცეფცია. კომისიის რეკომენდაციით გაიზარდა ჯანდაცვაზე ფედერალური დანახარჯები, ხოლო მათ მიზნობრივ გამოყენებაზე დაწესდა მკაცრი მონიტორინგი. კომერციულ სტრუქტურებს ნება დართეს მონაწილეობა მიეღოთ სავალდებულო დაზღვევით გარანტირებული ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებაში, რომელსაც დააფინანსებდა სახელმწიფო. ამ რეკომენდაციას მხარს უჭერდა კანადის სამედიცინო ასოციაცია. კანადის ლიბერალურმა პარტიამ გადაწყვიტა მთელი მოსახლეობის საყოველთაო მოცვა კვალიფიცირებული სამედიცინო დახმარებით. 2000 წლის სექტემბერში დამტკიცებულ იქნა ჯანდაცვის სტრატეგიული გეგმა, რომელიც ითვალისწინებს პროვინციების მიერ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრების გაზრდას, სამედიცინო დაწესებულებების მატერიალურ-ტექნიკური და

საკადრო უზრუნველყოფის გაუმჯობესებას, ჯანდაცვის პროფილაქტიკური მიმართულების გაძლიერებას.

აღსანიშნავია სოციალური დაზღვევის სისტემის სტაბილური განვითარება იმ ქვეყნებში, სადაც განხორციელდა პოლიტიკური რეჟიმების ცვლა. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა განვითარებულია არამარტო განვითარებულ ქვეყნებში, იგი ფართოდ ინერგება განვითარებად ქვეყნებში (ვიეტნამი – 1993; ნიგერია – 1997; ტანზანია – 2001; განა – 2005) (ადამ უოგსტაფი, “ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის ხელახალი შესწავლა”, მსოფლიო ბანკი, 2007 წ.).

1.3. მსოფლიოში აპრობირებული სადაზღვევო მოდელები

დღეისათვის არსებული მეგაკაპიტალიზმის პირობებში მეცნიერები სულ უფრო და უფრო იკვლევენ ადამიანთა ცხოვრებისა და საქმიანობის სფეროებს, მ. შ. რა თქმა უნდა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს. ამერიკის შეერთებულ შტატებში განხორციელდა “მართვადი მედიცინის” (managed-care) სახელწოდებით ცნობილი დიდი ექსპერიმენტი. ევროპის ქვეყნები, მართალია ჯერ კიდევ იყენებენ ჯანდაცვის ადრეულ მოდელებს, მაგრამ ამ სფეროს კვლევა-ძიებაში ტოლს არ უდებენ ამერიკის შეერთებულ შტატებს - გერმანია დიდი ხანია ავითარებს ჯანდაცვის ბისმარკისეულ მოდელს, დიდი ბრიტანეთი - ბევერიჯის მოდელს, საფრანგეთი - სადაზღვევო და სოლიდარული დახმარების სისტემებს, ჰოლანდია - ყველა მოდელების ურთიერთშეხამებით ცდილობს ქვეყანაში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესებას, შვედეთში - დეცენტრალიზებულად წყვეტენ ჯანმრთელობის და მის დაზღვევის საკითხებს და ა. შ. თუმცა, ამ ქვეყნებშიც კი მოსახლეობის მხრიდან პერიოდულად გაისმის მთავრობის კრიტიკა მათი დამცავი სოციალური ღონისძიებების არასაკმარისობის შესახებ. ეს კი იმას ნიშნავს, რომ მოთხოვნები სოციალური უზრუნველყოფის მიმართ იზრდება. მისი ადრინდელი დონე აღარ აკმაყოფილებს მოსახლეობას. აქედან ის მარტივი დასკვნა კეთდება, რომ არათუ ჩვენნაირ განვითარებად, არამედ განვითარებულ ქვეყნებშიაც კი პერიოდულად დგება მოსახლეობის სოციალური უზრუნველყოფის სისტემის რეფორმირების აუცილებლობა, მოსახლეობის ცხოვრების შეცვლილი პირობებიდან გამომდინარე.

დღეს სამედიცინო დაზღვევა, როგორც ნებაყოფლობითი, ისე სავალდებულო, ფუნქციონირებს ყველა განვითარებულ ქვეყანაში, მაგრამ ისინი ერთმანეთისგან მკვეთრად განსხვავდება. მიუხედავად იმისა, რომ ისინი დაფუძნებული არიან ერთსა და იმავე პრინციპზე და ემსახურებიან ერთი და იგივე მიზანს. ამ განსხვავებათა უმრავლესობა განპირობებულია სოციალური, ეკონომიკური, ინსტიტუციონალური და იდეოლოგიური სისტემის უნიკალურობით, რომლის შიგნითაც მრავალი წლის მანძილზე ხდებოდა სავალდებულო და ნებაყოფლობითი სისტემის ჩამოყალიბება.

ამჟამად არსებულ სადაზღვევო სისტემებს შორის აღსანიშნავია ოთხი ძირითადი მოდელი:

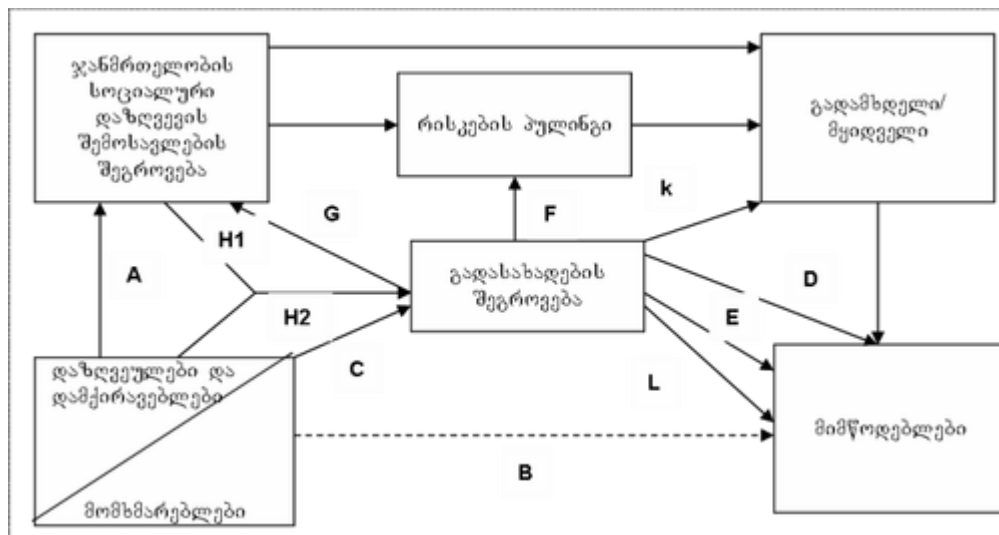
- ბისმარკის
- ბევერიჯის
- ჯანმრთელობის ეროვნული დაზღვევის მოდელი
- სამედიცინო მომსახურების ჯიბიდან გადახდის მოდელი

ბისმარკის მოდელი - გამოიყენება გერმანიაში, იაპონიაში, ბელგიაში, ჰოლანდიაში. ის საყოველთაო სადაზღვეო პრინციპით მომუშავე ჯანდაცვის სისტემაა, რომელიც გერმანიაში 1883 წელს ამოქმედდა. 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, სადაც შენატანების (პრემიები) ზომა არ არის დაკავშირებული დაზღვეული პირის რისკის დონესთან და გამოყოფილია სხვა სავალდებულო (კანონით დადგენილი) გადასახადებისაგან. ამ მეთოდით მიიღწევა ჯანმრთელობის დაზღვევით მოსახლეობის ფართო ფენების მოცვა და ხელმისაწვდომობა, ჯანდაცვის სტაბილური დაფინანსება (სურათი 1).

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მთავარი თავისებურებებია:

- ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა სავალდებულოა მოსახლეობის განსაზღვრული ნაწილისათვის, ან მთელი მოსახლეობისათვის, იგი მოიცავს როგორც დაქირავებულთ და მათი ოჯახის წევრებს, ასევე თვითდასაქმებულებს;

- დაზღვეული პირები იხდიან რეგულარულ სადაზღვევო შენატანებს, რომლის ზომა ხელფასზეა დამოკიდებული და არა დაზღვეულთა ჯანმრთელობის რისკზე. სადაზღვევო შენატანებს იხდიან როგორც დაქირავებულები, ასევე დამქირავებლები;
- საჭიროება და არა გადახდისუნარიანობა განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურების მიღების შესაძლებლობას (მინიმალური ბაზისური პაკეტი წინდაწინაა დადგენილი, დაზღვეულებს შეუძლიათ გადაიხადონ თანაგადახდა ან შეიძინონ დამატებითი სამედიცინო მომსახურება);



სურათი 1. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დაფინანსების სისტემა, ბისმარკის მოდელი

შენიშვნა: A – შენატანები (შემოსავალთან დაკავშირებული ან არდაკავშირებული); H1 და H2 – მიზნობრივი გადასახადები; B – კერძო დანახარჯები (თანაგადახდა სოციალურ დაზღვევაში, ნებაყოფლობითი დაზღვევა, ჯიბიდან გადახდა); C – გადასახადები (საერთო); G – გადასახადებიდან შემოსული შენატანები (ძირითადად უმუშევართათვის); F – ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მეშვეობით გაერთიანებული დაფინანსებისათვის საერთო სუბსიდიები; K – საერთო სუბსიდიები ცალკეული სამედიცინო ფონდებისათვის; L – იმ პირთა მომსახურების კომპენსაცია, რომლებიც არ არიან სოციალური დაზღვევის სისტემაში; E – სოციალური დაზღვევის მომსახურების კომპენსაცია რომელიც არ არის დაკავშირებული ჯანმრთელობასთან; D – გადახდა რომელიც არ არის დაკავშირებული მომსახურებასთან (ინვესტიციები და სხვა) და სუბსიდიები.

- სოციალური სოლიდარობა წარმოადგენს ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მთავარ პრინციპს. იგი გულისხმობს სისტემის შიგნით ჯვარედინ სუბსიდირებას,

მდიდარსა და ღარიბს, მაღალრისკიანსა და დაბალრისკიანს შორის. დაცულია რისკის კორექციის (risk adjustment) სქემა;

- შედარებით ნაკლებია მთავრობის მარეგულირებელი როლი. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მართვაში მთავრობა შედარებით ნაკლებ როლს თამაშობს. ფონდებს აქვთ გარკვეული ხარისხის ავტონომია, ხშირად ნახევრადდამოუკიდებელი (კვაზიდამოუკიდებელი) დაწესებულებებია;
- სოციალური დაზღვევის ფონდში შენატანები გამოყოფილია საერთო სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადების (საერთო გადასახადები) ან სხვა ლეგალური გადასახადებისაგან.

ამ მთავარი თავისებურებების გარდა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევისათვის დამახასიათებელია სხვა, საერთო, მაგრამ არააუცილებელი ნიშნებიც:

- სახელმწიფო სოციალურ მხარდაჭერას უწევს უმწეო მოსახლეობას (ბავშვები, მოხუცები, ინვალიდები). მოსახლეობის ამ ჯგუფებს სახელმწიფო მთლიანად ან ნაწილობრივ აფინანსებს (სუბსიდირება) საერთო გადასახადების მეშვეობით;
- დამქირავებლებს და დაქირავებულებს აქვთ გარკვეული პასუხისმგებლობა სადაზღვევო ფონდის მართვაში, თუმცა ამას ყოველთვის არ აქვს ადგილი;
- რამდენიმე ფონდის არსებობისას დაზღვეულებს შესაძლებლობა აქვთ (ან არ აქვთ) ამოირჩიონ მათთვის სასურველი ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდი;
- პაციენტებს უფლება აქვთ ამოირჩიონ ექიმი ან სამედიცინო დაწესებულება;
- სხვადასხვა ფონდებს შესაძლოა განსხვავებული, ან ერთნაირი ბაზისური პაკეტი გააჩნდეთ;
- ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ფონდებს უფლება არ აქვთ ბენეფიციარებს უარი უთხრან გაწევრიანებაზე.

ესა თუ ის ქვეყანა შეიძლება მიეკუთვნოს სოციალური დაზღვევის სისტემის ქვეყნების კატეგორიას, თუ მოსახლეობის უმრავლესობა მოცულია ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სქემით, სადაზღვევო შენატანები დამოკიდებული არ არის დაზღვეულის რისკზე და

იგი გამოყოფილია სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადების (საერთო გადასახადები) ან სხვა ლეგალური გადასახადებისაგან. არსებობს პირდაპირი კავშირი შენატანების გადახდასთან და სამედიცინო მომსახურების სარგებლების მიღებასთან, თუმცა არის გარკვეული გამონაკლისები (არასაკმარისი შემოსავლების მქონე ადამიანთა სადაზღვევო შენატანები შესაძლოა სახელმწიფომ დააფინანსოს, ამგვარად, ეს პირები შეიძლება მოცულ იქნენ სოციალური დაზღვევის სისტემით). შეიძლება დავასკვნათ, რომ მხოლოდ სადაზღვევო შენატანების გადახდითაა შესაძლებელი სამედიცინო მომსახურების მიღება. სწორედ ამაშია ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის განსხვავება სახელმწიფო ჯანდაცვის 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 უმრავლესობისათვის, ან მთელი მოსახლეობისათვის. მისი მიზანია მოსახლეობის უნივერსალური მოცვა. თუმცა, ნიდერლანდებში (რეფორმამდე) მაღალშემოსავლიან პირებს უფლება არ ქონდათ დაზღვეულიყვნენ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემაში; ასევე გერმანიაში (რეფორმამდე) მაღალშემოსავლიან პირებს სოციალურ და ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სქემებს შორის არჩევის უფლება ქონდათ.

სერვისების მიწოდებას აწარმოებს როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო პროვაიდერები. ხელშეკრულებებზე შეთანხმება ხორციელდება სოციალური სამედიცინო სადაზღვევო ფონდებსა და პროვაიდერების ასოციაციებს შორის. რამდენიმე ფონდის არსებობისას (მიუხედავად კონკურენციისა) გარანტირებულია რისკების გაერთიანება (Risk Pooling). სოლიდარობის პრინციპის დაცვის და რისკის კორექციის (risk adjustment) მიზნით, ფონდები რომლებიც აერთიანებენ დაბალრისკიან პირებს (სამედიცინო მომსახურების ნაკლები ხარჯები, მაღალშემოსავლიანი პირები) ახორციელებენ იმ ფონდების სუბსიდირებას, რომელთა დაზღვეულები შედარებით მაღალი რისკით გამოირჩევიან (სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარჯები, დაბალშემოსავლიანი პირები). რისკის კორექციის მექანიზმი და კონკურენციის რეგულირება პოლიტიკური და იურიდიული თვალსაზრისით სირთულეს წარმოადგენს.

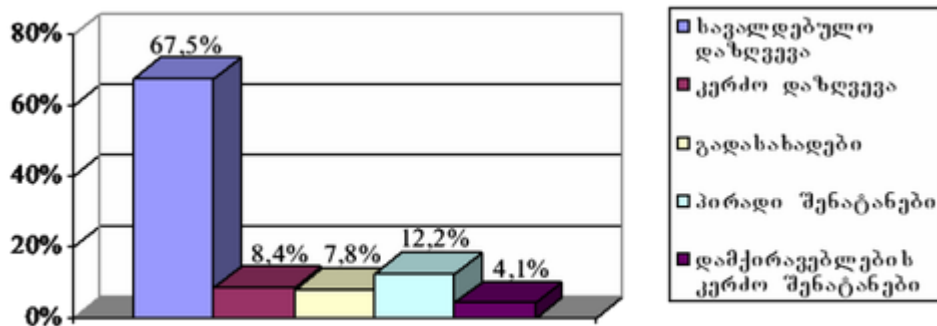
საერთო გადასახადები სოციალური დაზღვევის სისტემის ქვეყნებში ზოგჯერ დაფინანსების ერთ-ერთ წყაროს წარმოადგენს. მხოლოდ სავალდებულო სადაზღვევო შენატანები შესაძლოა არ იყოს საკმარისი მოსახლეობის უნივერსალური მოცვისათვის, რადგან მოცული მოსახლეობის რაოდენობა აღემატება სავალდებულო სადაზღვევო შენატანების გადამხდელთა რაოდენობას.

შედეგად, სახელმწიფო საერთო გადასახადების (General taxation) მეშვეობით ახორციელებს სოციალური დაზღვევის სისტემის სუბსიდირებას (Carrin and James 2004).

ცხრილი 2. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დაფინანსება საერთო გადასახადებით (ფონდის შემოსავლების %).

ქვეყანა	ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დაფინანსება (ფონდის შემოსავლების %)
ავსტრია	არ არსებობს, გამონაკლისია 23% ფერმერის ფონდებისათვის მთელი შემოსავლების 0.5%
ბელგია	35-40%
საფრანგეთი	8%-მდე პლუს სპეციალური გადასახადები (34%-მდე)
გერმანია	არ არსებობს, გამონაკლისია 52% ფერმერის ფონდისათვის 1%-ზე ნაკლები მთელი შემოსავლებიდან
ლუქსემბურგი	40%-მდე
ნიდერლანდები	AWBZ – 1%-ზე ნაკლები; ZPW – 25%
შვეიცარია	გვერდითი სუბსიდიები არა იმდენად ფონდებისთვის, რამდენადაც დაზღვეულთათვის

გერმანიაში ჯანდაცვის საერთო ხარჯებში ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის წილი შეადგენს 67,5 %-ს, ხოლო საერთო გადასახადების მეშვეობით სახელმწიფოს სუბსიდირება შეადგენს 7,8 %-ს (2001 წ.).



სურათი 2. ჯანდაცვის დაფინანსების სხვადასხვა წყაროების პროცენტული წილი გერმანიაში, 2001 წ.

წყარო: Busse R, Reisberg A. Health Care System in Transition: Germany, Copenhagen, WHO. Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

ამასთან, მოსახლეობის ნაწილს არ აქვს სავალდებულო სადაზღვევო შენატანების გადახდის საშუალება და სახელმწიფოს მხრიდან სოციალურ მხარდაჭერას საჭიროებს. შედეგად, სახელმწიფო მთლიანად, ან ნაწილობრივ აფინანსებს (სუბსიდირება) უმწეო მოსახლეობის (ბავშვები, მოხუცები, ინვალიდები) ჯგუფებს. განვითარებად ქვეყნებში (მაგ., რუსეთი, ლიტვა, სომხეთი) სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემის დაფინანსების ძირითად წყაროს წარმოადგენს ფედერალური ბიუჯეტები (რუსეთში ფედერალური და ადგილობრივი ბიუჯეტები), რომლებიც ვალდებული არიან დაფარონ უმუშევარი მოსახლეობის დაზღვევის ხარჯები.

გარდა საერთო გადასახადებისა, განვითარებად ქვეყნებში ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სუბსიდირებისათვის აგრეთვე გამოიყენება გარე დახმარებები და მიზნობრივი გადასახადები. ზოგიერთ ქვეყანაში მიზნობრივი გადასახადები დაწესებულია ისეთ პროდუქტებზე (თამბაქო, ალკოჰოლი), რომლებიც ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას განაპირობებენ (მათი მოხმარების შემცირების მიზნით).

ჩვეულებრივ, საზოგადოება სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადების (საერთო გადასახადები) სისტემასთან შედარებით, უპირატესობას უფრო სოციალური დაზღვევის სისტემას ანიჭებს. სოციალური დაზღვევის სისტემა ხშირად ასოცირებულია დაფინანსების სისტემის გამჭვირვალობასთან.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა გავრცელებულია გერმანიაში, საფრანგეთში, ბელგიაში, ნიდერლანდებში, ლუქსემბურგში, ავსტრიაში, შვეიცარიაში, სამხრეთ კორეაში, იაპონიაში. აღმოსავლეთ ევროპისა და ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში გასული საუკუნის 80-იანი წლების ბოლო პერიოდამდე ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება ხორციელდებოდა სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით (საერთო გადასახადები). კომუნისტური რეჟიმის რღვევის შედეგად ამ ქვეყნებში მნიშვნელოვანი ცვლილებები განხორციელდა ჯანდაცვის

სისტემის დაფინანსების რეფორმირების თვალსაზრისით. ისეთ ქვეყნებში, როგორიცაა: ჩეხეთი (1991 წლიდან), ხორვატია, ესტონეთი, უნგრეთი (1992 წლიდან), სლოვაკეთი, სლოვენია ჯანდაცვის დაფინანსება უპირატესად ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის საშუალებით ხორციელდება. ხორვატიაში, მაკედონიასა და სლოვენიაში პროფესიულ საქმიანობაზე დაფუძნებული ფონდები (რომლებიც არსებობდნენ ტიტოს რეჟიმამდე იუგოსლავიაში, 1945 წლამდე) 90-იანი წლების დასაწყისში გარდაიქმნენ სოციალური დაზღვევის ფონდებად.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა გავრცელებულია აგრეთვე ისეთ განვითარებად ქვეყნებში, როგორიცაა: არგენტინა, ბოლივია, ბრაზილია, ჩილე, კოლუმბია, კოსტა რიკა, დომინიკანის რესპუბლიკა, ეკვადორი, პერუ, ურუგვაი, ვენესუელა, ალჟირი, კენია, ლიბანი, ტუნისია. დღეისათვის სოციალური დაზღვევის სისტემის დანერგვას ცდილობს ბევრი განვითარებადი ქვეყნები (ბოსნია-ჰერცეგოვინა, ჩინეთი, განა, ინდონეზია, ყირგიზეთი, მოლდავეთი, მაროკო, ნიგერია, ფილიპინები, პოლონეთი, რუსეთი, სერბეთი, ტანზანია, ვიეტნამი).

ხელფასზე მიზნობრივი გადასახადი შეიძლება ნაწილობრივ, ან მთლიანად ფარავდეს ჯანდაცვის ხარჯებს. ზოგიერთ ქვეყნებში ჯანდაცვის დაფინანსების შერეული, ბიუჯეტურ-სადაზღვევო სისტემაა გავრცელებული, სადაც ხელფასზე მიზნობრივი გადასახადი განიხილება სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადების (საერთო გადასახადები) სისტემის დამატებითი წყარო (ცხრილი 3).

ცხრილი 3. ჯანდაცვის დაფინანსების წყაროები ესტონეთში, 1995-1997 წწ.

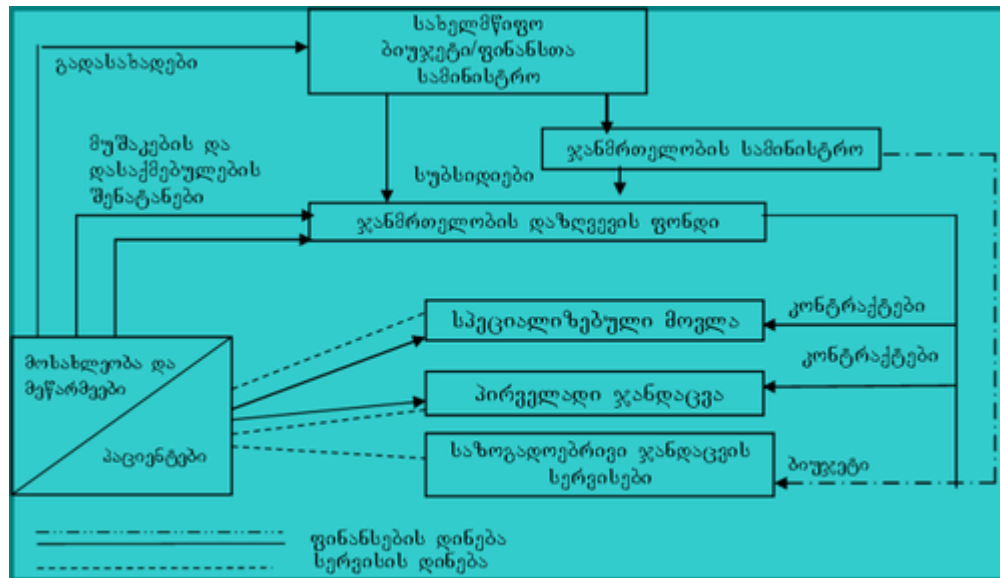
წყარო	1995 წ.	1996 წ.	1997 წ.
ჯანმრთელობის დაზღვევა	81.2%	81.9%	87.0%
სახელმწიფო ბიუჯეტი	14%	13.8%	10.2%
მუნიციპალური ბიუჯეტი	4.8%	5.1%	2.8%

აქვე აღსანიშნავია, რომ სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის დროს გამოიყენება ორი მეთოდი:

- მომსახურების გაწევის პრინციპი;

- ხარჯების ანაზღაურების პრინციპი.

მომსახურების გაწევის პრინციპი ნიშნავს პაციენტის მომსახურებას უფასოდ, მხოლოდ პაციენტმა უნდა წარმოადგინოს სადაზღვევო ბარათი (გერმანია, ნიდერლანდები). ხარჯების ანაზღაურების პრინციპის დროს თავდაპირველად პაციენტი თვითონ იხდის მომსახურების ხარჯებს, ხოლო შემდეგ ხდება მისი კომპენსაცია მთლიანად ან ნაწილობრივ, დადგენილი ტარიფების შესაბამისად (საფრანგეთი, ბელგია, ლუქსემბურგი).



სურათი. 3. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დაფინანსების სისტემა, ბისმარკის მოდელი.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ძირითადი პრინციპებია:

თანასწორობა

თანასწორობა შეიძლება განისაზღვროს როგორც საჭიროების შემთხვევაში სათანადო და ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების (პროფილაქტიკური, სამკურნალო) ყველასათვის ერთნაირად მიღების შესაძლებლობა. “სათანადო დახმარება” ნიშნავს ისეთ დახმარებას, რომელიც გარკვეული დაავადების პროფილაქტიკისა და მკურნალობისას წარმოადგენს წარმატებულს.

ექიმის თავისუფალი არჩევა

კანონი ყველა დაზღვეულს უნდა აძლევდეს ოჯახის ექიმის თავისუფალი არჩევის უფლებას, აგრეთვე გარკვეული ხნის შემდეგ (ექვსი თვე, სამი თვე) არჩეული ექიმის შეცვლის უფლებას. ზოგიერთი ქვეყნის კანონი აგრეთვე ითვალისწინებს დაზღვეულთა მიერ სპეციალისტისა და სამედიცინო დაწესებულების არჩევის უფლებას.

სოლიდარობის პრინციპი

სოლიდარობის პრინციპი წარმოადგენს ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის შექმნის საფუძველს როგორც შენატანების გადახდის, ასევე სამედიცინო დახმარების მიღების თვალსაზრისით. რადგანაც ყველა დაზღვეულს სამედიცინო დახმარების მიღების ერთნაირი უფლება აქვს, შენატანების გადახდის ვალდებულება გამოიხატება დაზღვეულის თვითური შემოსავლიდან პროცენტული შეფარდებით. შენატანებს იხდის როგორც დამქირავებელი, ასევე დაქირავებული, რომელთა წილი განისაზღვრება კანონმდებლობით. ამგვარად, მაღალშემოსავლიანი პირები უფრო მეტს იხდიან ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში, ვიდრე დაბალშემოსავლიანები. სოლიდარობის პრინციპის გამოყენება სამედიცინო სადაზღვევო სისტემაში გულისხმობს:

- მაღალშემოსავლიანი პირები ეხმარებიან დაბალშემოსავლიან პირებს;
- ჯანმრთელები ეხმარებიან ავადმყოფებს;
- ახალგაზრდები ეხმარებიან ასაკოვან პირებს.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ბევრი ქვეყნისათვის სოლიდარობა წარმოადგენს სისტემის ნაწილს. ყველაზე მთავარ განსხვავებას წარმოადგენს დამქირავებლის და დაქირავებულის შენატანების წილებს შორის თანაფარდობა (გერმანიაში 50:50 დან 2/10:8/10-მდე იტალიაში).

დაზღვეულის თანამონაწილეობა

აღნიშნული პრინციპი გულისხმობს დაზღვეულის დაინტერესებას საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობისადმი: იგი გულისხმობს განათლების ამაღლებას, ცხოვრების ჯანსაღ წესს, მისაღებ ფარგლებში თანაგადახდის დაწესებას.

შენატანების გადახდა

ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევა ჩვეულებრივ შენატანებით ფინანსდება, რომელთაც იხდიან დაზღვეულები, კერძო და სახელმწიფო დამქირავებლები. უმწეო კატეგორიის ადამიანების სამედიცინო დახმარების ანაზღაურება ხორციელდება სხვა ფონდების მიერ გადახდილი შენატანებით ან სახელმწიფოს მეშვეობით. შენატანების ზომას ზოგ ქვეყნებში ადგენს სადაზღვევო ორგანიზაცია, ზოგ ქვეყნებში კი – სახელმწიფო სტრუქტურები (მთავრობა და პარლამენტი). ყოველწლიურად ხორციელდება შენატანის ზომის გადასინჯვა გასავლებსა და შემოსავლებს შორის ბალანსის დასამყარებლად. გარდა ამისა, სადაზღვევო სალაროებს შორის რისკების გათანაბრებისათვის დგინდება კომპენსაციური ფონდი.

შეზღუდვები

ზოგ მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა არ ვრცელდება იმ პირებზე, რომელთა შემოსავალი აღემატება დადგენილ ზღვარს (რეფორმამდე ჰოლანდიაში და გერმანიაში). ასეთი სქემის ძირითად ნაკლოვანებას წარმოადგენს ის გარემოება, რომ შემოსავლების მნიშვნელოვანი რაოდენობა არ გამოიყენება რისკების გადასანაწილებლად, სოლიდარობის პრინციპის შესაბამისად. მეორე რიგის შეზღუდვებს განეკუთვნება სამედიცინო მომსახურების პაკეტი, რომელიც საერთოდ ან ნაწილობრივ არ მოიცავს სამედიცინო მომსახურების ზოგ სახეებს: სტომატოლოგია, სათვალეები, მედიკამენტები (დადგენილი თანაგადახდა). მომსახურების აღნიშნული სახეები შედის კერძო დაზღვევაში ან თვით პაციენტი იხდის.

დეცენტრალიზაცია

ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის სისტემის ეფექტური ფუნქციონირების წინაპირობას წარმოადგენს დეცენტრალიზაცია. ზოგ ქვეყნებში რეგიონალური, ადგილობრივი ორგანიზაციები ახორციელებენ შენატანების შეგროვებას, ზოგადი პრაქტიკის ექიმებთან, სპეციალისტებთან და საავადმყოფოებთან ხელშეკრულების გაფორმებას, გაწეული სამედიცინო დახმარების მონიტორინგს და ა. შ. რეგიონული, ადგილობრივი სადაზღვევო ფონდები

სტრუქტურირებული არიან ჯანმრთელობის დაზღვევის ცენტრალურ ფონდთან, რომელიც ახორციელებს რეგიონული, ადგილობრივი ფონდებიდან მონაცემთა შეგროვებას, აგრეთვე თანამშრომლობს ჯანდაცვის სამინისტროსთან, კოორდინაციას უწევს რეგიონალურ ფონდების მუშაობას და ჩარჩო ხელშეკრულებების დადებას.

დეცენტრალიზაცია ხელს უწყობს ეფექტურობისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას, აგრეთვე ფინანსური რესურსების რაციონალურ გამოყენებას.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევით მოსახლეობის მოცვა

ისტორიულად, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა დაკავშირებული იყო დასაქმებასთან, ანუ მისი ჩამოყალიბების საწყის პერიოდში დაზღვევა ვრცელდებოდა მხოლოდ საწარმოებში დაქირავებულ მუშაკებზე და არ ითვალისწინებდა მთელი მოსახლეობის დაზღვევას. სანამ მთელ მოსახლეობაზე გავრცელდებოდა ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა, ბევრმა ქვეყანამ განვლო გზა არსებული, დასაქმებაზე დაფუძნებული სადაზღვევო სქემიდან სავალდებულო სქემისაკენ.

შრომის საერთაშორისო ორგანიზაციის N130 კონვენცია მოიცავს მოსახლეობის მოცვის ზოგიერთ მინიმალურ სტანდარტს:

- დაქირავებული პირები, გამონაკლისს შეადგენს სახელმწიფო მოსამსახურეები, მეზღვაურები, დროებით დასაქმებულები და სხვა ჯგუფები, რომელთა წილი არ უნდა აღემატებოდეს დაქირავებულთა მთლიანი რაოდენობის 10%-ს;
- ეკონომიკურად აქტიური მოსახლეობის არანაკლებ 75%;
- დაზღვეულთა მეუღლეები და ბავშვები აგრეთვე გარანტირებული უნდა იყვნენ სამედიცინო მომსახურებით.

სოციალური დაზღვევის სისტემაში მოსახლეობის მოცვის თვალსაზრისით არ არსებობს საერთო წესები. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ქვეყნებს სხვადასხვა ხედვა გააჩნიათ დაზღვეული მოსახლეობის კონტინგენტის განსაზღვრაში. ზოგადად, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემებში დაზღვევა სავალდებულოა განსაზღვრული მოსახლეობისათვის. ამასთან, ავადმყოფობის შემთხვევაში საზოგადოების თითოეული წევრის

ფინანსური რისკებისაგან დაცვა განიხილება როგორც საზოგადოების სოციალური სოლიდარობა.

ჯანმრთელობის დაზღვევით მთლიანი მოსახლეობის უზრუნველყოფა შესაძლებელი გახდა მხოლოდ ბოლო პერიოდში და ისიც რამდენიმე ქვეყანაში. შვეიცარიამ უნივერსალურ მოცვას მიაღწია 1996 წელს, ბელგიამ 1998 წელს, საფრანგეთმა 2000 წელს. გამონაკლისს წარმოადგენს ნიდერლანდების საყოველთაო დაზღვევის სისტემა (AWBZ), რომელიც 1968 წელს განსაკუთრებული სამედიცინო ხარჯების აქტის საფუძველზე შეიქმნა. აღნიშნული აქტი მოიცავს ხანგრძლივ მოვლას და დაავადებათა პროფილაქტიკის პროგრამებს მთელი მოსახლეობისათვის. ამასთან, ბელგიაში უნივერსალური მოცვა ხორციელდება ორსაფეხურიანი სისტემით: მოსახლეობის 88 %-ზე მოქმედებს “საერთო რეჟიმის” (მომსახურების მთლიანი პაკეტი), ხოლო 12 %-ზე – “თვითდასაქმებულთა რეჟიმის” სისტემა (მხოლოდ “ყველაზე მსხვილი” რისკების დაფარვის პაკეტი) (Nonneman and van Doorslaer, 1994).

ცხრილი 4. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევით მოცვა (მთელი მოსახლეობის %).

ქვეყანა	ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევით მოცვა (მთელი მოსახლეობის %)
ავსტრია	99%
ბელგია	99-100%
საფრანგეთი	100%
გერმანია	88%
ლუქსემბურგი	97-99%
ნიდერლანდები	100% - AWBZ სქემით; 25% - ZPW სქემით
შვეიცარია	100%

საფრანგეთში 1945 წელს მიღებული კანონის (საიდანაც დაიწყო ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის ჩამოყალიბება) შემდეგ სოციალური დაზღვევა თანდათანობით გავრცელდა მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებზე. თავდაპირველად იგი მოიცავდა მრეწველობაში და ვაჭრობაში დასაქმებულ პირებს, შემდეგ სტუდენტებს (1948), სამხედრო მოსამსახურეებს (1949), ფერმერებს (1961), თვითდასაქმებულებს (1966-1970). 1978 წელს მოუცველ მოსახლეობაზე შემოღებულ იქნა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაზღვევა ნებაყოფლობით საფუძველზე (დაზღვევისათვის მათ უნდა გადაეხადათ ფიქსირებული სადაზღვევო პრემია. ღარიბებზე

გადასახადი შეედოთ შეეტანათ გენერალურ საბჭოებს). 2000 წლის 1 იანვარს მიღებულ იქნა კანონი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ, რომლითაც სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა (Assurance-maladie) ვრცელდება ქვეყნის მთელ მოსახლეობაზე. სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა სოციალური უსაფრთხოების სისტემის (Sécurité sociale) შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენს.

ავსტრიას და ლუქსემბურგს აქვთ დე-ფაქტო უნივერსალური მოცვა, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევით მოცულია ფაქტიურად მთელი მოსახლეობა, თუმცა მოსახლეობის 1-3 % არ არის დაზღვეული (ლუქსემბურგში მათ ძირითადად უმდიდრესი ადამიანები შეადგენენ).

გერმანიაში მოსახლეობის უმრავლესობა მოცულია ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევით (88 % – 2003 წ.), მათგან 75% სავალდებულო წევრებს შეადგენს მათი ოჯახის წევრებთან ერთად, ხოლო 13%-ს წარმოადგენენ ნებაყოფლობითი წევრები და მათი ოჯახის წევრები, რადგან მაღალანაზღაურებადი სამუშაოს გამო, კანონმდებლობის მიხედვით, მათ აქვთ სახელმწიფო და კერძო დაზღვევის არჩევის უფლება (Busse and Riesberg 2004). მოსახლეობის დაახლოებით 9% ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევით სარგებლობს, ხოლო მოსახლეობის 2%-ზე სპეციალური სახელმწიფო პროგრამა ვრცელდება (სამხედრო მოსამსახურენი, პოლიციელები, ემიგრანტები, რომლებმაც პოლიტიკური თავშესაფარი ითხოვეს). მოსახლეობის მხოლოდ 0,2 % (დაახლოებით 170 ათასი პირი) არ არის დაზღვეული არც კერძო და არც სოციალური დაზღვევის სისტემაში. მათ მიეკუთვნებიან მცირე ბიზნესში თვითდასაქმებულები (რომელთაც არ აქვთ კერძო დაზღვევა), აგრეთვე პირები, რომლებმაც არ გადაიხადეს სადაზღვევო შენატანების საკუთარი წილი. ასეთ თვითდასაქმებულებს გარკვეული ფინანსური პრობლემების დადგომისას (მაგ., საკუთარი ბიზნესის ბანკროტი) შეუძლიათ სოციალური დაზღვევის სისტემაში გაწევრიანება.

რეფორმებამდე ნიდერლანდებში კანონმდებლობა კრძალავდა სავალდებულო (ZFW) და ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სისტემებს შორის არჩევანის გაკეთებას. კანონით დადგენილი იყო შემოსავლების ზღვარი – 65 წლამდე მოსახლეობისათვის 29 300 ევრო და 65 წელს ზევით მოსახლეობისათვის 18 700 ევრო. შემოსავლის ზღვარს ზევით პირებს უფლება არ ქონდათ სავალდებულო (ZFW) ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში გაწევრიანებულიყვნენ.

გერმანიაში და ნიდერლანდებში სოციალური დაზღვევით მოსახლეობის მოცვის აღნიშნულ მიდგომას ჰქონდა თავისი უარყოფითი მხარეები. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემაში შემოსავლების დიდი წილი მოსახლეობის მაღალშემოსავლიან ნაწილზე მოდის. ამავე

დროს, ეს ჯგუფი, როგორც წესი, მოიხმარს სამედიცინო მომსახურების შედარებით მცირე წილს, შედარებით მაღალი განათლების, რაციონალური კვების, ცხოვრების ჯანსაღი წესის და სხვა ანალოგიური ფაქტორების გამო, რომლებიც დადებით გავლენას ახდენენ მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. ამგვარად, სოციალური დაზღვევის სისტემაში რჩებოდა რისკების შედარებით “არახელსაყრელი” ნაწილი.

იაპონიის ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემამ უნივერსალურ მოცვას მიაღწია 1961 წელს (1938 წელს მიღებული ეროვნული სადაზღვევო კანონის შესწორების საფუძველზე). სადაზღვევო ფონდებში (5124 ფონდი – 2002 წ.) გაწევრიანება სავალდებულოა მთელი მოსახლეობისათვის. დიდი კომპანიების მუშაკები ხშირად მათ საკუთრებაში მყოფ სადაზღვევო ფონდებში არიან გაწევრიანებულნი. მცირე კომპანიებში დასაქმებულები დაზღვეულნი არიან სპეციალური საქმიანობის სადაზღვევო ფონდებში ან გაწევრიანებულები არიან მთავრობის მიერ მართულ სქემებში (government-managed scheme – EHI), ყველა სხვა მოქალაქეს აქვთ სავალდებულო დაზღვევა მუნიციპალური სადაზღვევო სქემის, ე.წ. ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევის მეშვეობით (Henke and Schreyögg, 2004).

სამხრეთ კორეის მთავრობამ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის განვითარებაზე ზრუნვა დაიწყო 1976 წელს. თავდაპირველად, ყველა კომპანია, სადაც დასაქმებული იყო 500-ზე მეტი პირი ვალდებული იყო ჯანმრთელობის დაზღვევით მოეცვა საკუთარი თანამშრომლები. წლების განმავლობაში ეს ვალდებულება გავრცელდა მცირე კომპანიებზეც (1988 წელს 5 კაციან საწარმოზეც). 1980-იან წლებში სადაზღვევო მოცვა გავრცელდა სახელმწიფო სექტორში დასაქმებულებზე და თვითდასაქმებულებზე. უნივერსალური მოცვა მიღწეულ იქნა 1989 წელს, როდესაც სქემაში გაწევრიანდნენ ქალაქებში მცხოვრები თვითდასაქმებულები (OECD 2003). 1990-იან წლებში სამხრეთ კორეაში დაიწყო სადაზღვევო ფონდების კონვერგენციის პროცესი, რომელიც 2000 წელს დამთავრდა ერთი ნაციონალური სამედიცინო სადაზღვევო (National Health Insurance – NHI) კორპორაციის შექმნით. კორპორაციამ მოახდინა 139 სადაზღვევო ფონდის გაერთიანება. 1977 წელს NHI-ის პარალელურად ჩამოყალიბდა მთავრობის მიერ დაფინანსებული სახელმწიფო დახმარების სქემა – სამედიცინო დახმარების პროგრამა (Medical Aid Program – MAP). იგი ითვალისწინებს სადაზღვევო სისტემაში ღარიბთა მოცვას, იმავე სარგებლის პაკეტით, რაც არის გათვალისწინებული NHI-ის სქემით. სამედიცინო დახმარების პროგრამა (Medical Aid Program – MAP) წარმოადგენს კორეის სოციალური დაცვის სისტემის ნაწილს და NHI-ისგან დამოუკიდებლად ფუნქციონირებს. ყველა პირი, რომლის შემოსავალი

ცხოვრების მინიმალურ ზღვარს ქვევითაა, აგრეთვე მოსახლეობის სხვა სპეციფიური ჯგუფები უფლებამოსილია გაწევრიანდეს MAP-ის სქემაში. MAP-ის წევრები გაყოფილია 2 კატეგორიად. I კატეგორიას განეკუთვნებიან მედდის სახლების და სოციალური დაცვის დაწესებულებების რეზიდენტები, აგრეთვე, ინვალიდები, 65 წელს ზევით პირები. II კატეგორიაში შედიან სოციალური დაცვის ბენეფიციარები (MAP-ის 55 % – 1999 წ.).

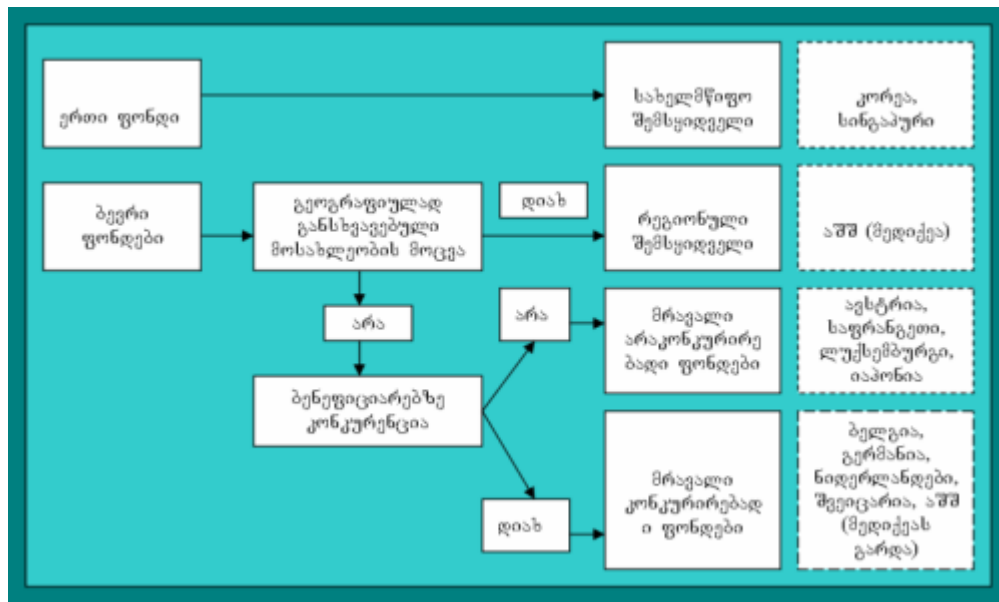
სამედიცინო ფონდების ორგანიზაცია

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემაში ფონდების რაოდენობა, მათი ზომა და სტრუქტურა ფართო საზღვრებში მერყეობს. განსხვავებულია მათ შორის კონკურენციის ხარისხიც. ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის დეცენტრალიზაცია გულისხმობს შესყიდვის პასუხისმგებლობის ცენტრალური დონიდან რეგიონულ ან ადგილობრივ ორგანიზაციებზე დელეგირებას. უკანასკნელი სამი ათეული წლის განმავლობაში დეცენტრალიზაციის პროცესი შეეხო თითქმის ყველა ქვეყანას. თუმცა, არიან ქვეყნები, სადაც ჯერ კიდევ ფუნქციონირებს შესყიდვის ცენტრალიზებული სისტემა.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემაში სადაზღვევო ფონდები უმთავრესად არამომგებიანი ორგანიზაციებია, რომელთაც ზედამხედველობას უწევს სახელმწიფო. მიუხედავად ამისა, ისინი თვითმმართველობის პრინციპებს ეფუძნებიან (ხელმძღვანელების არჩევა ფონდის წევრების საშუალებით ხორციელდება). უმეტეს ფონდებში მმართველობითი ორგანო წარმოდგენილია აღმასრულებელი კოლეგიით, რომელიც პასუხისმგებელია ყოველდღიურ მენეჯმენტზე.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ოთხი ტიპის ორგანიზაცია არსებობს:

- ერთიანი ფონდი ქვეყნის მთელი მოსახლეობისათვის;
- რამდენიმე ერთიანი ფონდი, რომლებიც ქვეყნის განსაზღვრული ნაწილის მთელ მოსახლეობას ემსახურება;
- ფონდები, რომლებიც ემსახურებიან ქვეყნის ერთი და იგივე ნაწილის მოსახლეობას, მაგრამ არ იმყოფებიან ერთმანეთთან კონკურენციაში;
- კონკურენციაში მყოფი ფონდები.



სურათი. 4. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ბაზარი და ფონდები (შემსყიდველი)
წყარო: Adapted from Kutzin (2001).

ზოგიერთ ქვეყნებში სოციალური დაზღვევის რამდენიმე ფონდები არსებობს (არგენტინა, ჩილე, კოლუმბია, საფრანგეთი, გერმანია, იაპონია, ნიდერლანდები, შვეიცარია, ლუქსემბურგი, ბელგია, ავსტრია, იტალია, რუსეთი), ზოგ ქვეყნებში მხოლოდ ერთი (ესტონეთი, ლიტვა, უნგრეთი, კორეა, სინგაპური).

ბენეფიციარების გაწევრიანება ამა თუ იმ ფონდში დაფუძნებულია დასაქმებაზე, პროფესიულ პრინციპზე (არგენტინა, ბოლივია, მექსიკა), გეოგრაფიულ მდებარეობაზე, ასაკზე (იაპონია), ინდივიდუალურ არჩევანზე (ჩილე, კოლუმბია, გერმანია).

სოციალური დაზღვევის სისტემის ქვეყნებში შეინიშნება ფონდების გაერთიანება და შესაბამისად მათი რაოდენობის შემცირება. ფონდების რაოდენობის შემცირება თავის მხრივ განაპირობებს რისკის გაერთიანების ზრდას და მენეჯმენტთან დაკავშირებული ხარჯების შემცირებას.

უნგრეთში სავალდებულო სოციალური დაზღვევა “ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდის” (NHIFA) საშუალებით ხორციელდება, რომელიც წარმოადგენს ერთადერთ სავალდებულო სადაზღვევო ფონდს. იგი არამომგებიანი ორგანიზაციაა, რომელსაც ზედამხედველობას უწევს ჯანდაცვის სამინისტრო და გააჩნია დეცენტრალიზებული ფილიალები მთელ ქვეყანაში. ფილიალებს კონტრაქტები აქვთ დადებული ჯანდაცვის

ადგილობრივ პროვაიდერებთან და ახორციელებენ მათ მიერ გაწეული მომსახურების ანაზღაურებას.

ლიტვაშიც მხოლოდ ერთი სავალდებულო სადაზღვევო ფონდი არსებობს რომელიც ჯანმრთელობაზე გაწეული ხარჯების 90 %-ს ფარავს. ფონდი დაარსდა 1997 წელს. ცენტრალურ ფონდს აქვს ათი რეგიონული ფილიალი. ხარჯვის განაწილებაზე გადაწყვეტილებებს ღებულობს ცენტრალურ ფონდი. ფაქტიურად ჯანმრთელობის ფონდი ფართოდ ფინანსდება საერთო გადასახადებით. 1998 და 2002 წლებში სადაზღვევო შენატანები ფონდის შემოსავლების მხოლოდ 20%-ს შეადგენდა.

ესტონეთში 1992 წელს შეიქმნა 22 ჯანმრთელობის დამოუკიდებელი რეგიონალური ფონდი. გეგმის მიხედვით, შემოსავლები უნდა განაწილებულიყო ფონდებს შორის, მაგრამ ფაქტიურად იგი ვერ განხორციელდა. შედეგად, 1994 წელს შეიქმნა ჯანმრთელობის ცენტრალური სადაზღვევო ფონდი, რომელსაც უნდა გაეწია დამოუკიდებელ ფონდებზე კონტროლი და კოორდინაცია. 1995 წლისათვის რეგიონალური ფონდების რიცხვი 17-მდე შემცირდა, ვინაიდან მართვის სირთულეების გამო ადგილი ჰქონდა შედარებით მცირე ზომის ფონდების შერწყმას. 1999-2000 წლებში ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემას უფრო მეტი ავტონომია მიენიჭა, კერძოდ ჩამოყალიბდა ესტონეთის ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდი (EHIF). იგი შეიქმნა მისი წინამორბედი ცენტრალური ფონდის და 17 დამოუკიდებელი რეგიონალური ფონდის საფუძველზე, როგორც დამოუკიდებელი საზოგადოებრივი ორგანიზაცია. იმავდროულად განხორციელდა დამოუკიდებელი რეგიონალური ფონდების ცენტრალიზაცია, რის შედეგად 17 რეგიონალური ფონდი ჯერ 7 რეგიონალურ ფონდად (2001 წ.), ხოლო მოგვიანებით 4 რეგიონალურ განყოფილებებად (2003 წ.) გარდაიქნა. ამჟამად, სახელმწიფო პასუხისმგებელია შესყიდვის რეგულირებასა და სარგებლების პაკეტის განვითარებაზე, მაშინ როდესაც რეგიონალური დონე პასუხისმგებელია საკონტრაქტო გადაწყვეტილებებსა და ანაზღაურებაზე.

იტალიაში 1992 წელს განხორციელებული რეფორმების შედეგად რეგიონებს (19 რეგიონი და 2 ავტონომიური პროვინცია) გადაეცათ ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზებისა და მართვის ვალდებულებები. ცენტრალური მთავრობა ახორციელებს ბიუჯეტის განაწილებას რეგიონებზე სულადობრივი მეთოდის მიხედვით. რეგიონებს უფლება აქვთ მათზე გამოყოფილი რესურსები სხვადასხვა პროგრამების მიხედვით თავიანთი შეხედულებისამებრ გაანაწილონ. სერვისების უზრუნველყოფა წარმოებს მიკრო და ადგილობრივ დონეებზე ჯანმრთელობის ადგილობრივი

ერთეულების (LHUs/local health units) და დამოუკიდებელი საავადმყოფოების მეშვეობით. 2000 წლისათვის ქვეყანაში არსებობდა 197 LHUs/local health units, რომლებიც მოიცავდნენ საშუალოდ 82000-დან 601000-მდე მოსახლეობას.

ცხრილი 5. სამედიცინო სადაზღვევო ფონდების რაოდენობა.

ქვეყანა	სამედიცინო სადაზღვევო ფონდების რაოდენობა
ავსტრია	24
ბელგია	დაახლოებით 100 (2-ის გარდა ყველა გაერთიანებულია 5 ურთიერთდახმარების ორგანიზაციაში)
საფრანგეთი	19
გერმანია	420 (7 ასოციაციაში)
ლუქსემბურგი	9
ნიდერლანდები	30
შვეიცარია	109

1990-იან წლებში გერმანიამ (1992) და ნიდერლანდებმა სადაც წინათ მრავალი არაკონკურირებადი ფონდები არსებობდნენ ფონდებს შორის კონკურენციის პრინციპი შემოიღეს, რომელთაც მალე ბელგია (1995) და შვეიცარია შემოუერთდნენ. კონკურენციის პრინციპის შემოღებამდე სადაზღვევო ფონდებში გაწევრიანება ხორციელდებოდა პროფესიისა და გეოგრაფიული ადგილის მიხედვით. კონკურენციის პრინციპის გამოცხადების შემდეგ დაზღვეულებს შეუძლიათ ფონდებს შორის არჩევანი გააკეთონ. აღნიშნული რეფორმის მთავარ მიზეზს წარმოადგენდა ადმინისტრაციული ხარჯების შემცირება, აგრეთვე ალოკაციური ეფექტურობის გაზრდა (ერთ დაზღვეულზე ხარჯების შემცირება, მომსახურების ხარისხის გაზრდა). კონკურენციამ სადაზღვევო ფონდების შემცირება და შესაბამისად, რისკის გაერთიანების (pooling) გაზრდა გამოიწვია. ბელგიაში 1990-2002 წლების განმავლობაში ფონდების რიცხვი 21 %-ით შემცირდა, ხოლო გერმანიაში 1993-2004 წლების განმავლობაში ფონდების რიცხვი 1328-დან 290-მდე შემცირდა.

ცხრილი 6. სადაზღვევო ფონდების რაოდენობა 1990-2002 წწ.

	ავსტრია	ბელგია	საფრანგეთი	გერმანია	ლუქსემბურგი	ნიდერლანდები	შვეიცარია
1990	26	119	18		4	37	220
1991	26	127	17	1209	4	31	203
1992	26	127	17	1223	4	27	191

1993	26	121	17	1221	4	26	207
1994	26	121	17	1152	4	26	178
1995	26	114	17	960	4	27	166
1996	26	116	17	642	4	29	145
1997	26	111	17	554	4	30	129
1998	26	109	17	482	4	28	118
1999	26	107	17	455	4	28	109
2000	26	103	17	420	4	27	101
2001	25	95	17	396	4	25	99
2002	24	94	17	355	4	24	93
ცვლილება 1990-2002	-7.7%	-21%	-5.6%	-70.6%	0	-35.1%	-57.7%

წყარო: Austria: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen und Konsumentenschutz (2003b); Belgium: RIZIV (2003a) and Schokkaert and Van de Voorde (2003); France: Meftah (2003); Germany: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003a); Israel: Gross and Harrison (2001); Luxembourg: Union des caisses de maladie (2003); Netherlands: Vektis (1996, 1998, 2000, 2002) and CVZ/CTZ (2003); Switzerland: BSV/OFAS/UFAS (2003a).

ნიდერლანდებში ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდები უმეტესად არამომგებიან ორგანიზაციებს წარმოადგენენ, რომლებიც ახორციელებენ ჯანდაცვის სერვისების შესყიდვას. მრავალი რეგიონული ფონდი ქველმოქმედებაზეა დაფუძნებული. 1980-იანი წლების მიწურულისათვის ქვეყანაში არსებობდა 40-ზე მეტი ჯანმრთელობის დაზღვევის რეგიონული ფონდი. 2004 წელს, მოსახლეობის დაახლოებით 60% გაწევრიანებული იყო 22 ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდში.

ფონდებს შორის კონკურენცია სადაზღვევო პრემიების, სამედიცინო მომსახურებების, შეთავაზებული მკურნალობის ხარისხის, აგრეთვე დამატებითი დაზღვევისათვის გათვალისწინებული პრემიებისა და სარგებლის მიხედვით ხორციელდება. მზღვეველებს შეუძლით საკონტრაქტო საფუძველზე ითანამშრომლონ სხვადასხვა საავადმყოფოებთან და ცალკეულ ექიმებთან, ან თავად გასწიონ ჯანდაცვის მომსახურება საკუთარი საშუალებებით და პერსონალის მეშვეობით (მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციები).

ჯანდაცვის სისტემის ჰოლანდიური მოდელის ძირითადი ელემენტები

- სავალდებულო ბაზისური სამედიცინო დაზღვევა, რომლის შესყიდვას ახორციელებენ კერძო სადაზღვევო კომპანიები;

- დამზღვევისა და სადაზღვევო პროდუქტების ყოველწლიური შერჩევა მომხმარებლების მიერ;
- ღია გაწევრიანება ყველასათვის;
- პრემიების სუბსიდირება მოხუცებისა და მაღალი რისკის მქონე ავადმყოფი პირებისათვის, რისკების გათანაბრების სისტემის მეშვეობით;
- წლიური ნებაყოფლობითი ფასდაკლებები 500 ევრომდე, თითოეული პირისათვის;
- მზღვევებს უფლება აქვთ გაყიდონ დაზღვევის სხვა სახეები (მაგ. დამატებითი დაზღვევა);
- მზღვევები თავიანთი მომხმარებლებისათვის ჯანდაცვის სერვისების აქტიური შემსყიდველებს წარმოადგენენ;
- ზოგადი პრაქტიკის ექიმებს აქვთ მეკარიბჭის ფუნქცია;
- მზღვევებს უფლება აქვთ გააფორმონ შერჩევითი კონტრაქტები ექიმებთან და საავადმყოფოებთან;
- ნებადართულია ჯანდაცვის მხარდამჭერი ორგანიზაციებისა (HMO) და შერჩეულ პროვაიდერთა ორგანიზაციების (PPO) მომსახურებები;
- გადასვლა მართვად კონკურენციაზე.

გერმანიაში სადაზღვევო ფონდები დიფერენცირებულია 7 კატეგორიად:

1. 17 რეგიონალური ფონდი (Allgemeine Ortskrankenkassen – AOK), ცენტრალური ოფისი მდებარეობს ბონში;
2. 12 შემცვლელი ფონდი (Substitute Ersatzkassen), ცენტრალური ოფისი მდებარეობს ზიგბურგში (Siegburg);
3. 337 კომპანიაზე დაფუძნებული ფონდი (Betriebskrankenkassen – BKK), ცენტრალური ოფისი მდებარეობს ესენში;

4. 32 საამქროს, გილდიის ფონდი (Innungskrankenkassen – IKK), ცენტრალური ოფისი მდებარეობს ბერგიშ-გლადბახში
5. 20 ფერმერების ფონდი (Landwirtschaftliche Krankenkassen – LKK), ცენტრალური ოფისი მდებარეობს კასელში;
6. 1 მემახტეთა ფონდი (Bundesknappschaft), ოფისი მდებარეობს ბოხუმში;
7. 1 მეზღვაურთა ფონდი (See-Krankenkasse), ოფისი მდებარეობს ჰამბურგში.

გერმანიაში აგრეთვე არსებობენ ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის სხვა სქემებიც, მათ შორის:

- უბედური შემთხვევებისგან სავალდებულო დაზღვევის ფონდები, რომლებიც ფარავენ სამუშაო ადგილებზე მომხდარი უბედური შემთხვევებისა და სამსახურთან დაკავშირებულ დაავადებების მკურნალობის და რეაბილიტაციის ხარჯებს;
- საპენსიო სავალდებულო დაზღვევის ფონდები, რომლებიც ფარავენ სარეაბილიტაციო მომსახურების ხარჯებს;
- დაფუძნებული ხანგრძლივი მოვლის ფონდები, რომლებიც ფუნქციონირებენ 1995 წლიდან.

ცხრილი 7. სადაზღვევო ფონდების რიცხვი გერმანიაში, 1993-2000 წწ.

	AOK	BKK	IKK	სხვა ფონდები	სულ
1993	270	845	174	39	1328
1994	93	826	166	39	1124
1995	20	807	122	38	987
1996	20	651	48	38	757
1997	18	570	48	37	673
1999	17	359	42	35	453
2000	17	337	32	34	420

სადაზღვევო ფონდების რიცხვი გერმანიაში, 1993-2000 წწ.

წყარო: WHO, 2000.

ცხრილი 8. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის განვითარების ტენდენციები გერმანიაში, 1885-2003 წწ.

	1885	1913	1925	1938	1950	1980	1987	1997	2003
	გერმანიის იმპერია			დასავლეთ გერმანია			გერმანია		
სადაზღვევო სალაროების რაოდენობა	18776	21342	7777	4825	1992	2028	1182	476	319
დაზღვეული მოსახლეობის წილი, %	10	35	51	-	-	83	88	88	88
შენატანების გადამხდელი დაზღვეული მოსახლეობის წილი, %	9	20	28	34	40	49	80	81	82
სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევაში მონაწილე დასაქმებული მოსახლეობის წილი, %	22	44	57	66	62	67	76	78	76
შემოსავლების % წილი	2	3	6	-	6	8.4	12.8	13.5	14.3
დაქირავებულსა და დამქირავებელს შორის შენატანების განაწილება	2:1	2:1	2:1	2:1	2:1	1:1	1:1	1:1	1:1

წყარო: Busse R, Reisberg A. Health Care System in Transition: Germany, Copenhagen, WHO. Regional Office on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

ხანგრძლივი მოვლის სავალდებულო დაზღვევა შემოღებულ იქნა ასაკოვანი მოსახლეობის უკმაყოფილობის გამო. ისინი უკმაყოფილებას გამოთქვამდნენ ხანგრძლივი მოვლის მომსახურებით, განსაკუთრებით ამბულატორიულ სექტორში. კანონის მიხედვით, ხანგრძლივი მოვლის სავალდებულო დაზღვევის წევრები გახდნენ სადაზღვევო ფონდების ყველა წევრი (მათ შორის პენსიონერები და უმუშევრები), აგრეთვე კერძო დაზღვევის მქონე პირებიც. ხანგრძლივი მოვლის სავალდებულო დაზღვევის სქემის მართვას ახორციელებენ როგორც საავადმყოფოების სალაროები, ასევე კერძო დაზღვევის კომპანიები.

გერმანიაში სოციალური დაზღვევის ფონდები არამომგებიან ორგანიზაციებს წარმოადგენენ და თვითმმართველობის პრინციპებს ეფუძნებიან (ხელმძღვანელების არჩევა ფონდის წევრების საშუალებით ხორციელდება). უმეტეს ფონდებში მმართველობითი ორგანო წარმოდგენილია აღმასრულებელი კოლეგიით, რომელიც პასუხისმგებელია ყოველდღიურ მენეჯმენტზე, და წარმომადგენლობითი კრებით, რომელიც ადგენს ბიუჯეტს, შენატანების ზომას, ირჩევს აღმასრულებელ კოლეგიას. წარმომადგენლობითი კრება წარმოდგენილია დაზღვეულთა და

დამქირავებელთა წარმომადგენლებისაგან, რომლებიც დემოკრატიული წესით ირჩევიან ყოველ 6 წელიწადში ერთხელ. წარმომადგენელთა ნაწილი დაკავშირებულია სავაჭრო გაერთიანებებთან, დამქირავებელთა ასოციაციებთან.

გერმანიაში ფონდებს შორის კონკურენციის გასაზრდელად 1992 წელს შემოღებულ იქნა “ჯანდაცვის სტრუქტურის აქტი”, რომლის საფუძველზეც დაზღვეულებს შეეძლოთ აერჩიათ ალტერნატიული, ანუ შემცვლელი (substitute) ფონდები (Ersatzkassen). აღნიშნული აქტის შედეგად მნიშვნელოვნად შემცირდა სადაზღვევო ფონდების რაოდენობა. 1992-1993 წლებში განხორციელდა მცირე ფონდების მასიური შერწყმა, რომელიც განსაკუთრებით შეეხო რეგიონალური ფონდებს (Allgemeine Ortskrankenkassen – AOK), რის შედეგად ზოგ რეგიონში მხოლოდ ერთი AOK-ას ფონდი დარჩა. 1994-1995 წლებში იგივე პროცესები შეეხო საამქროს, გილდიის ფონდებს (IKK), ხოლო შემდგომ პერიოდში კომპანიაზე დაფუძნებულ ფონდებს (BKK).

საფრანგეთში სოციალური დაზღვევის უფრო რთული, მრავალსაფეხურიანი სისტემა მოქმედებს. ჯანდაცვის დაზღვევის მთავარ სქემას (Regime General) აქვს 16 რეგიონალური და 129 ადგილობრივი ფონდებისაგან შემდგარი ქსელი. ჯანდაცვის ეს ფონდები პასუხისმგებელნი არიან ჯანდაცვის სერვისების შესყიდვაზე: ისინი ახდენენ ხელშეკრულებების დადებას პროვაიდერებთან, ეროვნულ დონეზე კი – აწარმოებენ სახელშეკრულებო მოლაპარაკებებს პროფესიულ კავშირებთან და ადგენენ ტარიფებს. ადგილობრივი ფონდები პასუხისმგებელნი არიან თანხების გადახდაზე პროვაიდერებისათვის. ფონდები წარმოადგენენ არამომგებიან ორგანიზაციებს, რომელთაც ჰყავთ თავიანთი საბჭოები და აქვთ მართვის ავტონომია, თუმცა, მათ ზედამხედველობას უწევს ეროვნული საფონდო ორგანიზაცია. 1996 წელს ჩატარებული რეფორმების შედეგად შეიქმნა რეგიონალური ჰოსპიტალების სააგენტოები, რომელთაც გააჩნიათ ჯანდაცვის ფონდების სახელმწიფო და რეგიონალური ასოციაციების ერთობლივი ორგანიზაციების სტატუსი. ამჟამად, აღნიშნულ სააგენტოებს შესყიდვების დიდი პასუხისმგებლობა აკისრიათ, რადგან მათ შეუძლიათ გააფორმონ კონტრაქტები როგორც კერძო, ისე სახელმწიფოს საკუთრებაში არსებულ სავადმყოფოებთან. ფაქტიურად, მათი საავადმყოფოებზე ზემოქმედების ბერკეტებს წარმოადგენს შესყიდვების (კონტრაქტებით) განხორციელება, დაგეგმვა და დაფინანსება.

ჩეხეთში ჯანმრთელობის დაზღვევის ცხრა რეგიონული ფონდი არსებობს. მათგან უდიდესია ჯანმრთელობის მთავარი დაზღვევის ფონდი (General Health Insurance Fund), რომელიც, მოიცავს მოსახლეობის 71%-ს (7,3 მლნ პირი). სხვა ფონდები (თითოეული) მოიცავენ 113000-დან 807000-მდე ადამიანს. აღნიშნული ფონდები სახელმწიფო ფონდებს (ისევე როგორც მთავარი ფონდი) წარმოადგენენ. ისინი არიან კომპანიებზე დაფუძნებული ან პროფესიულ ჯგუფებთან ჩამოყალიბებული ორგანიზაციები. ყველა მათგანი საზოგადოებრივი, არამომგებიანი ორგანიზაციაა, რომლებიც სახელმწიფოს მიერ ფინანსდებიან, მაგრამ გარკვეული ავტონომიაც გააჩნიათ.

ავსტრიაში, საფრანგეთსა და ლუქსემბურგში კონკურენტული ფონდების რაოდენობა შედარებით მცირეა. ავსტრიაში 21 სოციალური დაზღვევის ფონდი ფუნქციონირებს, რომლებიც შექმნილია გეოგრაფიულ და ნაწილობრივ პროფესიულ (მემახტეები, ფერმერები, რკინიგზის მუშაკები, სამოქალაქო მოსამსახურენი) პრინციპებზე.

ლუქსემბურგში და საფრანგეთში ფონდები შექმნილია პროფესიულ პრინციპზე. ასე მაგალითად, ლუქსემბურგში არსებობს 9 სამედიცინო ფონდი: ფიზიკურად მომუშავე პირთათვის, კერძო სექტორის “თეთრი საყელოიან” პირთათვის, საკუთარი საწარმოს მომსახურე პირთათვის (დაქირავების გარეშე მომუშავენი), სოფლის მეურნეობის სექტორში მუშაკთათვის, სახელმწიფო აპარატის მუშაკთათვის, მმართველობის ადგილობრივ ორგანოებში დასაქმებულთათვის, კერძო კომპანია ARBED–ში დასაქმებულთათვის, კომპანია ARBED–ის “თეთრ საყელოიან” პირთათვის და ლუქსემბურგის რკინიგზის მუშაკთათვის.

ბელგიაში არსებობს 100-მდე ფონდი, რომლებიც ორგანიზებულია რელიგიური და პოლიტიკური პრინციპებით. ყველა ფონდები (ორის გარდა) შედიან 5 ასოციაციაში: ქრისტიანულ, თავისუფალ, პროფესიულ, ლიბერალურ, ნეიტრალურ და სოციალისტურ ასოციაციებში; დარჩენილი ორი ფონდი წარმოადგენს დამხმარე ფონდს და ბელგიის რკინიგზის ფონდს.

შვეიცარიაში სამედიცინო ფონდები და კერძო სადაზღვევო ფონდები წარმოადგენენ სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევას (კომპანიებს მოგების მიღება შეუძლიათ მხოლოდ დამატებითი ნებაყოფლობითი დაზღვევის შედეგად); 1993-1999 წლებში ფონდების რაოდენობა 207-დან 109-მდე შემცირდა (Minder et al. 2000).

რუსეთში ჯანდაცვის სავალდებულო დაზღვევის სისტემა 1993 წლიდან მოქმედებს და მოიცავს ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფედერალურ ფონდსა და ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიულ ფონდებს (რუსეთის ფედერაციის თითოეულ სუბიექტში ერთი ტერიტორიული ფონდი). ფედერალური სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო ფონდი არეგულირებს 89 ტერიტორიულ სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო ფონდებს. ტერიტორიული ფონდები ახორციელებენ სადაზღვევო შემოსავლების შეგროვებას და მათ განაწილებას. დადგენილია სადაზღვევო შენატანების ორი კატეგორია: დასაქმებულ პირებზე შენატანებს იხდიან დამსაქმებლები (3,6 %), ხელისუფლების ადგილობრივი ორგანოები დაუსაქმებელი მოსახლეობისათვის (ბავშვები, პენსიონერები, უმუშევრები...) იხდიან სუბსიდიებს ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის რეგიონალურ ფონდებში. სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდები შემოსულ სახსრებს გადასცემენ სადაზღვევო კომპანიებს (მათ სამედიცინო დაზღვევის ორგანიზაციებსაც უწოდებენ) ან ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდების ფილიალებს, რომლებიც სამედიცინო დაწესებულებებისგან ახორციელებენ ჯანდაცვის სერვისების შესყიდვებს დაზღვეული მოსახლეობისათვის.

დამსაქმებლის სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის შენატანი, რომელიც დასაქმებულის შრომის ანაზღაურების 3,6 %-ს შეადგენს, ნაწილდება შემდეგნაირად: 3,4 % – ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდებს, 0,2 % – ფედერალური სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო ფონდს. სახსრები, რომლებიც გადაეცემა ფედერალური სავალდებულო სამედიცინო სადაზღვევო ფონდს გამოიყენება ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდების შემოსავლების გათანაბრებისათვის. ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფედერალური და ტერიტორიული ფონდები წარმოადგენენ სახელმწიფო არაკომერციულ ორგანიზაციებს. ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფედერალური ფონდი იურიდიულად დამოუკიდებელი ორგანიზაციაა და არ ექვემდებარება ჯანდაცვის სამინისტროს. ამასთან ჯანდაცვის სამინისტრო თვალყურს ადევნებს ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფედერალური ფონდის საქმიანობას ფედერალური ფონდის გამგეობაში საკუთარი წარმომადგენლების მეშვეობით.

ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფედერალური ფონდი ზედამხედველობას უწევს ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის 89 ტერიტორიულ ფონდს, რომელთა სტატუსი ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის სისტემაში შეესაბამება ჯანდაცვის მართვის

რეგიონული ორგანოების სტატუსს. ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფედერალური ფონდი უპირველეს ყოვლისა, ვალდებულია მართოს ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის მთელი სისტემა და თვალყური ადევნოს რეგიონებში ფინანსური პირობების თანასწორობას. ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდები პასუხისმგებელი არიან სადაზღვევო შენატანების შეგროვებაზე და მოსახლეობისათვის ხელშეკრულებით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების უზრუნველყოფაზე.

სამედიცინო დაზღვევის კანონით დადგენილ შემდეგ მთავარ ელემენტს წარმოადგენენ სადაზღვევო კომპანიები, რომლებიც დამოუკიდებელი ორგანიზაციებია. ისინი ახორციელებენ დაზღვეულთათვის სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებას. ასეთი ორგანიზაციების ორი სახე არსებობს: დამოუკიდებელი სადაზღვევო კომპანიები და ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდების ფილიალები. სადაზღვევო კომპანიები (და ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდების ფილიალები) ხელშეკრულებას დებენ ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიულ ფონდებთან, რომლებისგან ღებულობენ სახსრებს თითოეულ დაზღვეულზე და სამედიცინო მომსახურების გასაწევად ირჩევენ სამედიცინო დაწესებულებებს. სადაზღვევო კომპანიები თვალყურს ადევნებენ სამედიცინო დაწესებულებების მიერ შესრულებული მომსახურების ხარისხზე. გარდა ამისა, სადაზღვევო კომპანიებს უფლება აქვთ განახორციელონ ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა. კანონის შესაბამისად, მათ უფლება აქვთ განახორციელონ საკუთარი საქმიანობა სხვადასხვა სახით – შექმნან სამედიცინო-სადაზღვევო გაერთიანებები, ან სამედიცინო გაერთიანებები, რომლებიც მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფებს მიაწვდიან ფასიან სამედიცინო მომსახურებას წინასწარ დადგენილი ტარიფების შესაბამისად, ან შექმნან ზოგადი პრაქტიკების ორგანიზაციები. 1990-იანი წლების ბოლოსათვის ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის სისტემაში შედიოდნენ: ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ფედერალური ფონდი, ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის 89 ტერიტორიული ფონდები და მათი 1170 ფილიალები, 415 სადაზღვევო კომპანიები. შეინიშნება სადაზღვევო კომპანიების რაოდენობის კლების ტენდენცია.

აქვე აღსანიშნავია, რომ რეგიონების მეოთხედ ნაწილში სადაზღვევო კომპანიები არ არსებობენ, რეგიონების 16 %-ში სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებას ახორციელებენ ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდები, ხოლო 9 %-ში – ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის ტერიტორიული ფონდების ფილიალები. ქვეყნის სუბიექტების

დანარჩენ, დაახლოებით ნახევარ ნაწილში, დაფინანსებას ახორციელებენ სადაზღვევო კომპანიები.

შენატანები – განაკვეთი, ზღვარი, დამატებითი შენატანები

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის დაფინანსების ძირითად წყაროს წარმოადგენს დამქირავებლებისა და დაქირავებულების შენატანები. შენატანების ზომა განისაზღვრება შემოსავლების დონით. ყველა ქვეყანაში (შვეიცარიის გარდა) შენატანის ნაწილს იხდის დამქირავებელი, ხოლო მეორე ნაწილს დაქირავებული. ამასთან ერთად არსებობს მნიშვნელოვანი განსხვავებები, რომლებიც შემდეგ ასპექტებს ეხება:

- შენატანის ზომის ერთგვაროვნობა;
- დაქირავებულისა და დამქირავებლის წილები;
- შენატანის ზემო ზღვარის არსებობა;
- დამატებითი შენატანები (პირდაპირი გადახდები), რომლებიც ხელფასთან არ არის დაკავშირებული.

ბელგიაში, ლუქსემბურგში, ნიდერლანდებში და საფრანგეთში შენატანების ზომა ყველა დაზღვეული პირისათვის არის ერთნაირი (მიუხედავად ფონდისა და ფონდში წევრობის სტატუსისა). ავსტრიაში შენატანები მერყეობს 6,4-9,1% შორის და დაკავშირებულია დასაქმების სტატუსთან; ამასთან, შენატანის განაკვეთი დასაქმების ერთნაირი სტატუსის მქონე პირებისათვის სხვადასხვა ფონდებში ერთნაირია. გერმანიაში სხვადასხვა ფონდებში სხვადასხვა შენატანებია, მაგრამ არ არის დამოკიდებული დასაქმების სტატუსზე.

ავსტრიაში, ბელგიაში, გერმანიაში (2005 წლიდან 54:46), ლუქსემბურგში, კორეაში, იაპონიაში (მხოლოდ სახელმწიფოს მიერ მართულ სქემებში) დამქირავებლებისა და დაქირავებულების შენატანები თითქმის თანაბარია (50:50).

გერმანიაში 1949 წლიდან მოყოლებული 2004 წლის ჩათვლით დამქირავებლებისა და დაქირავებულების შენატანები ტრადიციულად თანაბარს (50:50) წარმოადგენდა. 2004 წელს შენატანის საშუალო ზომა შეადგენდა 14,2 %-ს, რომელსაც თანაბრად იყოფდნენ როგორც დაქირავებული (7,1 %), ასევე დამქირავებელი (7,1 %). 400 ევროზე ნაკლები შემოსავლის შემთხვევაში სადაზღვევო შენატანს მთლიანად იხდის დამქირავებელი (ყველასათვის

დაწესებულია შენატანის ერთნაირი ზომა – 11 %). 1998 წლამდე 400 ევროზე ნაკლები შემოსავლის შემთხვევაში სადაზღვევო შენატანები არ იყო დაწესებული. 2005 წლის ივლისიდან გაიზარდა დაქირავებულის წილი: დაქირავებულთათვის შემოღებულ იქნა სპეციალური სადაზღვევო შენატანი 0,4 % (ვარაუდობენ მის გაზრდას 0,9 %-მდე), შესაბამისად 0,45 %-ით შემცირდა დამქირავებლის შენატანების წილი. აღნიშნულის შედეგად, დაქირავებულების პროცენტული წილი შეადგენს 54 %-ს, ხოლო დამქირავებლებისა 46 %-ს. ხელოვნების მუშაკებზე და სტუდენტებზე შენატანების ნახევარს იხდის ფედერალური მთავრობა, პენსიონერებისა და უმუშევრების შემთხვევაში დამქირავებელს წარმოადგენს – შესაბამისად საპენსიო ფონდები და დასაქმების ფედერალური სააგენტო. 2004 წლიდან პენსიონერები სამედიცინო სადაზღვევო შენატანებს იხდიან კომპანიისა და სხვა არასოციალური პენსიებიდან (ამ შემთხვევაში დაზღვეული მთლიანად იხდის სადაზღვევო შენატანს).

ავსტრიაში დამქირავებლებისა და დაქირავებულების შენატანების ზომის თანაფარდობა მერყეობს დასაქმებულ ჯგუფებს შორის: 50:50 “თეთრი საყელოს” მუშაკებში და 53:47 “ლურჯი საყელოს” მუშაკებში.

საფრანგეთში 1970-იან წლებში დამქირავებლებისა და დაქირავებულების შენატანების ზომების თანაფარდობა შეადგენდა 20:80-ს; 1980-იან წლების ბოლოს იგი შეიცვალა 30:70-ით, ხოლო 1992-1997 წლებში – 35:65-ით. 1998 წელს სოციალური დაზღვევის სისტემის ფინანსური ბაზის გაფართოების მიზნით დაქირავებულთა შენატანების ზომა შემცირდა 6,8 %-დან 0,75 %-მდე, შესაბამისად თანაფარდობა გახდა 6:94. ამასთან, შემცირებული დაქირავებულთა შენატანების ნაცვლად შემოღებულ იქნა მთლიანი შემოსავლიდან “საერთო სოციალური შენატანი”. საერთო სოციალური შენატანის ზომა დამოკიდებულია შემოსავლის წყაროზე. 2001 წელს საერთო სოციალური შენატანის განაკვეთი შეადგენდა 5,25 %-ს შრომის შემოსავლების, კაპიტალის და ბირჟაზე მოგებისათვის, 3,95 % პენსიებისა და სხვა დახმარებებისათვის. ამით ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდების შემოსავლები ნაკლებად იყვნენ დამოკიდებული შრომითი შემოსავლების ზომაზე, დასაქმების და სახელფასო ფონდის ცვლილებებზე.

ნიდერლანდებში შენატანების ძირითად წილს დამქირავებლები ფარავენ სადაზღვევო სალაროების კანონის (Sickness Fund Act – ZFW) შესაბამისად, მაგრამ არა განსაკუთრებული სამედიცინო ხარჯების კანონით (Exceptional Medical Expenses Act – AWBZ) – მთლიანობაში იგი

შეადგენს 32:68. ამასთან, 1990 წლიდან 2004 წლების პერიოდში დაქირავებულის წილი 64 %-დან 68 %-მდე გაიზარდა.

ნიდერლანდებში ყველა პირი ვალდებულია გადაიხადოს შემოსავლის ნაწილი (6,5% წლიური შემოსავლის პირველი 30,000 ევროდან) რისკების გათანაბრების ფონდში. ამასთან, ყველა ზრდასრული პირი ვალდებულია გადაიხადოს სოციალური პრემია (ანუ ერთნაირი ფასი ერთი და იგივე სარგებლისათვის, მიუხედავად მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა) მათ მიერვე შერჩეულ სადაზღვევო ფონდებში. ფონდები საკუთარ ფასებს აწესებენ. ცალკეული ოჯახები დახმარებებს ღებულობენ იმ შემთხვევაში, თუ საშუალო სოციალური პრემია აღემატება შემოსავლის გარკვეულ პროპორციას (4% თითოეულ ზრდასრულ პირზე). ამჟამად, ჯანდაცვის დახმარებას ღებულობს ქვეყნის საოჯახო მეურნეობების ორი მესამედი. იმის გამო, რომ ისინი იხდიან დახმარებებით დაუფარავი პრემიის ნაწილს, ზრდასრულ მომხმარებლებს უწევთ გადაიხადონ მთლიანი სხვაობა, თუკი ისინი მაღალი ფასის მქონე სადაზღვევო გეგმას შეარჩევენ. ბავშვებზე სამედიცინო მომსახურების ყველა ხარჯს სახელმწიფო ფარავს.

შენატანების ზემო ზღვარი არსებობს ავსტრიაში, გერმანიაში, ლუქსემბურგში და ნიდერლანდებში, მაგრამ არა ბელგიაში და საფრანგეთში. გერმანიაში მაქსიმალური შემოსავალი, რომელზეც სავალდებულო სადაზღვევო შენატანია დაწესებული შეადგენს 3487,5 ევროს თვეში (2004 წ.).

ნიდერლანდებში შემოსავლის მაქსიმალური დონე, საიდანაც სავალდებულო სადაზღვევო შენატანების გადახდა ხორციელდება, შეადგენს 29493 ევროს დაქირავებულისათვის და 20800 ევრო თვითდასაქმებულისათვის (2004 წ.). ნაკლები წლიური შემოსავლის შემთხვევაში დამქირავებლები და დაქირავებულები იხდიან სავალდებულო სამედიცინო გადასახადს. თუ მოქალაქის შემოსავალი გადააჭარბებს ზემოთნახსენებ ზღვარს, მასზე არ ვრცელდება სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევა და იგი ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ფონდში უნდა გაწევრიანდეს. დაზღვეულისათვის მომავალი წლის შემოსავლების დონის განსაზღვრისათვის სარეკომენდაციოდ გამოიყენება ყოველი წლის 1 ნოემბერი, მიუხედავად შემდგომ წელს დაზღვეულის შემოსავლის დონის გაზრდის თუ შემცირების, ან უფრო მაღალანაზღაურებიანი სამუშაოს პოვნისა.

ცხრილი 9. შემოსავლის ზღვარი, რომელზეც ხდება დაბეგვრა.

<i>ქვეყანა</i>	<i>შემოსავლის ზღვარი, რომელზეც ხდება დაბეგვრა</i>
ავსტრია	44 000 ევრო
ბელგია	არა
საფრანგეთი	არა
გერმანია	დასავლეთში 40 000 ევრო; აღმოსავლეთში 32 000 ევრო;
ლუქსემბურგი	70 000 ევრო;
ნიდერლანდები	AWBZ 22 000 ევრო; ZPW 29 000 ევრო;
შვეიცარია	არა

ბელგიაში, ნიდერლანდებში და საფრანგეთში, ხელფასზე დამოკიდებული შენატანების გარდა, არსებობს დამატებითი შენატანები. ბელგიაში და ნიდერლანდებში ყოველი დაზღვეული სავალდებულო შენატანის გარდა იხდის განსაზღვრულ, მაგრამ არა შემოსავლებთან დამოკიდებულ პრემიას. ბელგიაში ასეთი პრემიები არ არის დიდი ზომის, მაგრამ ნიდერლანდებში იგი დაახლოებით 180 ევროს შეადგენს წელიწადში (სამედიცინო ფონდების შემოსავლების დაახლოებით 10 %). ნიდერლანდებში დამატებით შენატანს იხდიან არამართო ფონდში დაზღვეული წევრები, არამედ მათზე დამოკიდებული პირებიც.

ცხრილი 10: სხვა პირდაპირი შენატანები ფონდში

<i>ქვეყანა</i>	<i>სხვა პირდაპირი შენატანები</i>
ავსტრია	არა
ბელგია	პლუს ნორმალური სულადობრივი პრემია (სხვადასხვა ფონდებში სხვადასხვაა)
საფრანგეთი	საერთო სოციალური შენატანი 7.5% + სოციალური ვალის გადასახდელად 0.5%
გერმანია	არა
ლუქსემბურგი	არა
ნიდერლანდები	პლუს სულადობრივი პრემია (სხვადასხვა ფონდებში სხვადასხვაა), საშუალო ზომა 180 ევრო წელიწადში
შვეიცარია	მხოლოდ სულადობრივი პრემია

საფრანგეთში დაქირავებულის წილი სადაზღვევო შენატანში ჩანაცვლებულია საერთო სოციალური შენატანით, რომლის ზომა აგრეთვე არ არის დამოკიდებულია ხელფასის ზომაზე; დაქირავებული, აგრეთვე, დამატებით იხდის სოციალურ გადასახადს. დამატებითი პრემიების გადახდა სხვადასხვა მიზეზებითაა მოტივირებული: საფრანგეთში მთავარ მოტივად მიიჩნევენ ხარჯების შეკავებას და ფონდების დაფინანსების ბაზის გაზრდას, ნიდერლანდებში – ფონდებს შორის ფასისმიერი კონკურენციის აუცილებლობას.

ცხრილი 11. სავალდებულო სადაზღვევო შენატანის ზომა, ხელფასის % (დამქირავებელი/ დაქირავებული)

ქვეყანა	შენატანების ზომა	დამქირავებლის და დაქირავებულის წილი	შენიშვნა
ავსტრია	6.4–9.1%	50:50 „თეთრი საყელოს“ მუშაკებში 53:47 „ლურჯი საყელოს“ მუშაკებში	ვარიებს პროფესიის მიხედვით
ბელგია	7.4%	52:48	ერთიანი
საფრანგეთი	19.6%	65:35	ერთიანი
გერმანია	საშუალოდ 13.6%	50:50	ვარიებს ფონდების მიხედვით
ლუქსემბურგი	5.1% + 0.3-0.5% ავადობის დახმარება	50:50	ერთიანი
ნიდერლანდები	AWBZ – 10.3% ZPW – 8.1%	AWBZ – 0:100 ZPW – 78:22	ერთიანი
ბულგარეთი	6%	75:25	
ხორვატია	18%	100:0	
ჩეხეთი	13.5%	66:33	
ესტონეთი	13%	100:0	
საქართველო	4%	75:25	
უნგრეთი	14%	79:21	
ყაზახეთი	3%	100:0	
ყირგიზეთი	2%	100:0	
პოლონეთი	7.75%	0:100	
რუმინეთი	14%	50:50	
რუსეთი	3.6%	100:0	
სლოვაკეთი	13.25%	50:50 (დამატებით 0.53% პროფესიული დაავადებებისა და ტრავმებისათვის)	
სლოვენია	13.25%	50:50 (დამატებით 0.53% პროფესიული დაავადებებისა და ტრავმებისათვის)	
ალბანეთი	3.4%	50:50	

წყარო: Preker et al., 2002.

ცხრილი 12. სოციალური დაზღვევა ცალკეულ ქვეყნებში.

ქვეყანა	შემოღების წელი	სადაზღვევო შენატანი		
		პირი, ვინც ღებულობს ხელფასს (დამქირავებელი/ დაქირავებული)	თვითდასაქმებული	უმუშევარი
ხორვატია	1993	18.0% (18/0)	დეკლარირებული შემოსავლის 18%	პენსიების, დახმარებების, აგრეთვე ცენტრალური ბიუჯეტის 18%
ჩეხეთი	1993	13.5% (9/4.5)	სუფთა შემოსავლის 35%-დან 13.5%-მდე	შრომის ანაზღაურების ოფიციალური მინიმალური ზომის

				80% + ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერტი 13.5%
ესტონეთი	1992	13.0% (13/0)	დეკლარირებული შემოსავლის 13%	ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერტი
უნგრეთი	1990	14.0% (11/3 + მიზნობრივი გადასახადი 170\$ დაქირავებულისგან)	დეკლარირებული შემოსავლის 14% + მიზნობრივი გადასახადი 170\$ დაქირავებულისგან	ცენტრალური ბიუჯეტი, ტრანსფერტის ზომა არ არის შეთანხმებული
სლოვაკეთი	1994	13.7% (10/3.7)	დეკლარირებული შემოსავლის 13.7%	ცენტრალური ბიუჯეტი, ტრანსფერტის ზომა განისაზღვრება შრომის ანაზღაურების მინიმალური ზომის 73%-დან
სლოვენია	1993	13.25%	დეკლარირებული შემოსავლის 13.25%	ცენტრალური ბიუჯეტი
ალბანეთი	1995	სახელმწიფო სექტორი - 3.4% (1.7/1.7), კერძო სექტორი - 3-5%	შრომის ანაზღაურების ოფიციალური მინიმალური ზომის 7%	ცენტრალური ბიუჯეტი
ყაზახეთი	1996	3.0% (3/0)	დეკლარირებული შემოსავლის 3.0%	უმუშევარი მოსახლეობის ერთ სულზე გათვლილი შესატანი
ლატვია	1998	პირადი საშემისავლო გადასახადიდან 28.4%	პირადი საშემისავლო გადასახადიდან 28.4%	ცენტრალური ბიუჯეტი
პოლონეთი	1999	7,5%	დეკლარირებული შემოსავლის 7.5%	დახმარების 7,5%
რუმინეთი	1999	14.0% (7/7)	დეკლარირებული შემოსავლის 7%	დახმარებაზე საშემისავლო გადასახადი 7%
რუსეთი	1993	3.6% (3.6/0)	დეკლარირებული შემოსავლის 3.6%	ცენტრალური ბიუჯეტი, ტრანსფერტის ზომა არ არის შეთანხმებული
აზერბაიჯანი	ჯანდაცვაზე ხელფასიდან გადასახადი არ არსებობს			
საქართველო	1995	4.0% (3/1)	საშემისავლო გადასახადი 4%	ცენტრალური ბიუჯეტი, ტრანსფერტის ზომა არ არის შეთანხმებული
ყირგიზეთი	1997	2.0% (2/0)	დეკლარირებული შემოსავლის 2%	რაიონის შენატანები. ზომა არ არის შეთანხმებული
მოლდავეთი	ჯანდაცვაზე ხელფასიდან გადასახადი არ არსებობს			

თეორიულად შესაძლებელია არსებობდეს ნეგატიური დამატებითი შენატანებიც. ასე მაგალითად, გერმანიაში 1989 წლიდან მოყოლებული ტარდებოდა შენატანების დაბრუნების მცდელობები სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნის არარსებობის შემთხვევებში. 1997 წელს ასეთი ალტერნატივა ყველა ფონდისათვის იქნა შემოღებული, თუმცა კვლევების თანახმად, მისგან მოგებას ღებულობდნენ მხოლოდ ისინი ვინც არ მოითხოვდნენ სამედიცინო მომსახურებას (Malin and Schmidt. 1996). შენატანების დაბრუნება არ ითვლება ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ფუძემდებლურ პრინციპებთან თავსებადი, რის გამოც 1998 წელს ახალმა პარლამენტმა იგი გააუქმა.

პენსიონერთა შენატანების ზომა განსხვავებულია სხვადასხვა ქვეყნებში. ხშირ შემთხვევებში, პენსიონერები თავიანთი პენსიიდან იხდიან ისეთივე წილს, რასაც დაქირავებული პირები თავიანთი ხელფასიდან.

გერმანიაში და ლუქსემბურგში პენსიონერთა შენატანის გარკვეულ წილს იხდის სახელმწიფო საპენსიო ფონდიც (ამ შემთხვევაში იგი ცვლის დამქირავებელს), მაშინ როდესაც ნიდერლანდებში პენსიონერს შეაქვს მთლიანი თანხა. ბელგიაში პენსიონერები იხდიან მხოლოდ დაქირავებულის წილს (3,55 %), ავსტრიაში პენსიონერთათვის შენატანის ზომა 11 %-ს აღემატება. რადგანაც ავსტრიაში პენსიონერები იხდიან იმდენს, რამდენსაც ფონდების დასაქმებული წევრები (3,75 %), საპენსიო ფონდები ავსებენ შენატანის ორ მესამედს (European Commission 2000).

ფონდების არჩევის უფლება

ქვეყანაში რამდენიმე ფონდის ფუნქციონირების შემთხვევაში დაზღვეულებს შესაძლებლობა აქვთ (ან არ აქვთ) ამოირჩიონ მათ შორის სასურველი ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ფონდი. შეიძლება ქვეყანაში რამდენიმე ფონდი არსებობდეს, მაგრამ მათი არჩევის შესაძლებლობა იყოს მცირე, რადგან დაზღვეულები გარკვეულ ფონდებთან მათი საცხოვრებელი ან სამუშაო ადგილის მიხედვით არიან გაწევრიანებული. ზოგ ქვეყნებში შეიძლება ფონდებს შორის არჩევის უფრო მეტი შესაძლებლობა იყოს და შესაბამისად, კონკურენციის მეტ სტიმულს იძლეოდეს, მაგრამ თან ახლდეს თანაბარი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული სირთულეები.

ფონდების დიდი რაოდენობა სრულებით არ ნიშნავს არჩევანის მეტ შესაძლებლობას. ასე მაგალითად, გერმანიაში, 1995 წლამდე მოსახლეობის უმეტეს ნაწილს არ ჰქონდა საავადმყოფოს საღაროს არჩევის საშუალება. დაზღვეულების უმრავლესობა ერთ სადაზღვევო კომპანიაში ტრადიციულად ადგილმდებარეობის ან საქმიანობის მიხედვით იყო გაწევრიანებული. ამასთან, სხვადასხვა სადაზღვევო ფონდებში შენატანების განსხვავებული განაკვეთი იყო დაწესებული, რომელიც დამოკიდებული იყო შემოსავლებზე. აქვე აღსანიშნავია, რომ ფონდების მხოლოდ ნებაყოფლობით, მაღალშემოსავლიან წევრებს (რომელთა შემოსავალი გარკვეულ ზღვარს ზევითაა) შეეძლოთ აერჩიათ ან შეეცვალათ ფონდი.

1996 წლიდან ჯანდაცვის სტრუქტურის შესახებ კანონის საფუძველზე დაზღვეულებს მიეცათ სამედიცინო ფონდების თავისუფალი არჩევის და წელიწადში ერთხელ მისი შეცვლის უფლება (3 თვით წინასწარი შეტყობინების საფუძველზე), გამონაკლისს შეადგენენ მხოლოდ ფერმერები, მეზღვაურები და მეშახტეები, რომლებსაც მხოლოდ თავიანთი ფონდების არჩევის უფლება აქვთ. რეგიონალური (AOK) და შემცვლელი (substitute) ფონდები ვალდებული არიან მიიღონ ყველა დაზღვეულები. კომპანიებზე დაფუძნებულ ფონდებს და საამქროების (გილდიების) ფონდებს შეუძლიათ შემოსაზღვრონ მათთან გაწევრიანება, თუმცა შეუძლიათ აირჩიონ და მიიღონ პრეტენდენტების განუსაზღვრელი რაოდენობით გაწევრიანების სქემა.

ფონდების კონკურენტუნარიანობის დონის შენარჩუნებისთვის 1994-1995 წლებში შემოღებულ იქნა რისკის სტრუქტურის გათანაბრების სქემა, რომელიც გულისხმობდა შენატანების განაკვეთსა (ცვალებადი შემოსავლების დონის გამო) და ხარჯებს (ასაკობრივი და სქესობრივი განსხვავების გამო) შორის არსებული სხვაობების გათანაბრებას.

სოციალური დაზღვევის სისტემაში ფონდების თავისუფალი არჩევის უფლების მინიჭებამ, აგრეთვე რისკის კორექციის (risk adjustment) სქემამ, ფონდებს შორის დაზღვეულთა მოძრაობის გააქტიურება გამოიწვია. ცვლილებები დაკავშირებულია შენატანების ზომაზე: ფონდები, სადაც შენატანები საშუალო ზომაზე მეტია, კარგავენ თავიანთ წევრებს, მაშინ, როდესაც ფონდები სადაც შენატანები საშუალოზე დაბალია იძენენ ახალ წევრებს (Muller and Schneider 1999). აღნიშნულის შედეგად, 1997-1998 წლებში AOK-ებმა ათასობით წევრი დაკარგეს, ხოლო BKK-ებმა ახალი წევრები მიიღეს. მიუხედავად იმისა, რომ რისკის კომპენსაციის სისტემამ შენატანების განაკვეთის შემცირება განაპირობა, ფონდებს შორის დაზღვეულთა მოძრაობამ ვერ გაათანაბრა რისკის სხვადასხვა სტრუქტურა (რომელიც შეამცირებდა ფონდთა შორის დაზღვეულთა გადასვლას). უფრო ჯანმრთელი, ახალგაზრდა და კარგი შემოსავლის მქონე პირები ხშირად უფრო იაფ ფონდებში გადადიან, რაც ფონდებს შორის გადასვლის თანხის ზომის ზრდას განაპირობებს. აქედან გამომდინარე, მკვლევართა აზრით, მიზანშეწონილია რისკის კომპენსაციის მექანიზმის პერმანენტულ საფუძველზე შემოღება, სანამ რისკის სტრუქტურა არ გათანაბრდება.

ბელგიაში დაზღვეულებს (რკინიგზელთა გამოკლებით) უფლება აქვთ აირჩიონ სხვადასხვა ფონდებს შორის სასურველი, მაგრამ ავსტრიაში, ლუქსემბურგში და საფრანგეთში არ აქვთ ამის შესაძლებლობა.

როდესაც დაზღვეულს უფლება აქვს აირჩიოს ფონდი და გადავიდეს ერთი ფონდიდან მეორეში, ხელმძღვანელი პირები ადგენენ გადასვლებს შორის მინიმალურ პერიოდს. როდესაც ნიდერლანდებში 1995 წელს შემოღებულ იქნა ფონდებს შორის კონკურენცია, დასაწყისში შემოღებულ იქნა ორწლიანი ინტერვალი, თუმცა 1997 წელს იგი ერთ წლამდე შემცირდა. ბელგიაში ფონდების შეცვლა შეიძლება ყოველ სამ თვეში ერთჯერ, შვეიცარიაში – ყოველ 6 თვეში, გერმანიაში – ყოველ 12 თვეში. გერმანიაში მხოლოდ ნებაყოფლობით, მაღალშემოსავლიან წევრებს შეუძლიათ შეიცვალონ ფონდი ნებისმიერ დროს, 2 თვით ადრე წინასწარ შეტყობინების საფუძველზე.

ცხრილი 13. ფონდის არჩევის უფლება სხვადასხვა ქვეყნებში.

<i>ქვეყანა</i>	<i>სადაზღვევო ფონდის არჩევის უფლება</i>
ავსტრია	არა (გეოგრაფიული, პროფესიული)
ბელგია	დიახ, 3 თვეში ერთხელ მოსახლეობის 99% (რკინიგზის მუშაკების გამოკლებით)
საფრანგეთი	არა (პროფესიული)
გერმანია	დიახ, 18 კვირის ინტერვალით მოსახლეობის 96%-ს (ფერმერების, მეზღვაურების და მეშახტეების გამოკლებით)
ისრაელი	დიახ, 12 თვეში ერთხელ
ლუქსემბურგი	არა (პროფესიული)
ნიდერლანდები	დიახ, 1 წლის ინტერვალთ, მოსახლეობის 100%-ს
შვეიცარია	დიახ, 6 თვეში ერთხელ (მხოლოდ კანტონის შიგნით) მოსახლეობის 100%-ს

წყარო: European Observatory's Health Care in Transition reports, Weber (2000); Österreichische Sozialversicherung (2002); Beck (2003); Belgian Federal Ministry of Social Affairs, Public Health and Environment (2003); Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen und Konsumentenschutz (2003a); Chinitz (2003); Lamers et al. (2003); Ministère de la Sécurité Sociale du Grand-Duché de Luxembourg (2003); Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003a; 2003d) BSV/OFAS/UFAS (2003b).

სარგებლის პაკეტი

სოციალური დაზღვევის სისტემები ჩვეულებრივ მთლიანად ამ ნაწილობრივ ფარავენ ყველა წევრებისათვის განსაზღვრულ სარგებლების პაკეტს. სარგებლების პაკეტები მეტად თუ ნაკლებად მრავალმხრივია და დამოკიდებულია სისტემის რესურსებზე. ამასთან, სოციალური დაზღვევის სისტემები ხშირად იცვლებიან მათი სტრუქტურისა და შესაძლებლობების თვალსაზრისით. დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემები სამედიცინო მომსახურებას აწარმოებენ საზოგადოებრივ ან კერძო პროვაიდერებთან კონტრაქტის საფუძველზე, ხოლო ბენეფიციარებს აქვთ უფლება ამოირჩიონ სამედიცინო

დაწესებულება. თუმცა, ბევრ ქვეყნებში სადაზღვევო ფონდებს დანერგილი აქვთ მეკარიბჭეობის სისტემა. ბევრ განვითარებად ქვეყნებში სადაზღვევო ფონდები მათთან დაზღვეულების სამედიცინო მომსახურებას აწარმოებენ საკუთარი პროვაიდერების მეშვეობით (ეგვიპტის არაბთა რესპუბლიკა, ინდოეთი, ირანის ისლამური რესპუბლიკა, იორდანია, თურქეთი, ლათინური ამერიკის ქვეყნები), შესაბამისად, ბენეფიციარების მიერ პროვაიდერების არჩევა შეზღუდულია.

გერმანია. დაზღვეულებს და მათ ოჯახის წევრებს აქვთ უფლება ისარგებლონ მომსახურების ერთი და იგივე პაკეტით, მიუხედავად საზოგადოებრივი მდგომარეობისა, შენატანის ზომისა და დაზღვევის ხანგრძლივობისა. გერმანიის სოციალური კოდექსის მეხუთე წიგნის მესამე თავის მიხედვით, სარგებლების პაკეტში შედიან სამედიცინო მომსახურების შემდეგი სახეები:

- დაავადებების პროფილაქტიკა, სამუშაო ადგილზე ჯანმრთელობის დაცვა;
- სამედიცინო გამოკვლევები დაავადების გამოვლენის მიზნით;
- დაავადებების მკურნალობა (ამბულატორული, სტომატოლოგიური, მედიკამენტები, სამედიცინო პროფესიასთან მომიჯნავე სპეციალისტების მომსახურება, სტაციონარული მკურნალობა, მედდის მოვლა ბინაზე და რეაბილიტაციური მკურნალობა, სოციალური თერაპია);
- გადაუდებელი დახმარება; გარკვეულ მდგომარეობებში ავადმყოფთა ტრანსპორტირება;
- მომსახურების სხვა სახეები, მაგალითად პაციენტთა ინფორმირებულობის ამაღლება.

გარდა ამ მომსახურებებისა, საავადმყოფოების ფონდები 7-დან 78 კვირამდე ავადმყოფობის შემთხვევაში დასაქმებულებს სთავაზობენ ფულად ანაზღაურებას ბოლო ხელფასის 70 %-ის ოდენობით.

2004 წელს სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემიდან ოფიციალურად ამოღებულ იქნა დასაფლავებასთან დაკავშირებული შემწეობები, აგრეთვე სათვალეებით უზრუნველყოფა, ურეცეპტო სამკურნალო საშუალებებით უზრუნველყოფა.

სოციალური კოდექსი დეტალურად არეგულირებს პროფილაქტიკურ მომსახურებას და გასინჯვებს (მაგალითად რომელ დაავადებებზე ჩატარდეს გამოკვლევები და რა სიხშირით),

ხოლო დანარჩენი განიხილება საერთო ფედერალური კომისიის მიერ. კომისიას უფლება აქვს შეიმუშავოს დიაგნოსტიკური და სამკურნალო პროცედურების ჩამონათვალი.

ამბულატორიულ სექტორში ყველა პროცედურებზე მინიჭებულია მომსახურების ღირებულების “ერთიანი სკალა” ანაზღაურების კოეფიციენტებით. იგი მოიცავს თითქმის ყველა პროცედურას, მიმღებში ექიმის კონსულტაციიდან ბინაზე მოვლის ჩათვლით, ორსულთა მეთვალყურეობას, ქირურგიულ პროცედურებს და ლაბორატორიულ ტესტებს და ა. შ.

1997 წლამდე არ არსებობდა სადაზღვევო პაკეტიდან მომსახურების გამორიცხვის პირდაპირი მექანიზმი. ამბულატორიული მომსახურების პაკეტს კანონი განსაზღვრავს მხოლოდ ზოგადი სახით, მაგრამ სტომატოლოგიური მომსახურებები – განსაკუთრებით პროტეზირება – სოციალური კოდექსით შედარებით დაწვრილებითაა დადგენილი.

სტაციონარულ მომსახურებებზე არჩევანი დამოკიდებულია საავადმყოფოების ფონდებისა და საავადმყოფოებს შორის დადებულ ხელშეკრულებებზე. პაციენტებს უფლება აქვთ მიიღონ ფიზიოთერაპევტების, ლოგოპედების, შრომის თერაპიის სპეციალისტების მომსახურება. სოციალური კოდექსის მეხუთე წიგნის მიხედვით, მედიცინის მომიჯნავე სპეციალისტებს შეუძლიათ მოემსახურონ დაზღვეულებს, თუ პროცედურების თერაპიული სარგებელი აღიარებულია საერთო ფედერალური კომისიის მიერ და გათვალისწინებულია ხარისხის სტანდარტები. ასეთი მომსახურების გაწევის პირობები კომისიის მიერ შემუშავებულია პროფესიულ ორგანიზაციებთან ერთად. გამონაკლისს წარმოადგენენ ფსიქოთერაპევტები, რადგანაც ისინი ექიმთა ასოციაციების წევრები გახდნენ და შესაბამისად არ განეკუთვნებიან მედიცინის მომიჯნავე სპეციალისტებს.

ნიდერლანდებში სადაზღვევო საღაროების კანონის (Sickness Fund Act – ZFW) შესაბამისად, სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევით ფინანსდება ზოგადი პრაქტიკის ექიმებისა და სპეციალისტების მომსახურება, აგრეთვე ფარმაცევტული და სტაციონარული მომსახურებები (რომლის ხანგრძლივობა 1 წელზე ნაკლებია). ამას გარდა, კანონი “განსაკუთრებული სამედიცინო ხარჯების შესახებ” (Exceptional Medical Expenses Act – AWBZ) ყველა პირს აძლევს საშუალებას, რომ დააზღვიოს გრძელვადიანი მკურნალობისა და ჰოსპიტალიზაციის (რომლის ხანგრძლივობა 1 წელზე მეტია) საჭიროებები. მოსახლეობას შეუძლია აირჩიოს და შეიძინოს დამატებითი დაზღვევა, რომელიც ფარავს ჯანდაცვის იმ სერვისებს, რომლებიც არ არის

შეტანილი ძირითად ბაზისურ პაკეტში (მაგალითად, სტომატოლოგიური მომსახურება, ფიზიოთერაპია, კოსმეტიკური ქირურგია).

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის რეგულირება

ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა, რომელიც დაფუძნებულია სოციალური სადაზღვევო შენატანზე მკვეთრად ამცირებს სახელმწიფოს მარეგულირებელ როლს. ბევრ ქვეყანაში ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ფონდები დამოუკიდებელ ორგანიზაციებს წარმოადგენენ. მიუხედავად ამისა, სოციალური დაზღვევის სისტემაში სახელმწიფო მნიშვნელოვან როლს თამაშობს დამქირავებელთა და დაქირავებულთა შენატანების ზომის, მისი სავალდებულო ხასიათის დადგენაში. გარდა ამისა, სახელმწიფო აკონტროლებს და არეგულირებს სამედიცინო დახმარების სახეების ფასებს, დამზღვევსა და სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის სახელშეკრულებო ურთიერთობებს, სამედიცინო დახმარების გარანტირებული პაკეტის მოცულობას და ა. შ.

ცხრილი 14: სადაზღვევო შენატანის დამდგენი ორგანიზაციები.

ქვეყანა	სადაზღვევო შენატანის დამდგენი
ავსტრია	მთავრობა
ბელგია	მთავრობა
საფრანგეთი	მთავრობა
გერმანია	ფონდები
ლუქსემბურგი	სამედიცინო ფონდების გაერთიანება
ნიდერლანდები	მთავრობა
შვეიცარია	ფონდები
რუსეთი	მთავრობა

საფრანგეთში შენატანების ზომის დადგენა ხორციელდება მთავრობის, დაქირავებულთა, დამქირავებელთა და სოციალური დაზღვევის ორგანიზაციის წარმომადგენლების ურთიერთმოლაპარაკებით, სადაც გადამწყვეტი სიტყვა ეკუთვნის სახელმწიფოს.

ყოველი წლის ბოლოს ნიდერლანდების ჯანმრთელობის დაზღვევის კოლეგია (College voor zorgverzekeringen, CvZ), რომელსაც მართავს ცენტრალური ფონდები (ZFW, AWBZ) რეკომენდაციას აძლევს ჯანდაცვის, სოციალური დაცვის და სპორტის სამინისტროს მომავალი წლის სამედიცინო სადაზღვევო შენატანების ზომის დადგენაში, რომლის საფუძველზეც

ჯანდაცვის, სოციალური დაცვის და სპორტის სამინისტრო ადგენს სამედიცინო შენატანის საბოლოო ზომას.

ნიდერლანდებში კერძო სადაზღვევო კომპანიების და საავადმყოფო საღაროების საქმიანობის რეგულირებას ახორციელებენ შესაბამისად სადაზღვევო პალატა (ექვემდებარება ფინანსთა სამინისტროს) და საავადმყოფო საღაროების საბჭო (ანგარიშვალდებულია ჯანდაცვის სამინისტროსთან). კერძო სადაზღვევო კომპანიებს “განსაკუთრებული სამედიცინო დანახარჯების” ფარგლებში აკონტროლებს ორივე ორგანიზაცია. ორივე ორგანიზაცია ახდენს როგორც ჯანმრთელობის დაზღვევაზე ლიცენზიის გაცემას, ასევე სადაზღვევო ორგანიზაციის ცონტროლს. ორივე ორგანიზაციას შეუძლია შეიმუშაოს ინსტრუქცია საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში, ხოლო სადაზღვევო ორგანიზაციები ვალდებული არიან მისდიონ ამ ინტრუქციას. ორივე ორგანიზაციას უფლება აქვს გააკონტროლოს სადაზღვევო ორგანიზაციების ბიუჯეტები, სახსრების ხარჯვის რაციონალურობა, ლიცენზიის პირობები.

გერმანიაში და ლუქსემბურგში სამედიცინო შენატანის ზომას ადგენენ სადაზღვევო ორგანიზაციები, მთავრობა კი ამტკიცებს მათ მიერ მიღებულ გადაწყვეტილებებს. გერმანიაში სადაზღვევო ორგანიზაციების საქმიანობაზე ზედამხედველობას ახორციელებს სოციალური დაზღვევის ზედამხედველობის ფედერალური სამსახური.

სოციალური კოდექსის მე-5 წიგნის (სკწ V) მიხედვით, რეგულირდება საავადმყოფო საღაროების საქმიანობის შემდეგი საკითხები:

- საავადმყოფოს საღაროებში სავალდებულო და ნებაყოფლობითი წევრობა;
- საავადმყოფოს საღაროების სარგებელი პაკეტის შინაარსი;
- საავადმყოფოს საღაროებისა და მომწოდებლებს (განსაკუთრებით ექიმთა ასოციაციების) შორის მოლაპარაკებების მიზნები და მასშტაბი;
- საავადმყოფოს საღაროების ორგანიზაციული სტრუქტურა;
- დაფინანსების მექანიზმები, ფონდებს შორის რისკის კორექცია;
- სამედიცინო კომისიების პასუხისმგებლობები და ორგანიზაცია;
- მონაცემთა შეგროვება, შენახვა, გამოყენება და დაცვა;

- აღმოსავლეთ გერმანიაში რეგულირების სპეციალური წესები.

სოციალური კოდექსის წიგნში აგრეთვე ასახულია სავალდებულო დაზღვევის სისტემის რეგულირების მექანიზმები. მასში დადგენილია საავადმყოფოს სალაროებისა და ჯანდაცვის სერვისების მიმწოდებლების ერთობლივი საბჭოების პასუხისმგებლობები, საბჭოს წევრობაზე გადაწყვეტილების მიღების წესები. ჯანდაცვის ფედერალური სამინისტრო ზედამხედველობს ექიმთა ფედერალური ასოციაციების, საავადმყოფოს სალაროების და ერთობლივი საბჭოების შესაბამისობას სოციალური კოდექსის წიგნთან (ს.კ.წ. V).

საავადმყოფო სალაროების საქმიანობაზე სავალდებულო კონტროლი ხორციელდება 4 წელიწადში ერთხელ. საავადმყოფოს სალაროს მიმართ ზედამხედველობის სამსახურის გარკვეული შენიშვნების არსებობისას შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს სხვადასხვა სახის სანქციები – მუშაობის გაუმჯობესების რეკომენდაციები, ხელმძღვანელების პასუხისგებაში გადაცემა, სამუშაოდან განთავისუფლება და ა. შ.

შვეიცარიაში სადაზღვევო შენატანის ზომას ადგენენ სადაზღვევო ფონდები (გათვლილი საზოგადოებრივი რისკის საფუძველზე, ტერიტორიული პრინციპით) სოციალური დაზღვევის ფედერალური სამსახურის ზედამხედველობის საშუალებით. ყველა დანარჩენ ქვეყნებში, ითვალისწინებენ რა ხელფასის ზომის ცვლილებებს, სახელმწიფო ყოველწლიურად ადგენს შენატანების ახალ ზღვარს.

ბელგიაში და ნიდერლანდებში სამედიცინო სადაზღვევო ფონდები ადგენენ პრემიის საკუთარ ზომას მოსახლეობის თითო სულზე გათვლით. კონკურენციის გამო, ნიდერლანდებში სადაზღვევო ფონდებს განსხვავებული სადაზღვევო პრემიები აქვთ დაწესებული, მაშინ როდესაც ბელგიაში ისინი ძირითადად ერთნაირია: 1999 წელს მხოლოდ ერთმა ფონდმა შეამცირა პრემიის ზომა 2,2 ევროდან 1,2 ევრომდე, თუმცა 1999 წელს ისევ აღდგენილ იქნა პრემიის წინა წელს დადგენილი ზომა (Schut and van Doorslaer 1999).

იმ ქვეყნებში, სადაც შენატანების ზომას სადაზღვევო ორგანიზაციები ადგენენ, შენატანები შესაძლოა განსხვავებული იყოს სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის, მაგრამ იგი ერთიანია ერთ ორგანიზაციაში დაზღვეულთათვის და არ არის დამოკიდებული დაზღვეულის ჯანმრთელობის და შემოსავლების დონეზე. გერმანიაში, სადაც სხვადასხვა სადაზღვევო ორგანიზაციას დაზღვეულთათვის განსხვავებული პირდაპირი გადახდები აქვს დაწესებული, მნიშვნელოვნად

იზრდება სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის კონკურენცია, რაც თავის მხრივ პირდაპირი გადახდების ზომის შემცირების სტიმულს განაპირობებს. ასეთი სახის სქემა, აგრეთვე, რისკის კორექციის სქემა, რომელსაც არეგულირებს სოციალური დაზღვევის ზედამხედველობის ფედერალური სამსახური, მნიშვნელოვნად ხელს უწყობს სადაზღვევო ორგანიზაციების კონკურენციას სადაზღვევო შენატანის ზომის საფუძველზე.

ნიდერლანდებში სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის კონკურენციის უმთავრეს სფეროს წარმოადგენს პირდაპირი სადაზღვევო შენატანის ზომა. კონკურენციის სხვა შესაძლო სფეროები (სამედიცინო დახმარების ხარისხი...) შედარებით ნაკლებ როლს თამაშობენ, რადგანაც სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გაწეული მომსახურების ხარისხს შორის განსხვავება მინიმალურია. აქვე აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფო (ტარიფების სახელმწიფო სამსახური) ადგენს როგორც სოციალური დაზღვევის ასევე ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სამედიცინო მომსახურების ფასებს. უფრო მეტიც, როგორც სოციალური, ასევე ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სამედიცინო მომსახურების ფასები თითქმის ერთნაირია. ზოგჯერ შესაძლოა განსხვავებული იყოს ანაზღაურების მეთოდები. კერძოდ, სოციალური დაზღვევის სისტემაში ზოგადი პრაქტიკის ექიმები ღებულობენ სულადობრივ ანაზღაურებას, ხოლო კერძო დაზღვევის სისტემაში – სერვისების მიხედვით ანაზღაურებას.

შენატანების შეგროვება

შენატანების შეგროვების თვალსაზრისით, სოციალური დაზღვევა პირობითად შეიძლება ორ ჯგუფად დავყოთ. პირველ ჯგუფს შესაძლოა მივაკუთვნოთ მოდელები, რომლებშიც სავალდებულო შენატანები პირდაპირ სადაზღვევო ორგანიზაციაში (სადაზღვევო კომპანია, საავადმყოფოს სალარო) ხორციელდება (გერმანია, ავსტრია, შვეიცარია). მეორე ჯგუფს განეკუთვნება მოდელები, რომლებშიც სავალდებულო შენატანები ჯერ ნაციონალურ ან რეგიონალურ ფონდებში ხორციელდება, ხოლო შემდეგ თანხები სადაზღვევო ორგანიზაციებზე ნაწილდება (ნიდერლანდები, რუსეთი).

გერმანიაში, ავსტრიაში და შვეიცარიაში სამედიცინო სადაზღვევო ფონდები ახდენენ შენატანების შეგროვებას. შენატანების შეგროვება შეუძლიათ, აგრეთვე, ფონდების ასოციაციებს (ლუქსემბურგი) ან სახელმწიფო სააგენტოებს.

ცხრილი 15. სადაზღვევო შენატანის შემგროვებელი ორგანიზაციები.

ქვეყანა	სადაზღვევო შენატანის შემგროვებელი
ავსტრია	ფონდები
ბელგია	სოციალური დაზღვევის ნაციონალური სამმართველო
საფრანგეთი	ადგილობრივი სამთავრობო სააგენტოები, გადასცემენ ცენტრალურ სააგენტოს
გერმანია	ფონდები
ლუქსემბურგი	სამედიცინო ფონდების გაერთიანება
ნიდერლანდები	ფონდები AWBZ და ZPW, რომლებსაც მართავს ჯანმრთელოვნის დაზღვევის საბჭო
შვეიცარია	ფონდები

ნიდერლანდებში სამედიცინო შენატანების მოკრებას ახდენს საგადასახადო შემოსავლების ეროვნული სამსახური. შეგროვილი თანხა გადაეცემა ჯანმრთელობის დაზღვევის ცენტრალურ ფონდს, რომელსაც მართავს სამედიცინო სადაზღვევო ფონდების საბჭო (Sickness Funds Council). ჯანმრთელობის დაზღვევის ცენტრალურ ფონდში ხდება ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ორივე სქემისათვის (“საერთო ჯანმრთელობის დაზღვევა”, “განსაკუთრებული სამედიცინო ხარჯები”) საჭირო თანხების აკუმულირება. ჯანმრთელობის დაზღვევის ცენტრალური ფონდიდან ხორციელდება სამედიცინო სადაზღვევო კომპანიების (ორივე სქემის მიხედვით ცალ-ცალკე) დაფინანსება კოლექტიური რისკების გათვალისწინების საფუძველზე.

ბელგიაში შენატანები სოციალური დაზღვევის ნაციონალურ სამსახურში (RSZ/ONSS) შეაქვთ, რომელიც თავის მხრივ, სხვადასხვა სამთავრობო სააგენტოებში (უმუშევართა, საპენსიო...) ახდენს სახსრების გადანაწილებას. სამედიცინო დახმარებაზე პასუხისმგებელ ორგანოს წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაზღვევის და ინვალიდობაზე დაზღვევის ინსტიტუტი (RIZIV/INAMI). ანალოგიურად, საფრანგეთში სოციალური დაზღვევის შენატანები გროვდება სამთავრობო სააგენტოების მიერ, საიდანაც გადაეცემა სოციალური დაზღვევის დაწესებულებების ცენტრალურ სააგენტოს, რომელიც თავის მხრივ, ახდენს სახსრების გადანაწილებას სოციალური დაზღვევის სხვადასხვა ორგანიზაციებსა და მათ ფილიალებში.

რუსეთში შენატანების შეგროვება ხორციელდება სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის როგორც ფედერალურ ფონდში, ასევე ტერიტორიულ ფონდებში, საიდანაც სახსრების სადაზღვევო ორგანიზაციებზე განაწილება ხორციელდება სულადობრივი მეთოდით. ფედერალური ფონდის არსებობა უმთავრესად განპირობებულია ქვეყნის ფედერალური მოწყობით, მისი დიდი ტერიტორიით და რეგიონებს შორის მკვეთრი სოციალურ-ეკონომიკური

განსხვავებებით. ფედერალური ფონდის ძირითად ფუნქციას წარმოადგენს ქვეყნის მასშტაბით სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზისური პაკეტის განსახორციელებლად საჭირო ფინანსური საშუალებების გათანაბრება.

რისკების გაერთიანება (Risk Pooling) და ფონდებს შორის განაწილება

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის დაფინანსების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან საკითხს წარმოადგენს რისკების გაერთიანება (Risk Pooling) და ფინანსური სახსრების განაწილება ცალკეულ ფონდებს შორის. ზოგიერთ ქვეყანაში თანხები გროვდება სოციალური დაზღვევის ფონდებში, ხოლო შემდეგ სულადობრივი მეთოდით ნაწილდება სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის (ნიდერლანდები, რუსეთი).

ცხრილი 16: ფინანსური ფონდების (Pool) შექმნის ან ფინანსური რისკების ფონდებს შორის განაწილების მექანიზმი.

ქვეყანა	ფინანსური ფონდების (Pool) შექმნის ან ფინანსური რისკების ფონდებს შორის განაწილება
ავსტრია	არ არსებობს, მაგრამ ფონდის დეფიციტის დროს შეუძლიათ წარმოადგინონ განაცხადი სხვა ფონდებიდან გადმოტანის შესახებ
ბელგია	ძირითადად ერთობლივი მონაწილეობა ხარჯებში, ფონდებს შორის შეზღუდული პროსპექტული განაწილება (4% - 1999 წ., 7.5% - 2000 წ.)
საფრანგეთი	სუბსიდიის მსხვილი ფონდებიდან (42%-მდე) და მცირე ფონდებზე სახელმწიფო სუბსიდიები
გერმანია	კომპენსაციის მექანიზმი რისკის სტრუქტურის გათვალისწინებით ფედერალურ დონეზე (შემოსავლების 90%-ზე მეტი)
ლუქსემბურგი	ხარჯებში ერთობლივი მონაწილეობა
ნიდერლანდები	ძირითადი ერთობლივი მონაწილეობა დანახარჯებში, ფონდებს შორის შეზღუდული პროსპექტული განაწილება (ZPW 35% - 1999 წ.)
შვეიცარია	კომპენსაცია რისკების სტრუქტურის გათვალისწინებით კანტონის დონეზე

ბელგიაში და ნიდერლანდებში 1990-იანი წლების შუა პერიოდამდე ხორციელდებოდა როგორც შენატანების საერთონაციონალური მასშტაბით გაერთიანება (Pooling), ასევე, სახსრების ფაქტიურად გაერთიანებული ხარჯვა (შენატანების რეტროსპექტული განაწილება ფონდებს შორის დანახარჯების რეალური მოცულობის შესაბამისად). რეფორმების შედეგად თანდათან

დაინერგა სახსრების ფონდებს შორის პროსპექტული მეთოდით განაწილება, რომლის დროსაც თითო სულზე სახსრების მოცულობის გათვლა ხორციელდება რისკის ხირისხის მიხედვით.

ბელგიაში პროსპექტული განაწილება შეადგენს ჯანდაცვის საერთო ბიუჯეტის 10%-ს (1995 – 1997 წწ.), 1998-1999 წლებში იგი 20 %-მდე გაიზარდა, ხოლო 2000-2001 წლებში 30 %-მდე. ნიდერლანდებში პროსპექტული განაწილება 3 %-დან (1993 წ.) 35 %-მდე (2000 წ.) გაიზარდა. ყველაზე ძვირადღირებული პაციენტებისათვის ხარჯების ფონდებს შორის განაწილებაზე სპეციალური შეთანხმება ფონდების “უსაფრთხოების” გარანტიას იძლევა (Schut and van Doorslaer, 1999). საფრანგეთში მოქმედებს როგორც კომპენსაციური სქემა (ჯანმრთელობის დაზღვევის ადგილობრივ ფონდებს შორის), ასევე შედარებით ნაკლებად მსხვილი ფონდების (მცირეშემოსავლიანი პირების ფონდები) ნაციონალური სამედიცინო ფონდიდან და საერთო გადასახადებიდან დაფინანსების მხარდამჭერი სქემა.

თანხების ფონდებს შორის ტრანსაქცია საკმაოდ რთულ პროცესს წარმოადგენს. შედარებით მდიდარი ფონდები მათთან აკუმულირებულ შენატანებს თავიანთ “საკუთრებად” მიიჩნევენ, რაც გარკვეულ პოლიტიკურ დამაბულობას განაპირობებს.

გერმანიაში რისკის სტრუქტურის მიხედვით კომპენსაციას ახორციელებს სოციალური დაზღვევის ზედამხედველობის ფედერალური სამსახური, ხოლო შვეიცარიაში მზღვეველთა გაერთიანებული ორგანიზაცია. ავსტრიაში არ არსებობს ფინანსების განაწილების ოფიციალური მექანიზმი, მაგრამ მძიმე ფინანსურ მდგომარეობაში მყოფ ცალკეულ ფონდებს ფინანსური დახმარებისათვის შეუძლიათ მიმართონ სოციალური დაზღვევის ფონდების ასოციაციას.

გერმანიაში სამედიცინო სადაზღვევო შენატანები თავდაპირველად გროვდება საავადმყოფოების სალაროებში, ხოლო შემდეგ სოციალური დაზღვევის ზედამხედველობის ფედერალური სამსახურის საშუალებით ხორციელდება სისტემაში ფინანსური საშუალებების გადანაწილება სადაზღვევო სალაროების გათანაბრების მიზნით, დაზღვეულთა კოლექტიური რისკის გათვალისწინებით.

გერმანიაში 1993 წელს მიღებულმა კანონმა “ჯანდაცვის სტრუქტურის შესახებ” სოციალური დაზღვევის ფონდებს შორის კონკურენციის ზრდა განაპირობა. ფონდების საწყისი პოზიციების გათანაბრების მიზნით დადგენილ იქნა რისკების სტრუქტურის შესაბამისი კომპენსაციის სქემა. სქემა განისაზღვრა ორ ეტაპად (1994 და 1995 წ.). მეორე ეტაპზე სქემაში ჩართულ იქნენ

პენსიონერი დაზღვეულები. კანონის მიღებამდე ფონდები თვითონ ახდენდნენ პენსიონერთა რეალური ხარჯების ნაწილის დაფარვას. რისკების სტრუქტურის მიხედვით კომპენსაციის სქემის მიზანია – შენატანების ზომებს შორის სხვაობის შემცირება, რომელიც წარმოიშობა შემოსავლების და დანახარჯების დონეებს შორის სხვაობით (სხვაობა განპირობებულია ცალკეულ ფონდებში დაზღვეულთა განსხვავებული ასაკობრივი და სქესობრივი შემადგენლობით). კომპენსატორული მექანიზმი მოითხოვს, რომ ყველა სამედიცინო ფონდს მიეცეს კომპენსაცია როგორც სადაზღვევო შენატანებით შემოსავლების, ასევე დანახარჯების ზომის სხვაობის გამო (Bუსსე 2001). რისკის მიხედვით კომპენსაციის სქემამ ფონდებს შორის სხვაობა შეამცირა შენატანების ზომის თვალსაზრისით. 1994 წელს დაზღვეულთა მხოლოდ 27 %-ში შეინიშნებოდა შენატანების ზომის საშუალო ზომაზე 1 %-ზე მეტით სხვაობა⁹. 1999 წელს იგი 7 %-მდე შემცირდა.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ძლიერი და სუსტი მხარეები

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ძლიერი მხარეები:

იზრდება ჯანდაცვის სისტემისათვის საჭირო რესურსები. ჯანდაცვაზე ხარჯების ზომა დამოკიდებულია ქვეყნის რესურსებზე და განვითარების პრიორიტეტულ მიმართულებებზე (Cichon *et al.* 1999). არსებობს არგუმენტები და ფაქტები, რომელთა მიხედვით, სადაზღვევო შენატანებით დაფინანსებამ შეიძლება გაზარდოს სამედიცინო დახმარების დაფინანსება. სოციალური დაზღვევა ხშირად განიხილება როგორც ჯანდაცვაზე რესურსების გაზრდის უფრო ეფექტური გზა, რადგან საერთო გადასახადებთან შედარებით სოციალური დაზღვევის შენატანების შეგროვება უფრო ადვილია, მარტივი მიზეზით, დამქირავებელს შეუძლია ადვილად გამოთვალოს იგი დაქირავებულთა ხელფასიდან.

მხედველობაში მისაღება ის გარემოებაც, რომ საზოგადოების მზადყოფნის ხარისხი, გადაიხადოს ჯანდაცვის ხარჯები, დამოკიდებულია მიზნობრივი ფონდების არსებობაზე. მოსახლეობა უფრო კმაყოფილია ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევით, ვიდრე სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადების (საერთო გადასახადები), ან ნებაყოფლობითი დაზღვევით დაფინანსების სისტემებით (Ferrera 1993; Mossialos 1998). სოციალური დაზღვევის სისტემით ჯანდაცვის დაფინანსების სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით დაფინანსებისაგან განცალკევება, მოსახლეობას რწმენას მატებს, რომ სახსრები არ გამოიყენება სხვა, შესაძლოა, ნაკლებად მნიშვნელოვანი სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსებაზე. შესაბამისად, სახსრების

გამჭვირვალე მოძრაობის გამო, მათ უფრო მეტი სურვილი აქვთ გადაიხადონ სადაზღვევო შენატანები.

ამგვარად, რადგან სადაზღვევო შენატანები მხოლოდ ჯანდაცვის სექტორისთვისაა განკუთვნილი, გადამხდელმა ზუსტად იცის რაზე იხარჯება მისი შენატანები, რაც ხელს უწყობს გადასახადების გადახდის სტიმულს. ამასთან, სოციალური დაზღვევის სისტემის დროს სადაზღვევო შენატანების შეგროვებასა და სადაზღვევო ფონდების მართვაში შეინიშნება უფრო მეტი გამჭვირვალობის ტენდენცია.

აქვე აღსანიშნავია, რომ სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მწირი სახსრების შემთხვევაში ქვეყნები ცდილობენ ჯანდაცვაზე მიზნობრივი გადახდების, ანუ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის დანერგვას. ასეთი პროცესები განვითარდა აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში 1980-იანი წლების ბოლოს და 1990-იანი წლების დასაწყისში, როდესაც გარდაქმნების პირველ წლებში მნიშვნელოვნად შემცირდა ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახსრები. გარდამავალი ქვეყნებიდან 17 ქვეყანაში დაინერგა სადაზღვევო შენატანებით გადახდები, რომელთა შორის 10 ქვეყანაში იგი წარმოადგენდა დაფინანსების უპირატეს მექანიზმს, ხოლო 7 ქვეყანაში საერთო გადასახადებით შემოსავლების და ჯიბიდან გადახდების დამატებით რესურსს.

ნაკლები დამოკიდებულება სახელმწიფო ბიუჯეტზე. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსება არ არის დამოკიდებული სახელმწიფო ბიუჯეტზე, შედეგად მცირდება სახელმწიფოს მარეგულირებელი როლი. ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევა ნაკლებად პოლიტიზირებულია, მასზე გავლენას არ ახდენს სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული პოლიტიკური პრიორიტეტები, რომელიც სახელმწიფოს ინტერესების გათვალისწინებით შეიძლება იცვლებოდეს. შესაბამისად, ჯანდაცვის სექტორს დაფინანსების გარანტირებული და საიმედო წყარო გააჩნია.

აქვე აღსანიშნავია, რომ ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მხოლოდ სადაზღვევო შენატანებით დაფინანსება შესაძლოა არასაკმარისი აღმოჩნდეს, განსაკუთრებით მაშინ როდესაც სახელმწიფოს სურვილია მოსახლეობის რაც შეიძლება მეტი ნაწილი მოიცვას დაზღვევით, რომელთა გარკვეული რაოდენობა ვერ იხდის სადაზღვევო შენატანს (ღარიბები, სტუდენტები, უმუშევრები, პენსიონერები). ამის გამო, სოციალური დაზღვევის ბევრ სისტემებში სახელმწიფო ახდენს მათ სუბსიდირებას საერთო გადასახადების მეშვეობით. შედეგად, ზოგიერთ ქვეყნებში

სახელმწიფოს გარკვეული რაოდენობით ვალები დაუგროვდა სოციალური დაზღვევის მიმართ (მაგ. საფრანგეთში).

სოლიდარობის პრინციპი. სოციალური დაზღვევის სისტემებისთვის დამახასიათებელია სოლიდარობის მაღალი დონე, მაღალშემოსავლიანი პირებიდან დაბალშემოსავლიანებზე ჯვარედინი სუბსიდირების გამო (განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც არ არსებობს შენატანის გადახდისათვის შემოსავლის ზედა ზღვარი), აგრეთვე დაბალრისკიანიდან მაღალრისკიანზე (შენატანი არ არის დამოკიდებული ჯანმრთელობის რისკზე), ახალგაზრდიდან მოხუცზე, ინდივიდიდან ოჯახზე (ჩვეულებრივ დაზღვეულის ოჯახის წევრები მოცულნი არიან დაზღვევით და იგი არ ზრდის სადაზღვევო შენატანებს).

მოსახლეობის მხარდაჭერა. სამედიცინო მომსახურების მიღების შენატანებზე დამოკიდებულების ფაქტი დაზღვეულს ანიჭებს მომხმარებლის როლს. შედეგად, მზღვეველსა და დაზღვეულს შორის კავშირი უმეტესად სახელშეკრულებო ხასიათს ატარებს. შესაბამისად, შეინიშნება იმ სამედიცინო მომსახურების უფრო ზუსტი განსაზღვრის ტენდენცია, რომელზეც მომხმარებლებს აქვთ უფლება. ზოგ ქვეყნებში დაზღვეულები მონაწილეობენ სადაზღვევო ფონდების მართვაში, მათი წარმომადგენლები შედიან სადაზღვევო ფონდების კოლეგიების შემადგებლობაში. ამგვარად, იზრდება დაზღვეულთა როლი სოციალური დაზღვევის სისტემაში.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სუსტი მხარეები:

ღარიბი მოსახლეობის შესაძლო გამორიცხვა სისტემიდან. ბევრმა ქვეყანამ სოციალური დაზღვევის დანერგვა მოსახლეობის მხოლოდ ლიმიტირებული ნაწილით დაიწყო. ხშირად, იგი უპირველეს ყოვლისა მოიცავდა სახელმწიფო მოხელეებს და მსხვილი კერძო საწარმოების დაქირავებულებს. ადრეულ პერიოდში მოსახლეობის ღარიბი ნაწილი (არაფორმალურ სექტორში დასაქმებულები, უმუშევრები) არ იყო მოცული სოციალური დაზღვევით, ან მათზე სახელმწიფო დაფინანსება ხორციელდებოდა.

ჩვეულებრივ, არაფორმალურ სექტორში დასაქმებულთა სოციალური დაზღვევის სისტემაში ჩართვა გარკვეულ სირთულეებთან და დიდ ხარჯებთანაა დაკავშირებული. არანაკლებ მნიშვნელოვანია, რომ მათი უმეტესობა მოშორებით რაიონებში ცხოვრობენ და არ აქვთ სოციალური დაზღვევის სისტემით სარგებლის მიღების შესახებ სრულყოფილი ინფორმაცია,

აგრეთვე ძნელია მათი შემოსავლების შეფასება. მოსახლეობის ამ ნაწილის ჩართვა სოციალური დაზღვევის სისტემაში მოითხოვს სახელმწიფოს მხრიდან სუბსიდირებას საერთო გადასახადების მეშვეობით. ამასთან, ბევრ განვითარებულ ქვეყნებში გადასახადების ადმინისტრირება სუსტია, სირთულეს წარმოადგენს სოფლად და არაფორმარულ სექტორსი დასაქმებულთა გადასახადების შეგროვება.

სადაზღვევო შენატანების ნეგატიური ეკონომიკური გავლენა. მიუხედავად იმისა, რომ ხელფასზე მიზნობრივი გადასახადი ნაკლებადაა დამოკიდებული ქვეყნის პოლიტიკურ პრიორიტეტებზე, მასზე მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობა. ეკონომიკური კრიზისის დროს დასაქმებულთა რაოდენობის შემცირებასთან ერთად მცირდება სადაზღვევო შენატანების მოცულობა.

ზოგიერთ ქვეყნებში (მაგ., რუსეთი), სადაც სადაზღვევო გადასახადს ძირითადად დამქირავებლები იხდიან, მოსალოდნელია შემდეგი პროცესების განვითარება:

- წარმოებული საქონლის ფასის გაზრდა;
- სახელფასო ფონდის შემცირება;
- დასაქმებული პერსონალის რაოდენობის შემცირება.

როდესაც გადასახადს ძირითადად დაქირავებულები იხდიან, მოსალოდნელია მათი ხელფასის ხელოვნური შემცირება ან გაზრდილი გადასახადების საკომპენსაციოდ დაქირავებულებმა შეიძლება მოითხოვონ ხელფასის გაზრდა. ორივე შემთხვევაში მოსალოდნელი მდგომარეობა დამოკიდებულია სამუშაო ძალის ბაზრის სტრუქტურაზე.

ეკონომიკური კრიზისის დროს, ხელფასზე დაწესებული სადაზღვევო შენატანის მეტი წილი შესაძლოა დაქირავებულების მხარეს გადახაროს. დიდ ბრიტანეთში ჩატარებული კვლევები გვიჩვენებენ, რომ გადასახადების 60 % ფაქტიურად დასაქმებულებს აწევს.

ქვეყნებში, სადაც წარმოებული საქონლისა და სამუშაო ძალის ბაზარი არაკონკურენტულია, დამქირავებლებმა სადაზღვევო შენატანების ზრდის საპასუხოდ შესაძლოა ვერ მოახდინონ დაქირავებულთა ხელფასის შემცირება. შესაბამისად, სოციალური დაზღვევის შენატანებმა შეიძლება გაზარდონ დაქირავებულთა სახელფასო ხარჯები. ამ შემთხვევაში, დამქირავებელი დაინტერესებულია შეამციროს დასაქმებულ პერსონალთა რაოდენობა, რადგან, რაც მეტია მათი

რაოდენობა, მით იზრდება საწარმოს გადასახადი. შედეგად ქვეყანაში იზრდება უმუშევრობის დონე. აღნიშნული მდგომარეობა განსაკუთრებით მწვავედ დგას ეკონომიკური კრიზისის პერიოდში.

მეორე მხრივ, სადაზღვევო შენატანების ზრდამ შესაძლოა დამქირავებლის მიერ დაქირავებულის ხელფასის შემცირება განაპირობოს. ზოგი მკვლევარის მტკიცებით ჯანმრთელობის დაზღვევა 11 %-ით ამცირებს სახელფასო ფონდს (Miller, 2004)

სადაზღვევო შენატანების ზრდამ აგრეთვე შესაძლოა შეამციროს ქვეყნის კონკურენტუნარიანობა და შეაკავოს ინვესტიციები, რაც ეკონომიკის დაცემას განაპირობებს. ამასთან, თუ სახელმწიფო წარმოადგენს მთავარ დამქირავებელს, სადაზღვევო შენატანებმა შესაძლოა მნიშვნელოვნად გაზარდონ სახელმწიფო დანახარჯები.

ისეთ განვითარებულ ქვეყანაშიც კი, როგორიცაა: საფრანგეთი, სოციალური სადაზღვევო შენატანები განიხილება უმუშევრობის მაღალი დონის მიზეზად. საფრანგეთში დაიწყეს ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემის დაფინანსების რეფორმირება, რომლის მთავარ მიზანს წარმოადგენდა სადაზღვევო შენატანების წილის შემცირება და დაქირავებულთა შენატანების ტრანსფორმირება შემოსავლების ყველა წყაროს (ხელფასები, სოციალური სარგებლები, მოგება) გადასახადად.

მართვის სირთულე და მაღალხარჯიანობა. სოციალური დაზღვევის სისტემა შედარებით რთულ სისტემას წარმოადგენს რადგან მოიცავს მრავალ სხვადასხვა მონაწილეს, რთულ ურთიერთობებს მზღვეველსა და სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა მიმწოდებლებს შორის, აგრეთვე ფინანსური ნაკადებს, რაც მოითხოვს ეფექტურ მართვას, ძვირადღირებულ საინფორმაციო სისტემის ინსტალირებას, პროცედურების ტრანსპარენტულობას. სხვა ფუნქციებს შორის, სადაზღვევო ფონდებმა სამედიცინო დახმარების სხვადასხვა მიმწოდებლებთან უნდა აწარმოონ ხელშეკრულებების შეთანხმება, შესაბამისი მონიტორინგის მექანიზმების შემუშავება. მათ აგრეთვე უნდა განახორციელონ დაზღვეული მოსახლეობის ხარჯების ეფექტური ანაზღაურება და აკონტროლონ მათზე გაწეული სამედიცინო მომსახურების საფუძვლიანობა. სოციალური დაზღვევის სისტემა მოითხოვს ეფექტური სახედამხედველო ღონისძიებების გატარებას. არანაკლებ მნიშვნელოვანია შენატანების შეგროვების სრულყოფილი მექანიზმის შემუშავება.

ამგვარად, სოციალური დაზღვევის სისტემაში ადმინისტრაციული ხარჯები შედარებით მაღალია. იმ ქვეყნებში, სადაც ზემოაღნიშნული ამოცანები სწორად არ იქნა მართული, სოციალური დაზღვევის დანერგვა ვერ განხორციელდა წარმატებით. აღნიშნული შეინიშნება ლათინური ამერიკის ბევრ ქვეყნებში, სადაც რეგულირების სუსტმა მექანიზმებმა და ჯანდაცვის არაეფექტურმა ინსტიტუტებმა უარყოფითად იმოქმედეს სოციალური დაზღვევის სისტემის განვითარებაზე.

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

ამგვარად, ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის სისტემა მოითხოვს ქვეყანაში მძლავრი ეკონომიკური სტრუქტურების არსებობას. წინააღმდეგ შემთხვევაში შეუძლებელია მხოლოდ თვითური გადასახადების ხარჯზე მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურეობის ფართო სპექტრის დაფინანსება. მკვლევართა აზრით, სოციალური დაზღვევა და მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურეობის მაღალი დონე წარმოადგენს ზედნაშენს, რომელიც ქვეყნის მძლავრ ეკონომიკას ეყრდნობა. წინააღმდეგ შემთხვევაში სოციალური დაზღვევის სისტემა უძლური ხდება უზრუნველყოს მოსახლეობა სათანადო სამედიცინო მომსახურებით

ხარჯების ზრდა. ჯანმრთელობის სოციალურმა დაზღვევამ, ისევე როგორც ჯანდაცვის სახელმწიფო სისტემამ შესაძლოა გაზარდოს დაზღვეულების მხრიდან ჯანდაცვის სერვისებზე მოთხოვნა, რადგან სერვისების ხარჯები მთლიანად ან ნაწილობრივ იფარება დამფინანსებლის მიერ (მორალური საფრთხე). მან შესაძლოა აგრეთვე განაპირობოს სერვისების ჭარბი წარმოება, როდესაც სერვისების მიხედვით ანაზღაურების მეთოდი შესაბამისი რეგულირების მექანიზმების გარეშე გამოიყენება. შედეგად, ხშირად შეინიშნება სოციალური შენატანების ზრდა, ვიდრე სარგებლის პაკეტის შემცირება. საზოგადოების მიერ სადაზღვევო ფონდების მართვა წარმოადგენს განსხვავებულ ინტერესებს (დამქირავებელთა ორგანიზაციები, სახელმწიფო მოხელეები, ადგილობრივი მმართველობითი ორგანოების წარმომადგენლები), სადაც რთულია რადიკალური ღონისძიებების გატარება.

ჯანდაცვის ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემა (ბევერიჯის მოდელი)

სოციალური დაზღვევით უნივერსალური მოცვის ალტერნატიული მექანიზმია ზოგადი გადასახადებით მოსახლეობის მოცვა. 1942 წელს უილიამ ბევერიჯმა შეიმუშავა უნივერსალური ჯანდაცვის პრინციპები, რომელიც შემდგომ გახდა ჯანდაცვის ბევერიჯის მოდელის საფუძველი. ბევერიჯის მოდელის მთავარ ნიშნებს წარმოადგენს: სახელმწიფო ბიუჯეტიდან დაფინანსება სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადების (ზოგადი გადასახადების) მეშვეობით, ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო რეგულირება, საყოველთაო ხელმისაწვდომობა, სახელმწიფოს მნიშვნელოვანი ჩარევა სამედიცინო სერვისებსა და დაწესებულებების მართვაში, ექიმების ანაზღაურება ხელფასით ან კაპიტაციით, პაციენტების მხრიდან მცირე ჯიბიდან გადახდები [6]. ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემის დადებითი მხარეებია: სახელმწიფო ბიუჯეტის შემოსავლების რამდენიმე წყაროს არსებობის გამო ეკონომიკის სხვადასხვა სფეროებზე ბიუჯეტის განაწილებისას რომელიმე სფეროზე დაფინანსების შემცირება სხვა სფეროს დაფინანსების გაზრდით მნიშვნელოვან გავლენას არ ახდენს საერთო ბიუჯეტზე. ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემა ეკონომიკურად ხარჯთეფექტურია, რადგან შემოსავლების შეგროვება ხორციელდება ერთ და არა რამოდენიმე სხვადასხვა ორგანიზაციებში. შესაბამისად, შედარებით ადვილია ხარჯებზე კონტროლი, რადგან ბიუჯეტი ფიქსირებულია და მხოლოდ ერთი წყაროსგანაა მიღებული [6, გვ. 284]. ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემის უარყოფითი მხარეებია: დაბალია ნდობის ფაქტორი, რომ გადასახადები დანიშნულებისამებრ დაიხარჯება. რადგან გადასახადები საერთო ფონდში იყრის თავს, გადამხდელისთვის ძნელია გარკვევა, შენატანებიდან ზუსტად რამდენი იხარჯება ჯანდაცვაზე, ან საერთოდ რაზე იხარჯება მის მიერ გადახდილი გადასახადები. ასეთი მდგომარეობა ხელს არ უწყობს გადასახადების გადახდის სტიმულს. აღნიშნული პრობლემა განსაკუთრებით მწვავედ დგას გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნებში, სადაც გადასახადების შეგროვებისა და შეფასების სისტემა არაა სრულყოფილი; გადამხდელებმა შეიძლება თავი აარიდონ გადასახადებს [6, გვ. 284]. გარდა ამისა, ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემის დროს არ მოქმედებს სოციალური დაზღვევის სისტემისთვის დამახასიათებელი პრინციპი: გადაიხდი სამედიცინო სადაზღვევო შენატანს, მიიღებ სამედიცინო დახმარებას. რადგანაც ადამიანმა იცის, რომ

მიუხედავად იმისა, გადაიხდის თუ არა იგი გადასახადს, მასზე მაინც გავრცელდება სახელმწიფოს მიერ დეკლარირებული სამედიცინო მომსახურება, მას გადასახადების გადახდის ნაკლები სტიმული აქვს [6, გვ. 284]. ზოგადი გადასახადებით დაფინანსების სისტემის დროს შეინიშნება არასტაბილური დაფინანსება. სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ეკონომიკის სხვადასხვა სფეროზე დადგენილი ყოველწლიური ბიუჯეტები გარკვეულ ცვლილებებს განიცდიან, რადგანაც იგი დამოკიდებულია სახელმწიფოს პოლიტიკურ პრიორიტეტებზე, თუ რომელი დარგია სახელმწიფო ინტერესებისათვის ყველაზე მნიშვნელოვანი (მაგალითად, საომარი კონფლიქტები მოითხოვს თავდაცვის ხარჯების გაზრდას). ამგვარად, ჯანდაცვის ბიუჯეტი სახელმწიფოს პოლიტიკურ ნებაზეა დამოკიდებული და ზოგჯერ იგი არაპროგნოზირებადია, შესაბამისად ჯანდაცვის სექტორს არ აქვს მყარი გარანტია იმისა, რომ მომავალ წელს მიიღებს იმავე მოცულობის დაფინანსებას, რაც წინა წელს იყო მისთვის გამოყოფილი [6, გვ. 284]. ჯანდაცვის დაფინანსება, უპირატესად სახელმწიფო სავალდებულო გადასახადებით, (ზოგადი გადასახადები) შემოღებულ იქნა ახალ ზელანდიაში (1939 წ.), შვედეთში (1953), ნორვეგიაში (1956 წ.), ფინეთში (1963 წ.), დანიაში (1971წ.), ისლანდიაში(1972 წ.), კანადაში (1966 წ.), ავსტრალიაში(1974 წ.), პორტუგალიაში(1978), ესპანეთში (1978) და იტალიაში (1980). მკვლევართა აზრით, ბევერიჯის სისტემის ფართოდ გავრცელება დაკავშირებულია ჯანდაცვის ხარჯებზე ეფექტური კონტროლით. განვითარებულ ქვეყნებში უნივერსალურ მოცვაზე გადასვლის შემდეგი ტენდენციები შეიძლება გამოიყოს [7, გვ 140-151]: საყოველთაო მოცვის პროცესი იყო ძალიან ნელი. დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში მოსახლეობის ფართო ფენების მოცვა თითქმის მთელი საუკუნე გაგრძელდა. რისკების გაერთიანების მექანიზმები თითქმის ყველა ქვეყანაში არსებობდა, და მოცვის გაფართოების მცდელობებიც სწორედ ამ მექანიზმებს ეყრდნობოდა. მაგალითად, ბრიტანეთში მეგობრული საზოგადოებები პირველი მსოფლიო ომის შემდეგ ინტეგრირდნენ ეროვნული დაზღვევის ორგანიზაციებად. ასევე, საფრანგეთში ურთიერთდახმარების ორგანიზაციები (Mutuelles) გადაკეთდნენ დაზღვევის საზოგადოებრივ ფონდებად (იგი დღესაც დიდ როლს თამაშობს დამატებითი დაზღვევის უზრუნველყოფაში). ადგილობრივი ხელისუფლების ორგანოებზე ისტორიულად იყო დაკისრებული ვალდებულებები, რომ უზრუნველყოს ღარიბი მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების დაფინანსება. ასევე დამსაქმებლებს უნდა განეხორციელებინათ უბედური შემთხვევების და დაავადებების დაზღვევა. აღნიშნულმა გარემოებებმა ხელი შეუწყო რისკების გაერთიანების ეფექტური ორგანიზაციების ჩამოყალიბებას. სოციალური დაცვის ორგანიზაციების შექმნაში მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა სახელმწიფომაც. უნივერსალური მოცვის შემდეგ

პროვაიდერთა ადმინისტრირების მექანიზმები ძალიან მცირედით შეიცვალა. მხოლოდ დიდ ბრიტანეთში განხორციელდა სამედიცინო დაწესებულებათა ნაციონალიზაცია, ხოლო საბჭოთა კავშირში სახელმწიფოს ხელში გადავიდა ჯანდაცვის მთელი სისტემა. საყოველთაო მოცვის სისტემაზე გადასვლამ მოითხოვა სახელმწიფოს მნიშვნელოვანი ჩარევები. იგი გულისხმობდა სადაზღვევო ფონდების რეგულირებას. აშშ წარმოადგენდა ერთადერთ ქვეყანას, სადაც ვერ განხორციელდა მოსახლეობის უნივერსალური მოცვა.

პოლიტიკურ ფაქტორებს ძალიან დიდი როლი ჰქონდათ სოციალური დაზღვევის სისტემის დანერგვაში. გერმანიაში სოციალური დაზღვევა შემოღებულ იქნა სოციალისტური მოძრაობების ოპოზიციური მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად. ასევე, რუსეთში სოციალური რეფორმები მიმართული იყო რევოლუციონერების დასაშოშმინებლად. იტალიაში ომებს შორის სოციალური დაზღვევის სისტემის შემოღება დაკავშირებული იყო კლასებს შორის ერთობის განმტკიცებასთან. ბევრიჯის რეფორმა ნაწილობრივ დაკავშირებული იყო მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ გამოწვეული სოლიდარობის გრძნობასთან.

განვითარებულ ქვეყნებში განხორციელდა მოსახლეობის უდიდესი ნაწილის მოცვა. ზოგიერთ ქვეყნებში ადრეულ ეტაპებზე უნივერსალური მოცვის დანერგვას ხელი შეუშალა მოცვის გაფართოებასთან დაკავშირებულმა ხარჯებმა, სოციალურმა და პოლიტიკურმა ფაქტორებმა.

მოდელის ძირითადი მახასიათებლებია:

- ცენტრალიზებული და რეგიონული დაგეგმვა
- დაფინანსება პირდაპირი დაგეგმვის წესით
- ხარისხის მართვა და კონტროლი სახელმწიფოს მიერ
- რესურსების ეკონომიკური გამოყენება
- პერსონალის დაბალი ანაზღაურება
- პაციენტის თავისუფალი არჩევანის შეზღუდვა
- ხანგძლივი რიგები
- მართვის ავტორიტარული სისტემა

– სუსტი კავშირი ცენტრსა და რეგიონებს შორის

– სახელმწიფო მონოპოლიზმი

ინგლისი იმ მცირერიცხოვან ქვეყნებს მიეკუთვნება, სადაც შემოდებულია ჯანდაცვის სისტემის სახელმწიფო ბიუჯეტიდან დაფინანსება, სათანადოდ მართვაც უშუალოდ სახელმწიფოს მიერ ხორციელდება.

ბისმარკის სადაზღვევო მოდელისაგან განსხვავებით, ინგლისში ჯანდაცვისათვის განკუთვნილი, ზოგადი გადასახადებით შეგროვილი თანხები კონცენტრირდება არა საავადმყოფოს საღაროებში ან სადაზღვევო კომპანიებში, არამედ უშუალოდ ქვეყნის ბიუჯეტში. ჯანდაცვის სახელმწიფო სერვისებით იფარება მთელი მოსახლეობა. ჯანდაცვის ბიუჯეტი იქმნება ზოგადი გადასახადების ხარჯზე. სამედიცინო დახმარების ანაზღაურება ნაწილობრივ ხდება უშუალოდ პაციენტის მიერ. კერძო დაზღვევა უპირატესად მოიცავს სამედიცინო მომსახურებათა ისეთ სახეებს, რომელსაც არ უზრუნველყოფს ჯანდაცვის ეროვნული სისტემა. კერძო დაზღვევით დაზღვეულია მოსახლეობის დაახლოებით 6%.

თავისთავად ვერცერთი მოდელი სრულყოფილად ვერ უზრუნველყოფს სამედიცინო დახმარების ფინანსურ და გეოგრაფიულ ხელმისაწვდომობას, მაღალხარისხიან სამედიცინო მომსახურებას. ეს თავის მხრივ განაპირობებს დაფინანსების მოქმედი მოდელების მუდმივ რეფორმირებას. მიუხედავად იმისა, რომ განვითარებული ქვეყნების უმეტესობა სარგებლობს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების საბიუჯეტო ან სადაზღვევო პრინციპზე აგებული მოდელით, ყოველ მათგანს ახასიათებს გარკვეული თავისებურებანი, განპირობებული ეკონომიკური განვითარებით და ისტორიულ-კულტურული ტრადიციებით.

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში ნაჩვენებია სხვადასხვა ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელები (იხ. ცხრილი 17).

ჯანმრთელობის ეროვნული დაზღვევის მოდელი - გამოიყენება კანადაში, ასევე ტაივანსა და სამხრეთ კორეაში.

მოდელის დახასიათება:

– კერძო პროვაიდერები;

– პაციენტისთვის მომსახურების ფართო არჩევანი;

– გადამხდელი არის მთავრობის მმართველობის ქვეშ მყოფი დაზღვევის პროგრამა, რომლისთვისაც იხდის ყველა მოქალაქე; მას გააჩნია საბაზრო უფლებამოსილება დააწესოს დაბალი ფასები;

ცხრილი 17. ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელები ევროპის ქვეყნებში.

ქვეყანა	ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელები
დანია	საერთო ბიუჯეტური შემოსავლებიდან დეცენტრალიზებული დაფინანსება
დიდი ბრიტანეთი	საერთო ბიუჯეტური შემოსავლებიდან ცენტრალიზებული დაფინანსება
ფინეთი	საერთო ბიუჯეტური შემოსავლებიდან დეცენტრალიზებული დაფინანსება
საფრანგეთი	სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაციის ცენტრალიზებული სისტემა
გერმანია	სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაციის დეცენტრალიზებული სისტემა
უნგრეთი	სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაციის ცენტრალიზებული სისტემა
ირლანდია	საერთო ბიუჯეტური შემოსავლებიდან ცენტრალიზებული დაფინანსება
იტალია	საერთო ბიუჯეტური შემოსავლებიდან ცენტრალიზებული დაფინანსება
ლატვია	სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაცია, საერთო ბიუჯეტური შემოსავლები
ნიდერლანდები	სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაციის ცენტრალიზებული სისტემა
ნორვეგია	საერთო ბიუჯეტური შემოსავლებიდან დეცენტრალიზებული დაფინანსება
სლოვაკეთი	საერთო ბიუჯეტური შემოსავლებიდან ცენტრალიზებული დაფინანსება
სლოვენია	სამედიცინო სადაზღვევო ორგანიზაციის ცენტრალიზებული სისტემა
შვედეთი	საერთო ბიუჯეტური შემოსავლებიდან დეცენტრალიზებული დაფინანსება
რუსეთი	დეცენტრალიზებული საბიუჯეტო-სადაზღვევო სისტემა

– მკურნალობის მაღალი ხარისხი;

– ეროვნული დაზღვევა აგროვებს თვითურ პრემიებს და იხდის სამედიცინო მომსახურების გადასახადებს

– პროგრამა არის შედარებით იაფი და ადმინისტრაციული თვალსაზრისით ადვილი.

სამედიცინო მომსახურების ადგილზე გადახდის მეთოდი - ინდოეთის, ჩინეთი, აფრიკა.

მოდელის დახასიათება:

- _ მხოლოდ მდიდრები იღებენ სამედიცინო მომსახურებას, ღარიბებს არ შეუძლიათ მსგავსი მომსახურების მიღება
- _ სამედიცინო მომსახურების საფასურს იხდის პაციენტი ადგილზე
- _ არავითარი დაზღვევის ან სამთავრობო პროგრამა.

თავი 2. კვლევის მასალა და მეთოდები

კვლევის დიზაინი

სადოქტორო ნაშრომზე მუშაობის პერიოდში ჩატარებულ იქნა: 2 კომპონენტის კვლევა, რომლის მიზანიც იყო საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, მოსარგებლეთა და სამედიცინო პერსონალის კმაყოფილების დონის განსაზღვრა თბილისში და რეგიონებში.

პირველი ეტაპი: მოსამზადებელი სამუშაოები; მეორე ეტაპი - ანკეტირება, ინტერვიუება; მე-3 ეტაპი - კვლევის შედეგების ანალიზი.

კვლევის სუბიექტები

კვლევა ჩატარდა თბილისისა და რეგიონების სამედიცინო დაწესებულებებში, გამოკითხულ იქნა ამბულატორიასა და ჰოსპიტალურ სექტორში დასაქმებული 303 სამედიცინო პერსონალი, ასევე საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლები, რომელთაც მიიღეს მომსახურება აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში, 1350 ბენეფიციარი - გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებით, 1280 ბენეფიციარი გადაუდებელი ამბულატორიული და ჰოსპიტალური მომსახურებებით, როგორც გადაუდებელი, ასევე გეგმიური; კვლევა ჩატარდა 3 ეტაპად.

კვლევაში ჩართულ იქნა „წმ. მიქაელ მთავარანგელოზის სახელობის მრავალპროფილიანი კლინიკური საავადმყოფო“-ს სამედიცინო პერსონალი, ასევე შ.პ.ს ნიუ ჰოსპიტალის, შ.პ.ს ს. ხეჩინაშვილის სახელობის საუნივერსიტეტო კლინიკის, სამედიცინო ცენტრი „ვიკამედის“-ს სამედიცინო პერსონალი, გამოკითხულ იქნა, ამავე დაწესებულებებში, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გადაუდებელი ამბულატორიული და ჰოსპიტალური მომსახურებებით მოსარგებლე ბენეფიციარები, განისაზღვრა მათი კმაყოფილების დონე საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფუნქციური მახასიათებლებით, კვლევაში მონაწილე ამბულატორიული სექტორის სამედიცინო პერსონალი და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლები, რომლებმაც ისარგებლეს გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებით გამოკითხულ იქნა თბილისის შემდეგ ამბულატორიულ დაწესებულებებში : სამკურნალო დიაგნოსტიკური ცენტრი „ელიტა მედი“, შ.პ.ს „ოჯახის მკურნალი“ - მოზრდილთა პოლიკლინიკა, თბილისის N2 და N5 მოზრდილთა პოლიკლინიკაში. რეგიონების მასშტაბით კვლევა ჩატარდა შპს „რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრის“ შემადგენლობაში არსებულ შემდეგ სამედიცინო დაწესებულებებში:

დედოფლისწყაროს, წალკის, დმანისის, ლანჩხუთის, ხარაგაულის, , ამბროლაურის, ონის, ცაგერის, ლენტეხის, თიანეთის, თეთრიწყაროს, ყაზბეგის სამედიცინო დაწესებულებებში; განისაზღვრა სამედიცინო პერსონალისა და პროგრამით მოსარგებლეთა კმაყოფილების დონე საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფუნქციური მახასიათებლებით.

კვლევის ობიექტი

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა.

კვლევის საგანი

მოსარგებლების და სამედიცინო პერსონალის კმაყოფილების დონის განსაზღვრა საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციური მახასიათებლებით თბილისსა და რეგიონებში.

კვლევის მეთოდოლოგია

სადისერტაციო ნაშრომზე მუშაობის დროს გამოყენებულ იქნა: შეკრების, სისტემატიზაციის, აღწერის, ანალიზის, შედარების, დაკვირვების, პირდაპირი ინტერვიუების, ანკეტირების, შემთხვევითი შერჩევის და კაბინეტური კვლევის მეთოდები. ნაშრომში დასახული ამოცანების გადასაჭრელად საჭირო გახდა: არსებული ლიტერატურის, ოფიციალური ინფორმაციის, ექსპერტების კვლევებისა და მოსაზრებების, ასევე საქართველოში გამოცემული საკანონმდებლო და სხვა ნორმატიული აქტების ანალიზი.

მიღებული შედეგების სტატისტიკური დამუშავებისათვის გამოყენებულ იქნა დესკრიპტიული სტატისტიკის მეთოდი. კატეგორიული ცვლადები წარმოდგენილია პროცენტული მაჩვენებლებით.

კვლევის შედეგები წარმოდგენილია დიაგრამებისა და ცხრილების სახით, სადაც წარმოჩინდა როგორც რესპონდენტთა მახასიათებლები, ასევე გამოკითხვის შედეგები.

თავი 4. სამედიცინო დაზღვევა საქართველოში

4.1. საქართველოში სამედიცინო დაზღვევის განვითარების მოკლე მიმოხილვა

საქართველოში უხსოვარი დროიდან იყო გავრცელებული შესაწირის ან საჩუქრის სახით ზარალის მატერიალური ანაზღაურება (ქორწინების, ბავშვთა ნათლობების, ოჯახის წევრების გარდაცვალების, საცხოვრებლის ხანძრით ან რაიმე სტიქიური უბედურებით მიყენებული ზარალის).

საქართველოს სამედიცინო დაზღვევის განვითარება მჭიდროდ უკავშირდება რუსეთში სამედიცინო დაზღვევის განვითარების ეტაპებს. 1912 წელს მიღებულ იქნა კანონი „ავადმყოფობისას მუშათა დაზღვევის შესახებ“ და კანონი „უბედური შემთხვევების გამო მუშათა დაზღვევის შესახებ“. კანონის მიღება ეხებოდა მუშებს, რომლებიც საავადმყოფო სალაროთა წევრები იყვნენ და იღებდნენ დახმარებას ავადმყოფობის, დასახიჩრების, მშობიარობისა და გარდაცვალების დროს. დაზღვევა პრაქტიკულად მხოლოდ თბილისში ფუნქციონირებდა, საავადმყოფო სალაროები კი იქმნებოდა იმ საწარმოებში სადაც დასაქმებულთა რაოდენობა 200 კაცს აღემატებოდა. 1919 წლიდან თბილისში დაიწყო საერთო საქალაქო საავადმყოფო სალაროს შექმნა და ჩამოყალიბება. იგი სახსრებს ქმნიდა დამსაქმებელთა შენატანებით, საერთო კრება აწესებდა შენატანებისა და დახმარების ოდენობას, მისი გაცემის წესს და წყვეტდა სხვადასხვა მნიშვნელობის საკითხებს.

1921 წელს გამოიცა დეკრეტი, რომლის თანახმადაც შემოღებული იქნა დაზღვევა ავადმყოფობის, დასახიჩრების, ინვალიდობის, მოხუცებულობის, გარდაცვალების და უმუშევრობის შემთხვევაში. გაუქმდა საავადმყოფო სალაროები და მათი ფუნქციები გადანაწილდა სოციალური უზრუნველყოფისა და ჯანდაცვის სახალხო კომისარიატებში. ამიერკავკასიის პროფესიულ კავშირთა პირველი ყრილობის დადგენილებით „სოციალური დაზღვევის შესახებ“, ჯანმრთელობის დაცვის სახალხო კომისარიატში შეიქმნა საგანგებო სამკურნალო ქვეგანყოფილება, რომლის ძირითად ფუნქციას სამედიცინო დახმარების ორგანიზება წარმოადგენდა. დადგენილების თანახმად სალაროს ყველა მონაწილეს ნორმის ფარგლებში უნდა აღმოჩენოდა სამედიცინო დახმარება. საავადმყოფო სალაროები ჯანდაცვის პროგრამების განხორციელებას მხოლოდ ჯანდაცვის ორგანოებთან შეთანხმებით ახერხებდნენ.

1991 წლამდე საბჭოთა პერიოდში, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა თავის სტრუქტურებით, დაფინანსებითა და მართვით გლობალური საბჭოთა სისტემის მხოლოდ მცირე ნაწილს წარმოადგენდა. იგი ეფუძნებოდა ე.წ „სემაშკოს მოდელს“, რომლის ადმინისტრირება და დაფინანსება ცენტრალიზებული იყო და სამედიცინო მომსახურება მოსახლეობის 100% მოიცავდა. ცენტრალურ ხელისუფლებას ევალებოდა დაგეგმვა, ორგანიზება, კონტროლი და მთელი რესურსების მართვა, რის გამოც ადგილობრივი ხელისუფლების წარმომადგენლებს მხოლოდ მცირე, მეორეხარისხოვანი პასუხისმგებლობა და უფლებები რჩებოდათ. ჯანდაცვის საბჭოთა მოდელს თეორიულად ბევრი პოზიტიური ნიშანი ახასიათებდა, თუმცა ისევე, როგორც სხვა სოციალისტური ჯანდაცვის მოდელების შემთხვევაში, პრაქტიკაში მის განხორციელებას ბევრი პრობლემა შეექმნა. კერძოდ: სამედიცინო დაწესებულებისა და კადრების ექსტენსიური არაადეკვატური გაზრდა, სამედიცინო ქსელის გაფართოება ხდებოდა დაწესებულების ლიმიტით. პროგრამების ეფექტურობაზე მსჯელობდნენ ერთ სულ მოსახლეზე სამედიცინო დაწესებულებისა და სამედიცინო კადრების მიხედვით, რაც დარგის მოცულობის ზრდას იწვევდა. ამასთანავე, გადაწყვეტილების მიღება ახალი სამედიცინო დაწესებულების აშენებისა და ძველის გაფართოების შესახებ უფრო მეტად პოლიტიკური მოტივით ხდებოდა, ვიდრე ეკონომიკური. ამის გამო სამედიცინო დაწესებულებებისა და მისი პერსონალის რაოდენობა სჭარბობდა რეალურ მოთხოვნას. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობა ფასდებოდა მხოლოდ რაოდენობრივი მაჩვენებლით, როგორცაა მიმართვიანობის რაოდენობა, საწოლების რაოდენობა და ა.შ. ამ მაჩვენებლების სიმცირის შემთხვევაში, ხელმძღვანელობა ადმინისტრაციულ ზომებს იღებდა. ჯანდაცვის სისტემაში ასეთი მეთოდების გამოყენებამ და მისმა ეკონომიკურად დაუსაბუთებლობამ დარგი კრიზისულ მდგომარეობამდე მიიყვანა.

1992-1996 წლებში რეალური ეროვნული შემოსავალი 1990 წლის მონაცემებთან შედარებით 78%-ით შემცირდა. ერთ სულ მოსახლეზე წლის 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 (როგორც სტრუქტურის ასევე კადრების მხრივ) და მოუწესრიგებელი სისტემა.

სამუშაოსა და შემოსავლის გარეშე დარჩენილი მოსახლეობის უდიდეს ნაწილის გადახდისუნარიანობის დაკარგვამ და სამედიცინო მომსახურების მიღებისათვის როგორც

ფინასურმა, ასევე გეოგრაგიულმა დაბრკოლებებმა (განსაკუთრებით სოფლად, მთიან, მწელად მისადგომ ადგილებში) საგრძნობლად იმოქმედა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. იმატა ავადობამ დაავადებათა თითქმის ყველა ძირითადი კლასის მიხედვით. შემცირდა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა და გაიზარდა მოკვდაობის რიცხვი.

სადაზღვევო ბაზრის ინტენსიური განვითარება 1995 წელს დაიწყო, შეიქმნა ახალი საფინანსო სამსახური - ჯანმრთელობის დაცვის სახელწიფო ფონდი, რომელიც წარმოადგენდა დარგისათვის გამიზნული ფულადი სახსრების აკუმულირების ორგანოს და ახორციელებდა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების დაფინანსებას, რომელთაგან უნდა აღინიშნოს:

- სოციალურად საშიშ დაავადებათა პროფილაქტიკა
- ერთ წლამდე ბავშვთა მკურნალობა
- ორსულთა ზედამხედველობა
- ომის მონაწილეთა და უმწეო მდგომარეობაში მყოფი მოსახლეობის ურგენტული დახმარება ;

ეს სახსრების ასევე ხმარდებოდა კატასტროფებისა და ეპიდემიებისათვის რეზერვების შექმნას და სამედიცინო მეცნიერების განვითარებას.

პროგრამები ითვალისწინებდა საქართველოს ყველა მოქალაქისათვის თანაბარი, მაგრამ კონკრეტული, შეზღუდული ასორტიმენტის მქონე სამედიცინო მომსახურების (თანა) დაფინანსებას და არაეფექტური აღმოჩნდა მოსახლეობის უნივერსალური მოცვის ამბიციისა და იმავდროულად დეფიციტური ბიუჯეტის გამო, რომელიც ყოფნიდა დაავადებათა რეალურ შემთხვევების წლიური რაოდენობის დაახლოებით 20%-ს. პროგრამების არასრულყოფილება იმაშიც გამოიხატებოდა, რომ მოსახლეობის უდიდეს ნაწილს წარმოადგენდა კი არ ჰქონდა მათი არსებობის შესახებ.

1997 წელს განხორციელდა ჯანდაცვის სახელწიფო ფონდის ტრანსფორმირება სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიად, ჩამოყალიბდა მისი რეგიონული ფილიალები.

საქართველოში 2002 წლამდე არსებობდა “სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შენატანი” (დამქირავებლის სახელფასო ფონდზე დარიცხული 3% + დაქირავებულის ხელფასის 1%), ანუ დამქირავებლის და დაქირავებულის გადახდილ თანხებს განსაზღვრული ჰქონდა დანიშნულება. კანონის თანახმად, აღნიშნული შენატანი არ წარმოადგენდა ქვეყნის ბიუჯეტის შემოსავლის წყაროს, ამდენად ამ პერიოდში აღნიშნული მიზნით მობილიზებული სახსრები

განიხილება როგორც ჯანდაცვის დაფინანსების კერძო სახსრები. შესატანის აკუმულირება ხდებოდა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანიაში, რომელიც წარმოადგენდა საზოგადოებრივ თუ კვაზისამთავრობო სტრუქტურას. აქვე აღსანიშნავია, რომ სისტემის ფუნქციონირების დე იურე სქემა არსებითად განსხვავდებოდა დე ფაქტო ვითარებისაგან. ჩატარებული კვლევებისა და საექსპერტო შეფასებების მიხედვით, “სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შესატანი” სინამდვილეში წარმოადგენდა შუალედურ კატეგორიას “სავალდებულო შესატანსა და “მიზანმიმართულ საბიუჯეტო გადასახადს” შორის. კერძოდ, შეგროვების ტექნიკით (“მისამართი” – ექსკლუზიურად სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო კომპანია) “3 + 1” შესატანს წაგავდა, ხოლო გადამხდელისა და გადახდის პროცედურის აღრიცხვის ტექნიკით – მიზანმიმართულ საბიუჯეტო გადასახადს.

2003 წლიდან სამედიცინო დაზღვევის კომპანიამ შეწყვიტა ფუნქციონირება და შეიქმნა ახალი სტრუქტურა – სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი, გაუქმდა სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შესატანი და ჯანდაცვის სახსრები გაერთიანდა სოციალურ გადასახადში, რომლის საფუძველზე ხდებოდა სოციალური ხარჯების დამფინანსებელი საგანგებო ფონდის, ე. წ. სპეცფონდის ფორმირება.

2003 და 2004 წლების ბიუჯეტის კანონის მიხედვით სახელმწიფო ბიუჯეტი შედგებოდა ცენტრალური ბიუჯეტისა და სპეცფონდებისაგან (მათ შორის საქართველოს სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი). მიუხედავად იმისა, რომ სოციალური დაზღვევის გადასახადი, ყველა სხვა სახის გადასახადისაგან განსხვავებით, განსაზღვრავდა გადასახადის მიზანს, მიმართულებას, ქვეყნის კანონმდებლობით წარმოადგენდა ბიუჯეტის ფორმირების წყაროს და შესაბამისად სავალდებულო სახელმწიფო სადაზღვევო გადასახადს. აღნიშნული გადასახადი ისეთივე წესით შედიოდა ხაზინაში, როგორც სხვა წმინდა საბიუჯეტო გადასახადები (ცალკე მიმღები ანგარიში ხაზინაში სოციალური დაზღვევის გადასახადისათვის არ არსებობდა). ამგვარად, იგი ისევ წარმოადგენდა შუალედურ კატეგორიას მსგავსად “სამედიცინო დაზღვევის სავალდებულო შესატანისა”, მაგრამ ამჯერად მიზანმიმართულ საბიუჯეტო გადასახადსა და წმინდა საბიუჯეტო გადასახადს შორის.

2004 წელს ვერ მოხერხდა ცენტრალური ბიუჯეტის ტრანსფერისა და სოციალური გადასახადის ცალ-ცალკე დამისამართება, ამიტომ იგი განიხილება როგორც ცენტრალურ ბიუჯეტში გამოყოფილი სახსრები. 2005 წელს სოციალური დაზღვევის გადასახადი გაუქმდა და დაწესდა

სოციალური გადასახადი, რომელიც უშუალოდ ბიუჯეტში აკუმულირდება. სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი ჯანდაცვის პროგრამების დაფინანსებას მხოლოდ საბიუჯეტო ასიგნებებით ახორციელებდა, ამდენად იგი ცენტრალური ბიუჯეტის განაყოფს განეკუთვნებოდა.

ცხრილი 18. სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდის დაფინანსების წყაროები (ათასი ლარი), საქართველო, 2001-2006 წწ.

წყაროები	2001	2002	2003	2004	2005	2006
სახელმწიფო ბიუჯეტის ტრანსფერი	19313,7	26900,5	27990,2	65546,8	88608,0	128645,5
სამედიცინო დაზღვევის გადასახადი	20984,7	18400,0	36300,0			
ტერიტორიული ერთეულების ბიუჯეტიდან გადაცემული თანხები		3900,0	5376,4	15409,1		
სულ	40295,4	49200,5	69666,6	80955,9	88608,0	126381,2

წყარო: ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშების კლასიფიკაცია და მომზადების მეთოდოლოგია, 2001-2006 წწ., საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტის პოლიტიკის სამმართველო, საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური პროექტების განმახორციელებელი ცენტრის პირველადი ჯანდაცვის განვითარების პროექტი, თბილისი, 2008 წ.

მნიშვნელოვანი ცვლილებების პერიოდი დაიწყო 2006 წლის შემოდგომიდან. ჯანდაცვის სამინისტროში შეიქმნა ჯანდაცვისა და სოციალური რეფორმების სამთავრობო კომისია პრემიერ მინისტრის ხელმძღვანელობით. რეფორმებისათვის გეგმების შემუშავებისა და განხორციელების უშუალო ხელმძღვანელობა დაევა სახელმწიფო მინისტრს რეფორმების კოორდინაციის საკითხებში.

ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის სექტორში რეფორმების განხორციელების ძირითადი პრინციპები.

რეფორმის კონცეპტუალური მოდელი ითვალისწინებდა 4 სტრატეგიულ მიმართულებას: ¹

I. აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა და მოსახლეობის დაცვა სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ფინანსური რისკებისაგან :

1. სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება სამ დონედ :

¹ საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში 1990-2010, <http://www.psdiscourse.ge/files/files/pdfs/Insurance%20I%20Final.pdf>

I. პირველადი ჯანდაცვა

II. სტანდარტული სტაციონარული მომსახურება

III. მაღალტექნოლოგიური ჰოსპიტალურ მომსახურება

2. ჯანდაცვის დაფინანსება, დაავადების ეპიზოდის დადგომისას უშუალოდ ჯიბიდან ან სხვა წყაროდან გადახდის ჩანაცვლება რისკის განაწილების, სოლიდარობისა და წინასწარ გადახდის ეფექტური სისტემებით.

II. სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხის უზრუნველყოფა – შესაფერისი მარეგულირებელი გარემოს შექმნა და ამოქმედება.

- პერსონალის ლიცენზირების სისტემის ამოქმედება.
- მინიმალურ მოთხოვნებზე დამყარებული ნებართვების სისტემის შემუშავება და დანერგვა სამედიცინო დაწესებულებებისათვის საქმიანობის უფლების მისანიჭებლად.
- წამლის ხარისხის უზრუნველყოფის, უსაფრთხოებისა და ეფექტიანობის რეგულირების მექანიზმების შემუშავება/დანერგვა.
- ჯანდაცვის სისტემების ფუნქციონირების ხარისხის შეფასება სისტემური კვლევებისა და მომსახურების ხარისხის შესწავლის გზით.

III. მოსახლეობისათვის ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე ფიზიკური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა – სამედიცინო ინფრასტრუქტურის განვითარება და კომპეტენტური კადრების მომზადება

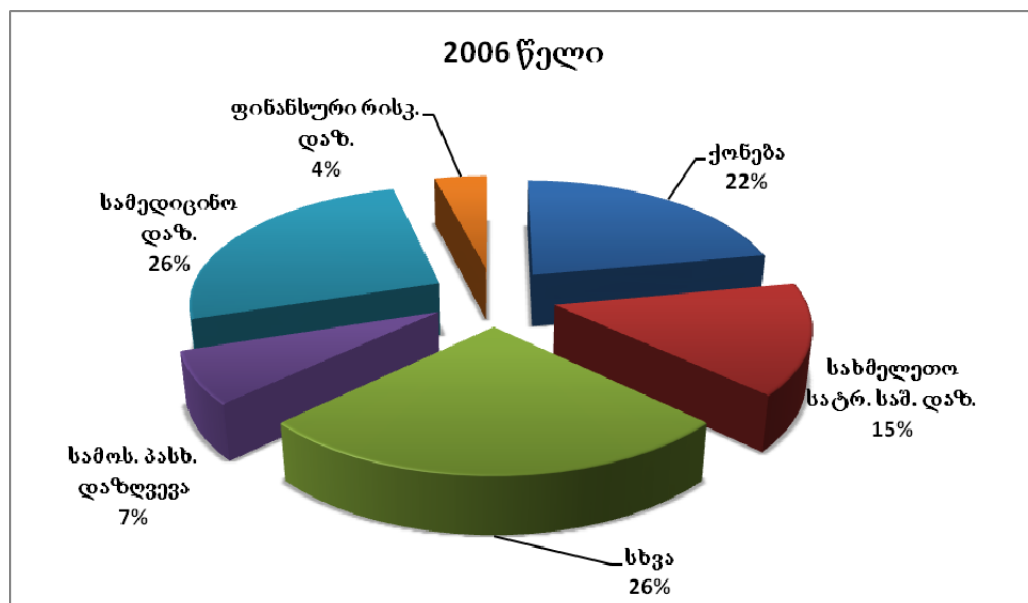
- ჰოსპიტალური სიმძლავრის განვითარება
- პირველადი ჯანდაცვის სისტემა (პჯდ) შექმნა
- კადრების მომზადების ხელშეწყობა

IV. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის ამაღლება – სამინისტროსა და მის დაქვემდებარებაში მყოფი ორგანიზაციების შესაძლებლობათა განვითარება და კარგი მმართველობის პრინციპების დანერგვა.

- შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სისტემის და მისი სტრუქტურული ერთეულების როლისა და ფუნქციების განსაზღვრა პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებების შესაბამისად.

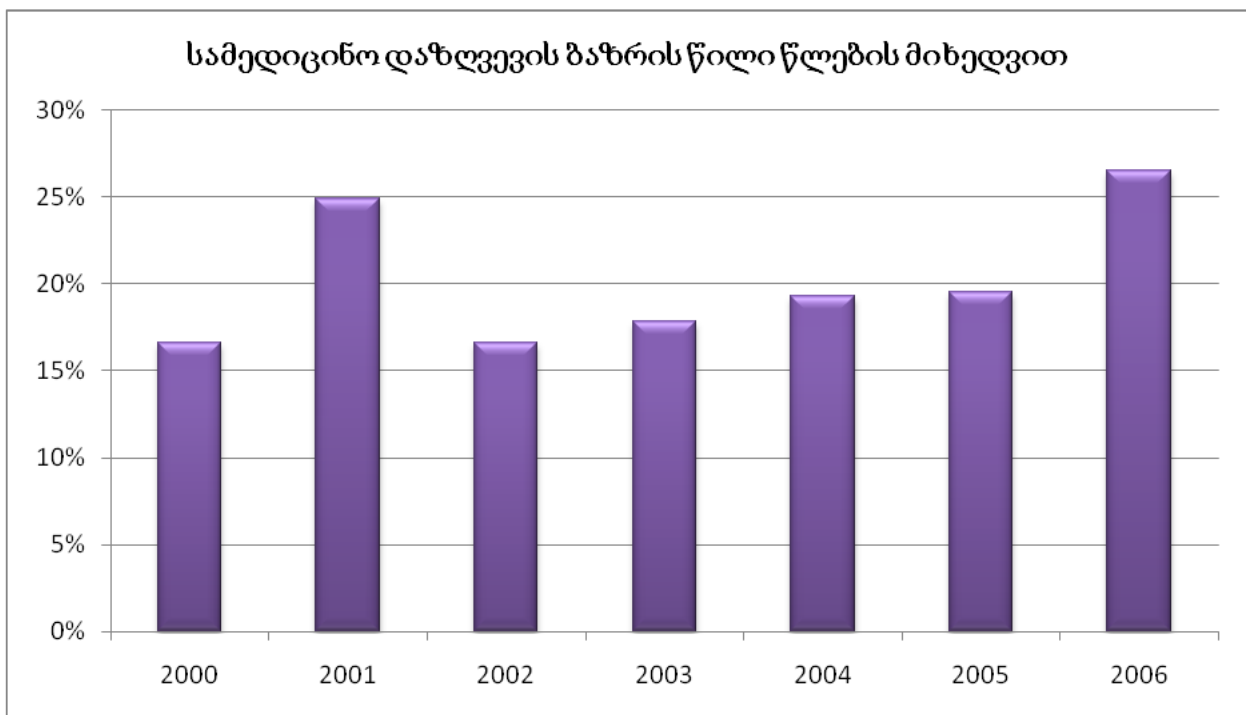
- სამინისტროს სისტემაში ადეკვატური ანგარიშგების სისტემისა და სააღსრულებო მექანიზმები შექმნა.
- ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა დონეზე მართვის შესაძლებლობების გაძლიერება.
- ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემებისა და რეგიონული დონის სტრუქტურები განვითარება

2006 წლისათვის საქართველოში მნიშვნელოვნად გაიზარდა დაინტერესება დაზღვევის ისეთი სახეობებით, როგორებიცაა: სამედიცინო დაზღვევა, ქონების დაზღვევა, სახმელეთო სატრანსპორტო საშუალებათა დაზღვევა და სამოქალაქო პასუხისმგებლობის დაზღვევა. მათი ხვედრითი წილი მთელი სადაზღვევო ბაზარის 70%-ს შეადგენდა. ამ დროისათვის უკვე მოქმედებდა 14 სადაზღვევო კომპანია.



სურათი 5. საქართველოს სადაზღვევო ბაზარი, 2006 წ.

2006 წლის ბოლოს დაზღვევის ბაზარზე სამედიცინო დაზღვევის წილი 26%-ს (18,7 მილიონი ლარი) შეადგენდა. ბაზარზე ჯანმრთელობის ნებაყოფლობით დაზღვევის მომსახურება (კორპორატიული და ინდივიდუალური) ბუნებრივად გაჩნდა და თანდათან ვითარდებოდა.



სურათი 6. სამედიცინო დაზღვევის ბაზრის წილი წლების მიხედვით.

თუმცა, დაზღვეულთა რაოდენობა შემოიფარგლა ძირითადად თბილისში მცხოვრები 100 000 მოქალაქით.

დაზღვევით მოსახლეობის არასაკმარისმა მოცვამ აჩვენა, რომ სადაზღვევო ბაზრის განვითარებაში სახელმწიფოს მიზანმიმართული ჩარევის გარეშე საგრძნობი შედეგები ვერ იქნებოდა მიღწეული. 2006 წელს საქართველოს მთავრობის მიერ ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების სისტემაში ცვლილების შეტანისას ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკის ძირითადი მიზანს წარმოადგენდა აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

ჯანმრთელობის გაუარესებასთან დაკავშირებული ფინანსური რისკების უკეთ მართვის მიზნით, მთავრობამ სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის მაგივრად არჩევანი ჯანმრთელობის დაზღვევის შესყიდვის სასარგებლოდ გააკეთა და „საქართველოს სადაზღვევო ასოციაციასთან“ ერთად შეიმუშავა კონცეფცია, რომელიც ითვალისწინებდა ერთდროულად ორი მიმართულებით მუშაობას, ორ ძირითად პრინციპზე დაყრდნობით:

პირველი პრინციპი

სახელმწიფო დაფინანსების მიზნობრივი სისტემის შექმნა მოსახლეობის სოციალურად ყველაზე დაუცველ ფენების სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფისათვის

მეორე პრინციპი:

სახელმწიფო სახსრების მართვა კერძო დაზღვევის განვითარების ხელშეწყობისათვის;

2006 წლიდან საქართველოს მთავრობამ, ვაუჩერული სისტემის გამოყენებით სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევით უზრუნველყოფა დაიწყო. მოქალაქეს გაუჩნდა უფლება, მიეღო სამედიცინო დაზღვევის ვაუჩერი, საკუთარი ნებით აერჩია თავისთვის სასურველი სადაზღვევო კომპანია და დაზღვეულიყო მასში. სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევით უზრუნველყოფის პირველი სახელმწიფო პილოტური პროგრამა 2007 წელს შემუშავდა და სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყო თბილისსა და იმერეთის რეგიონში აღრიცხული სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი 196 000 მოქალაქე. 2008 წლის საქართველოს მთავრობის №92 დადგენილების "სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გადასაცემი სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ" საფუძველზე მთელი საქართველოს მასშტაბით დაიწყო მოსახლეობის ეტაპობრივად დაზღვევა რეგიონების მიხედვით. სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფის სტატუსი მოქალაქეს ეძლეოდა, თუ მისი ოჯახისათვის "სოციალური მომსახურების სააგენტოს" შეფასების სისტემის" მიხედვით ჩატარებული გამოკვლევების საფუძველზე მიკუთვნებული ქულათა ჯამი არ აღემატებოდა 70 000-ს. სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების პროცესში ამოქმედდა მიმოქცევადი ფინანსური ინსტრუმენტი - სადაზღვევო ვაუჩერი. სოციალური მომსახურების სააგენტო მოქალაქეს გადასცემდა ვაუჩერს სამედიცინო დაზღვევის დასაფინანსებლად. ვაუჩერის მფლობელ მოქალაქეს ან ბენეფიციარს ოჯახს ჰქონდა სადაზღვევო კომპანიის თავისუფალი არჩევანის უფლება. მოქალაქე თავად, აფორმებდა ხელშეკრულებას არჩეულ სადაზღვევო კომპანიასთან, ვაუჩერით ღებულობდა სადაზღვევო პოლისს, რომლის საფუძველზეც უზრუნველყოფილი იყო პროგრამით განსაზღვრული და დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურებით.

სადაზღვევო ხელშეკრულებით მთავრობის მიერ პრემიის გადახდა წარმოებდა ყოველთვიურად ერთ დაზღვეულზე პოლისის სტანდარტული ღირებულების ერთი მეთორმეტედის პრინციპით და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, შესაბამისი კოეფიციენტის გამოყენებით:

ა) 0-64 წელი – 12,93 ლარი ($c = 0,862$);

ბ) > 65 წელი– 21,43 ლარი (c=1,429).

პარალელურად, 2007 წლიდან, სახელმწიფო უწყებებმა აქტიურად დაიწყეს კერძო სამედიცინო დაზღვევის შესყიდვა და სახელმწიფო დაფინანსების მეშვეობით სადაზღვევო სისტემაში სხვადასხვა საჯარო ორგანიზაციების წარმომადგენლები ჩაერთვნენ.

2008 წლის ბოლოსათვის პოლისი გადაეცა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ 666 651 ადამიანს.

საქართველოში ლიცენზირებულ ყველა სადაზღვევო კომპანიას ჰქონდა თანაბარი უფლება გამხდარიყო პროგრამის მონაწილე და სადაზღვევო მომსახურების მიმწოდებელი. მთავრობამ დაადგინა სადაზღვევო ორგანიზაციების მიმართ მოთხოვნები და უზრუნველყო სადაზღვევო კომპანიებს შორის ჯანსაღი კონკურენციის პირობების დაცვა.

2009 წელს საქართველოში მიღებულ იქნა “ეკონომიკური თავისუფლების აქტი”, რომლის მიხედვით “ბიუჯეტის სახსრები უნდა იქნეს გამოყენებული ისე, რომ მოქალაქეებს მიეცეს საშუალება, სადაც შესაძლებელია, თავად გააკეთონ არჩევანი, და არ იქნას მიმართული მომსახურების სახელმწიფო მიმწოდებლის პირდაპირი დაფინანსებისათვის. ანუ, დაფინანსდეს არა ინსტიტუტები და ორგანიზაციები, სადაც პაციენტი იძულებული იქნება არჩევანის გარეშე მივიდეს, არამედ დაფინანსდეს ადამიანები, ვისაც ეს დაფინანსება ეკუთვნის და ყველაზე მეტად სჭირდება და მათ დაუტოვონ არჩევანის დაფინანსება, ხოლო ინსტიტუტები დაფინანსდებიან ამ ადამიანების არჩევანის მოგებით.” პროგრამა ამ ფორმატით 2010 წლამდე ფუნქციონირებდა. 2010 წლის გაზაფხულზე, მთავრობამ სადაზღვევო კომპანიებს პროექტში მონაწილეობის მიღება შესთავაზა. სიახლე კი ის იყო, რომ ამ პროცესის პარალელურად, მთავრობამ შეცვალა პროგრამის ვაუჩერული სისტემა და გამოაცხადა, რომ სადაზღვევო კომპანიების უფლება, დაეზღვიათ პროგრამის მონაწილეები, მიბმული იქნებოდა მათ ნებაზე, მონაწილეობა მიეღოთ პროექტში.

2010 წლის 30 მარტს მიღებული N 85 დადგენილებით, რაიონები კონკრეტულ სადაზღვევო კომპანიებს შორის გადანაწილდა, ანუ ერთ რაიონში სახელმწიფო პროგრამით დაზღვეულ მოსახლეობას სადაზღვევო მომსახურებას მხოლოდ ერთი სადაზღვევო კომპანია უწევდა, აქ უკვე თავისუფალი არჩევანის პრინციპი დაირღვა. გარდა ამისა სადაზღვევო კომპანიებს ე.წ. თავიანთ კუთვნილ „სამედიცინო რაიონში“ უნდა აეშენებინათ საავადმყოფოები. ამით დაზღვეულს არამარტო სადაზღვევო კომპანიის არჩევის უფლება, არამედ არანაკლებ უმთავრესი – დამოუკიდებლად საავადმყოფოს არჩევის უფლებაც წაერთვა, ვინაიდან პაციენტი

იმულებული იყო შემოფარგლულიყო მის რაიონში მოქმედი სადაზღვევო კომპანიის, მისი კლინიკის და ექიმის მიერ შეთავაზებული მომსახურებითა და პირობებით. ყურადსაღებია ის გარემოებაც, რომ დაირღვა „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონის მე-5, მე-7 და მე-8 მუხლები.

აღნიშნულმა პროცესებმა ფაქტიურად გააქრო კომპანიებს შორის კონკურენცია, სადაზღვევო კომპანიები ერთპიროვნულ მონოპოლიებად იქცნენ შესაბამის რაიონში.

ყოველივე ზემოთ ხსენებულიდან გამომდინარე, სახელმწიფოს სადაზღვევო ბაზარზე არსებული პოზიციების გათვალისწინებით, ჯანდაცვის რეფორმის ფარგლებში 2010 წელს განხორციელებული ცვლილებების ლოგიკური შედეგი თითქმის ყველა მსხვილი სადაზღვევო კომპანიის პროექტში ჩართვა გახდა.

საბოლოო ჯამში, პროგრამაში შემდეგი კომპანიები ჩაერთვნენ: „ალდაგი-ბისიაი“, „იმედი-L“, „ჯიპიაი-ჰოლდინგი“, „ირაო“, „არქიმედეს გლობალ ჯორჯია“, „ალფა“, „IC-ჯგუფი“, ნაწილობრივ „ქართუ“ და „ვესტი“.

“ეკონომიკური თავისუფლების აქტში” ძირითადი აქცენტი კეთდება მოსახლეობის არჩევანის უფლებაზე, რადგან საბაზრო ეკონომიკის უმთავრესი პრინციპია არჩევანის თავისუფლება, რომელზედაცაა დამოკიდებული კონკურენცია და შესაბამისად ხარისხი.

მთავრობის 2010 წლის 30 მარტის N 85 დადგენილების საფუძველზე რაიონები კონკრეტულ სადაზღვევო კომპანიებს შორის გადანაწილდა, ანუ ერთ რაიონში სახელმწიფო პროგრამით დაზღვეულ მოსახლეობას სადაზღვევო მომსახურებას მხოლოდ ერთი სადაზღვევო კომპანია უწევდა.

მთავრობის აღნიშნული გადაწყვეტილება სრულიად ეწინააღმდეგებოდა “ეკონომიკური თავისუფლების აქტს”. სადაზღვევო კომპანიების მიერ საავადმყოფოების აშენების ვალდებულება, რაც საქართველოში განხორციელდა, უარყოფითი ზემოქმედება მოახდინა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე, დაზღვეულთა კმაყოფილებაზე, რადგან კომპანიები საავადმყოფოებს იმ სახსრებით აშენებდნენ რაც სახელმწიფომ გადაურიცხა სახელმწიფო პროგრამების დასაფინანსებლად.

თავის დროზე გერმანიამ უარყო ასეთი “ლენდური”, გეოგრაფიულად ჩაკეტილი რაიონული დაზღვევის სისტემა, როგორც კონკურენტული გარემოს შექმნის ხელშემშლელი. აღსანიშნავია,

რომ აშშ-ში ჯანდაცვასთან დაკავშირებული პრობლემების ერთ-ერთ მიზეზად მიჩნეულია ის გარემოება, რომ ერთ შტატში მცხოვრებ დაზღვეულს უფლება არ აქვს მეორე შტატში არსებულ კომპანიაში დაეზღვიოს. თუმცა, თუ აშშ-ში ერთი შტატის შიგნით მაინც შესაძლებელია სადაზღვევო კომპანიებს შორის არჩევანის გაკეთება, საქართველოში ერთ რაიონში, თუ ქალაქში მხოლოდ ერთი სადაზღვევო კომპანია იყო წარმოდგენილი, შესაბამისად საერთოდ არ იყო დაზღვეულის თავისუფალი არჩევანის უფლება.

2010 წლის მარტის თვიდან გაქრა კომპანიებს შორის კონკურენცია, სადაზღვევო კომპანიები ერთპიროვნულ მონოპოლიებად იქცნენ შესაბამის რაიონში. მარტივია მტიცება, რომ სადაც კონკურენცია არაა იქ არაფერი ესაქმება თავისუფალი ბაზრის პრინციპებზე აგებულ ეკონომიკას. ამ ცვლილებით სადაზღვევო სისტემა ისევ დაუბრუნდა იმ ფორმას, რომლის მიუღებლობაც გარკვეულწილად საფუძვლად დაედო თავის დროზე მონოპოლისტური სადაზღვევო სისტემის გაუქმების თაობაზე გადაწყვეტილებას.

მსოფლიოში არსებობს მართული ჯანდაცვის პრეცედენტი, სადაც სადაზღვევო კომპანიას აქვს საკუთარი სამკურნალო დაწესებულება, მაგრამ სახელმწიფო არ აიძულებს მათ ააშენონ საავადმყოფოები, ისინი მას ნებაყოფლობით აშენებენ. აშშ-ში, სადაც ჯანდაცვის ინტეგრირებული სქემებია გავრცელებული, ბენეფიციარებს აქვთ მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციების არჩევის უფლება, რითაც იქმნება კონკურენტული გარემო, რაც საქართველოში, რაიონებად გადანაწილებული სადაზღვევო სისტემის დროს სრულიად გამორიცხული იყო.

დასაფიქრებელი იყო ის გარემოება, რომ ასეთი სისტემა განაპირობებდა შეუქცევად პროცესებს, რითაც სამუდამოდ დასამარდებოდა კონკურენტული საბაზრო მექანიზმები ჯანდაცვაში; საფიქრალია, რამდენად უღირდა ქვეყანას კონკურენტული საბაზრო პრინციპების გაცვლა ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების პრიორიტეტზე.

2013 წლიდან ახალმა მთავრობამ ქვეყანაში შემოიღო ჯანმრთელობის საყოველთაო დაზღვევის სისტემა. სამთავრობო გეგმის მიხედვით, სახელმწიფო პროგრამებით განსაზღვრული სარგებლების მრავალი გადამხდელი სისტემით, ანუ კერძო სადაზღვევო კომპანიების მეშვეობით დაფინანსების ნაცვლად, შეიქმნება ერთიანი სახელმწიფო ფონდი, ანუ ერთი გადამხდელით დაფინანსების სისტემა.

4.2. სამედიცინო დაზღვევის სახეები და სადაზღვევო ბაზარი

სამედიცინო დაზღვევა ხორციელდება ნებაყოფლობითი და სავალდებულო ფორმებით.

ნებაყოფლობითი დაზღვევა ხორციელდება მზღვეველსა და დამზღვევს შორის დადებული ხელშეკრულების საფუძველზე. ნებაყოფლობითი დაზღვევის სახეობები, პირობები და განხორციელების წესი დგინდება მზღვეველსა და დამზღვევს შორის დადებული ხელშეკრულებით. ნებაყოფლობით დაზღვევას ახორციელებს საქართველოს ნებისმიერი, ლიცენზირებული სადაზღვევო ორგანიზაცია.

ჯანმრთელობის კერძო (ნებაყოფლობითი) დაზღვევა საზოგადოებრივი (სოციალური, სახელმწიფო) დაზღვევისაგან სამი მთავარი ნიშნით განსხვავდება:

- დაზღვევა სავალდებულოა თუ ნებაყოფლობითი;
- რის საფუძველზე განისაზღვრება სადაზღვევო შენატანები: ინდივიდუალური რისკის თუ შემოსავლების საფუძველზე;
- როგორია სისტემის მენეჯმენტი: მომგებიანი, არამომგებიანი, საზოგადოებრივი, სახელმწიფო ან ქვაზი-სახელმწიფოებრივი.

ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ძლიერი მხარეებია:

- სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების თავისუფალი არჩევის უფლება;
- არასაკმარისი სახელმწიფო დაფინანსების შემთხვევაში ხელს უწყობს ჯანდაცვის ისეთ სერვისებზე ხელმისაწვდომობას, რომლებიც არ არიან მოცული სახელმწიფო პროგრამებით (დამატებითი კერძო სამედიცინო დაზღვევა);
- შედარებით მაღალშემოსავლიან მოსახლეობას კერძო დაზღვევის სისტემის მეშვეობით საშუალება ეძლევა თვითონ დააფინანსოს ჯანდაცვის სერვისები, რაც სახელმწიფოს ეხმარება შეზღუდული სახსრები ღარიბი და დაუზღვეველი მოსახლეობისკენ მიმართოს;
- კერძო დაზღვევას გარკვეული წვლილი შეაქვს ჯანდაცვის სექტორის ინფრასტრუქტურის განვითარებაში;

- ხელს უწყობს ეფექტურობის ამაღლებას, სერვისების მოცულობის ზრდას და ნოვაციების დანერგვას;
- ხელს უწყობს ჯანდაცვის სერვისების ხარისხის ამაღლებას;
- კერძო დაზღვევა არალეგალური გადახდების ალტერნატიულ, წინასწარი გადახდის ლეგალურ ფორმას წარმოადგენს.
- მცირე ბიუროკრატიული აპარატი.
- ფინანსური ბაზრის განვითარებაზე დადებითი გავლენა. კერძო დაზღვევას დადებითი როლი ენიჭება კაპიტალის აკუმულირების და ფინანსური ბაზრის განვითარების თვალსაზრისით. კერძო დაზღვევის ორგანიზაციები წლიური პრემიების 10-30 %-ს ინახავენ რეზერვად ნაღდი ფულის, აქციების და სხვა საინვესტიციო საშუალებების სახით. შედეგად, სადაზღვევო ბაზრებმა შესაძლოა მნიშვნელოვანი შენატანი გააკეთონ ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებაში.
- აქტიური შემსყიდველის როლიდან გამომდინარე, კერძო დაზღვევის დადებითი გავლენა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე და ხარჯების შეკავებაზე.

ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სუსტი მხარეებია:

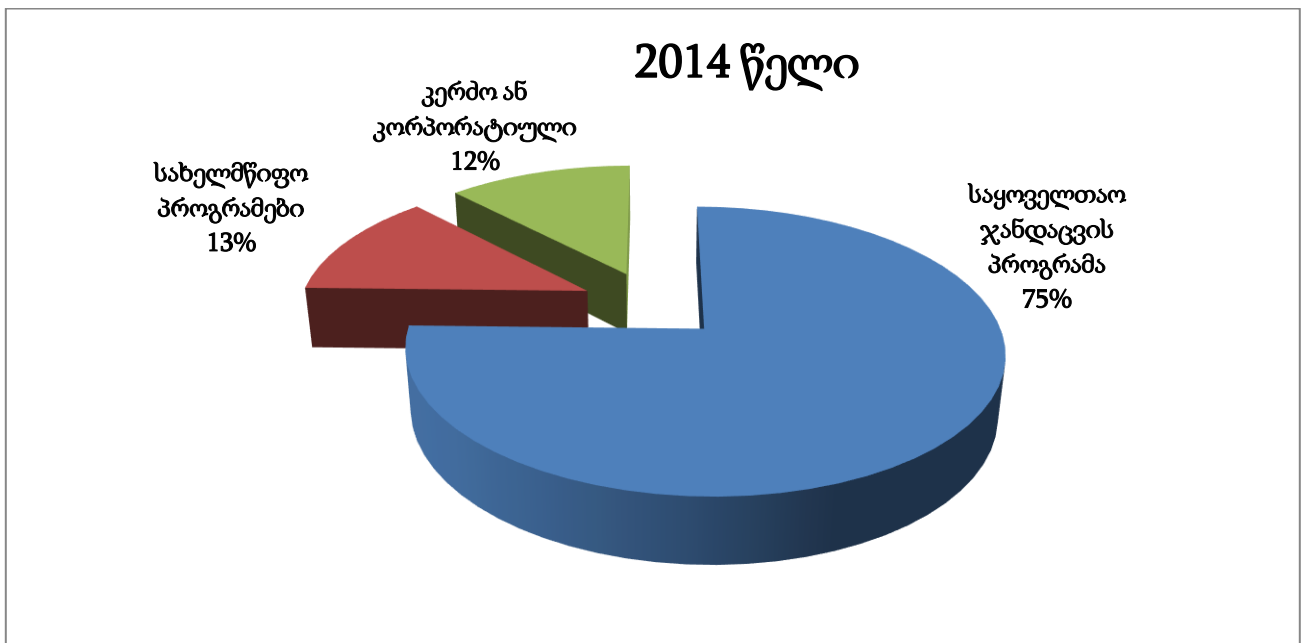
- ხელმისაწვდომობაზე ფინანსური ბარიერები - ვერ უზრუნველყოფს ყველა ფენის თანაბარ ხელმისაწვდომობას ჯანდაცვის სერვისებისადმი.
- მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები, რაც დაკავშირებულია სადაზღვევო პროდუქტის გაუმჯობესებაზე მიმართულ ღონისძიებებთან, მარკეტინგთან, დისტრიბუციასთან.
- სადაზღვევო შენატანები დაკავშირებულია ინდივიდუალურ რისკებთან.
- რისკების შერჩევა, ნაღების მოხდა, არახელსაყრელი შერჩევა.
- რისკების ფრაგმენტაცია. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის სისტემაში რისკები არ არის გაერთიანებული დიდ აუზში (რისკის პულინგი), არამედ გადანაწილებულია კერძო სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის, შესაბამისად მცირდება დაზღვევის მთავარი პრინციპის, სოლიდარობის განხორციელება. დიდი რაოდენობით მცირე სადაზღვევო ორგანიზაციები კიდევ უფრო ამცირებს რისკების გაერთიანებას;

- მიმწოდებლის მიერ სტიმულირებადი მოთხოვნა.
- როგორც კერძო, ისე სავალდებულო დაზღვევის შემთხვევაში პაციენტისა და სადაზღვევო დაწესებულებების ურთიერთობები დამყარებულია გარკვეულ უფლება-მოვალეობებზე, რომლის დაცვა და განხორციელება სავალდებულოა, როგორც დაზღვეულის, ისე დამზღვევის მხრიდან.

სავალდებულო დაზღვევა არის სახელმწიფოს მიერ შექმნილი სამართლებრივ, ეკონომიკურ და ორგანიზაციულ ღონისძიებათა სისტემა, მიმართული სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის შემდეგ, დაზღვეულ პირთა ზარალის ასანაზღაურებლად. სავალდებულო დაზღვევას საყოველთაო ხასიათი აქვს და დაზღვეულია ქვეყნის მთელი მოსახლეობა. სახელმწიფო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა ვრცელდება საქართველოს ყველა მოქალაქეზე და ხორციელდება სავალდებულო სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამით, რაც უზრუნველყოფს პირისათვის სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დაფარვას შესაბამისი სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამის ფარგლებში. სავალდებულო დაზღვევას ახორციელებს საქართველოს ნებისმიერი, ლიცენზირებული სადაზღვევო ორგანიზაცია.

საქართველოს სადაზღვევო ბაზარზე ნებაყოფლობითი და კერძო დაზღვევა 2014 წლისათვის შემდეგნაირადაა გადანაწილებული (დიაგრამა 1):

დიაგრამა 1. საქართველოს სადაზღვევო ბაზარი 2014 წელს.



საქართველო დაბალი/საშუალო შემოსავლების ქვეყანაა, მისი ფართობია 69 700 კმ², მოსახლეობა - 3 729.5 მლნ (2015 წლის მონაცემების მიხედვით). მთლიანი შიდა პროდუქტი 29187.0 მლნ-ს შეადგენას (2014 წელი). ქვეყანაში ჯანმრთელობისა და სოციალურ დაცვაზე 2.7 მლრდ- ლარზე მეტი იხარჯება(2015).

საქართველოში დაზღვევა ყოველწლიურად იზრდება და ვითარდება, რაზეც პირველ რიგში მზარდი სადაზღვევო ბაზარი მიუთითებს. ყოველწლიურად მატულობს როგორც დაზღვეულების რიცხვი, ასევე სადაზღვევო პროდუქტებისა და კომპანიების რიცხვი.

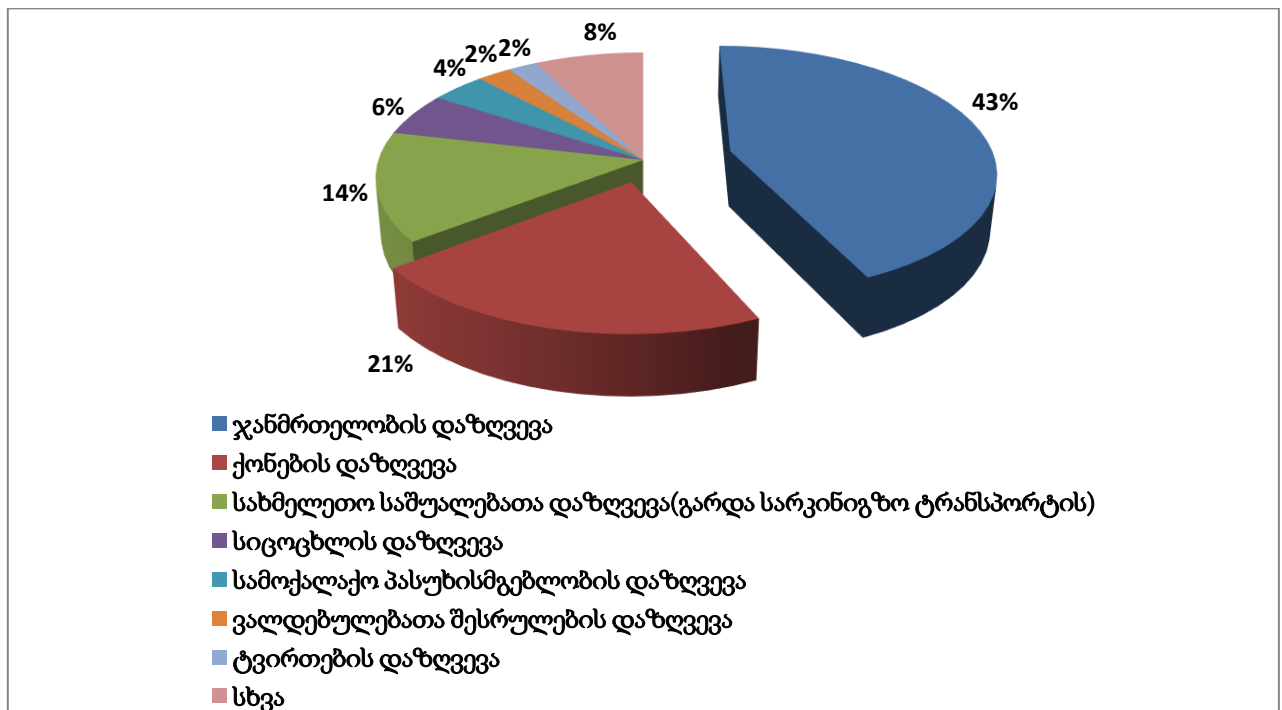
საქართველოში სადაზღვევო ბაზრის ყველაზე მაღალი წილი ჯანმრთელობის დაზღვევას უჭირავს (დიაგრამა 2).

1998 წლამდე სადაზღვევო ბაზარზე მოღვაწეობდა 32 კომპანია, საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაციის სტატისტიკური მაჩვენებლებით, 2014 წლის IV კვარტლის მონაცემებით სადაზღვევო ბაზარზე 16 სადაზღვევო კომპანია იყო:

1. სს სადაზღვევო კომპანია "ალდაგი"
2. სს სადაზღვევო კომპანია "იმედი L "
3. სს "სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი ჰოლდინგი"
4. შპს "დაზღვევის კომპანია ქართუ"
5. შპს დაზღვევის საერთაშორისო კომპანია "ირაო"
6. შპს სადაზღვევო კომპანია ჩარტის ევროპა ს.ა. საქართველოს ფილიალი
7. შპს სადაზღვევო კომპანია "აი სი ჯგუფი"
8. შპს სადაზღვევო კომპანია "ტაო"
9. სს "სტანდარტ დაზღვევა საქართველო"
10. სამედიცინო დაზღვევის ჯგუფი სს "არქიმედეს გლობალ ჯორჯია"
11. შპს „სადაზღვევო კომპანია ალფა“
12. შპს სადაზღვევო კომპანია „არდი ჯგუფი“

13. შპს „ პსპ დაზღვევა“
14. შპს სადაზღვევო კომპანია "უნისონი"
15. სს "სადაზღვევო კომპანია კოპენზური"
16. შპს საერთაშორისო“ სადაზღვევო კომპანია კამარა KAMARA“

დიაგრამა 2. საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის სტრუქტურა 2014 წელს.



წყარო : საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაცია, სადაზღვევო ბაზრის სტატისტიკური მაჩვენებლები, 2014 წელი, IV კვარტალი. <http://insurance.gov.ge/Page3.htm>

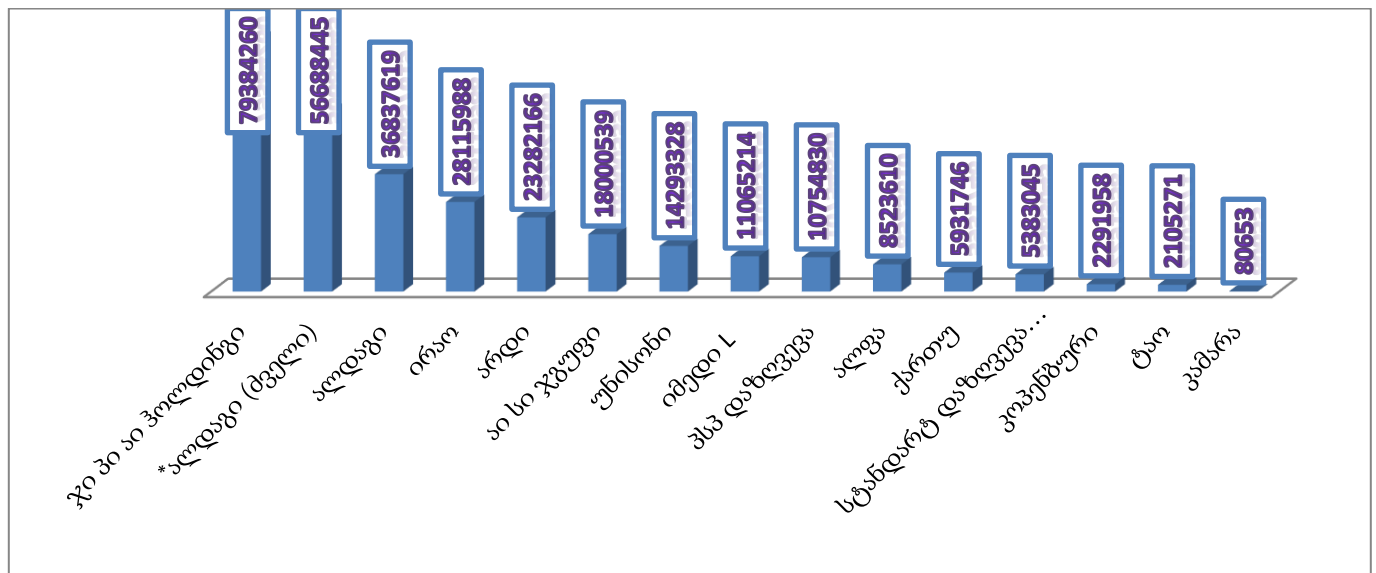
აღნიშნული სადაზღვევო კომპანიებიდან 12 ახორციელებდა, როგორც სიცოცხლის ასევე არასიცოცხლის დაზღვევას, 4 მათგანი კი მხოლოდ არასიცოცხლის დაზღვევას.

სადაზღვევო ბაზარზე მნიშვნელოვანი ცვლილება მოხდა 2014 წლის 31 ივლისს, ოფიციალურად დასრულდა ბაზრის ერთ-ერთი ლიდერი სადაზღვევო კომპანიის „ალდაგის“ გაყოფა ორ ნაწილად. მოხდა ჯანმრთელობის და სიცოცხლის, ასევე ქონების დაზღვევის ერთმანეთისგან გამიჯვნა.

ჯანმრთელობის დაზღვევის მიმართულებაზე მუშაობა სადაზღვევო კომპანია „იმედი L“, ხოლო ქონებისა და სიცოცხლის დაზღვევაზე სადაზღვევო კომპანია „ალდაგს“ განესაზღვრა.

აღნიშნული ცვლილების შედეგად სადაზღვევო კომპანიების რეიტინგი მოზიდული პრემიების მიხედვით, 2014 წლის IV კვარტლის მონაცემებით შემდეგნაირად გამოიყურება (დიაგრამა 3):

დიაგრამა 3. მოზიდული პრემიების მიხედვით სადაზღვევო კომპანიათა რეიტინგი 2014 წ.



*ალდაგი" (ძველი) მონაცემები წარმოდგენილია 2014 წლის 7 თვის ანგარიშგების შესაბამისად

წყარო : საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაცია, სადაზღვევო ბაზრის სტატისტიკური მაჩვენებლები, 2014 წელი, IV კვარტალი. <http://insurance.gov.ge/Page3.htm>

საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაციის სტატისტიკური მაჩვენებლებით, 2018 წლის IV კვარტლის მონაცემებით სადაზღვევო ბაზარზე 17 სადაზღვევო კომპანიაა:

1. სს სადაზღვევო კომპანია იმედი ელ
2. სს სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი ჰოლდინგი
3. სს დაზღვევის კომპანია ქართუ
4. სს დაზღვევის საერთაშორისო კომპანია ირაო

5. სს არდი დაზღვევა
6. სს სადაზღვევო კომპანია ალფა
7. სს სადაზღვევო კომპანია ევროინსი
8. სს პსპ დაზღვევა
9. სს სადაზღვევო კომპანია უნისონი
10. სს სადაზღვევო კომპანია პრაიმი
11. სს სადაზღვევო კომპანია ტაო
12. სს საერთაშორისო სადაზღვევო კომპანია კამარა
13. სს თიბისი დაზღვევა
14. სს სადაზღვევო კომპანია ალდაგი
15. სს რისკების მართვისა და სადაზღვევო კომპანია გლობალ ბენეფიტს ჯორჯია
16. სს საქართველოს სადაზღვევო ჯგუფი
17. სს ჰუალინგ დაზღვევა

4.3. ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები

2008-2012 წლებში საქართველოს სადაზღვევო ბაზარზე საქმიანობის არნახული ზრდა აღინიშნა. 2006 წელს ქვეყანა ჯანმრთელობის დაზღვევის 100,000-მდე ბენეფიციარს ითვლიდა, რომელთა უმეტესობა დედაქალაქში იყო კონცენტრირებული. აქტივობის აღნიშნულ აღმავლობას ბიძგი დიდწილად საქართველოს მთავრობის მიერ 2007 წლის სექტემბერში თბილისსა და იმერეთში 196,000 უკიდურესად გაჭირვებული მოქალაქისთვის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის დაწყებამ მისცა. 2008 წლის აპრილისთვის პროგრამამ 740,000 ადამიანი მოიცვა. უკიდურესად გაჭირვებულთა გარდა დაზღვევის ამ პროგრამაში სხვა კატეგორიის მოქალაქეებიც მოხვდნენ - მასწავლებლები, სათემო ორგანიზაციების წევრები, ორგანიზებული ჩასახლების ადგილებში მცხოვრები იძულებით გადაადგილებული პირები, ოკუპირებული ტერიტორიების მოსახლური რაიონებში მცხოვრებნი, მსახიობები, მხატვრები, რუსთაველის პრემიის ლაურეატები. სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული ჯანმრთელობის დაზღვევის პილოტური პროგრამა 2007 წელს სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის (მოსახლეობის ის ნაწილი,

რომლებსაც „სოციალური მომსახურების სააგენტოს“ შეფასების სისტემის მიხედვით ჩატარებული გამოკვლევების საფუძველზე მიკუთვნებული ქულათა ჯამი არ აღემატება 70 000-ს) შემუშავდა და საწყის ეტაპზე თბილისისა და იმერეთის რეგიონის 196 000 მოქალაქე მოიცვა. 2008 წლიდან კი მთელი საქართველოს მასშტაბით დაიწყო ამ კატეგორიის მოსახლეობის დაზღვევა. პროგრამის ფარგლებში: • ამოქმედდა სადაზღვევო ვაუჩერი, რომლის საფუძველზეც გაიცემოდა სადაზღვევო პოლისი; • მოქმედებდა სადაზღვევო კომპანიის თავისუფალი არჩევანის უფლება; • მთავრობის მიერ პრემიის გადახდა წარმოებდა ყოველთვიურად ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (0-64 წელი-12.93 ლარი, >65-21 ლარი). 2008 წლის ბოლოს პოლისი სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ 666 651 ადამიანს გადაეცა. მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის #218 დადგენილების საფუძველზე დაზღვეულს ჩამოერთვა სადაზღვევო კომპანიის თავისუფლად არჩევის უფლება და გაუჩნდა ვალდებულება კონკრეტულ (2010 წლის 18 აპრილს ტენდერში გამარჯვებულ) კომპანიასთან ურთიერთობის, ასევე: • სადაზღვევო ვაუჩერის საფუძველზე დამზღვევი აფორმებდა ხელშეკრულებას საქართველოს ტერიტორიაზე პირობითად დაყოფილი 26 სამედიცინო უბნიდან ერთ-ერთ რაიონში გამარჯვებულ სადაზღვევო კომპანიასთან მისი საცხოვრებელი ადგილის მიხედვით; • 2010 წლიდან დაზღვეულსა და მზღვეველს შორის დადებული ხელშეკრულება სამ წლიანი გახდა ერთ წლიანის ნაცვლად; • 2010 წლის 1 მაისიდან თითოეულ დაზღვეულზე წლიური სადაზღვევო პრემიის ოდენობა 180 ლარიდან შემცირდა თბილისში, საჩხერესა და გორში 116.40 ლარამდე, ხოლო დანარჩენ 23 რაიონში 132 ლარამდე (შესაბამის სამედიცინო უბანში ტენდერში გამარჯვებული მზღვეველის მიერ დაფიქსირებული ფასის შესაბამისად); • ამასთანავე დაიგეგმა სამკურნალო საშუალებების ხარჯების 50%-იანი თანაგადახდა პოლისის წლიური სადაზღვევო ლიმიტის (50 ლარის) ფარგლებში; 7 • სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილეობის უფლება შეუწყდებოდა იმ სადაზღვევო კომპანიას, რომელიც სისტემატიურად და უხეშად არღვევდა კონკურსით დაკისრებულ ვალდებულებებს; • #218 დადგენილება ასევე ავალდებულებდა მზღვეველს სადაზღვევო სერტიფიკატში ინფორმაციის მითითებას ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახურის შესახებ, რომლის ძირითად ამოცანას წარმოადგენდა სადაზღვევო სუბიექტებს შორის დავების არა სასამართლო გზით მოგვარება; • ტენდერის პირობების თანახმად, გამარჯვებულ სადაზღვევო კომპანიებს სამედიცინო რაიონებში დაევალიათ დადგენილ ვადებში საავადმყოფოების მშენებლობის დასრულება და ამოქმედება. ტენდერში გამარჯვებული კომპანიები სამედიცინო რაიონების მიხედვით არქიმედეს გლობალ ჯორჯია იმედი L აისი ჯგუფი ვესტი ალფა ალდაგი ბი სი აი ირაო ქართუ ჯი პი აი ერთის მხრივ, სადაზღვევო კომპანიების მიერ ახალი სამედიცინო

დაწესებულებების შექმნამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა სამედიცინო მომსახურების გარემო, გაჩნდა ტერიტორიული ხელმისაწვდომობაც, თუმცა მეორეს მხრივ, პრემიის შემცირებამ 8 • თვითდასაქმებულნი (ანტი სელექციის გამო ვერ ერთვებიან სადაზღვევო სისტემაში და გარკვეული სირთულეები ექმნებათ სადაზღვევო პროდუქტის განვადებით აღებისას). 2012 წლის მონაცემებით საქართველოს მოსახლეობის 2 მილიონზე მეტ პირს არ ჰქონდა ჯანმრთელობის დაზღვევა. შესაბამისად ამ სეგმენტის დაზღვევის მიზნით საქართველოს მთავრობის მიერ გამოიცა 2012 წლის #165 დადგენილება, რომლის ფარგლებშიც დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში 2012 წლის სექტემბრიდან ჩაერთო დაახლოებით 800 000 მოქალაქე: • 0-დან 5 წლამდე ასაკის ბავშვები; • ასაკით პენსიონერები; • სტუდენტები; • შეზღუდული შესაძლებლობისა და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემებით 2012 წლის ბოლოსათვის ზემოთ ხსენებული ორივე (#218 და #165) დადგენილების ფარგლებში სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამით მოსარგებლეთა რიცხვმა 1 600 000 ადამიანს მიაღწია. დაწყებულ სადაზღვევო პროგრამებს 2013 წლის თებერვლიდან ახალი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა დაემატა, რომელშიც 6-დან 60 წლამდე მოქალაქეები ჩაერთვნენ ანუ განხორციელდა ქვეყნის მასშტაბით ყველა არადაზღვეული პირის საბაზისო პაკეტით (გეგმური და გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურება) დაზღვევა.

საქართველოს მთავრობის 2009 წლის N 218 დადგენილების ფარგლებში, სახელმწიფო დაზღვევა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ მოსახლეობაზე, კომპაქტურ დასახლებაში მყოფ იძულებით გადაადგილებულ პირებზე, მზრუნველობამოკლებულ ბავშვებსა და სახალხო არტისტებზე ვრცელდებოდა. საქართველოს მთავრობის 2012 წლის N 165 დადგენილების ფარგლებში კი სახელმწიფომ 0-5 ასაკის ბავშვები, ასაკით პენსიონერები, სტუდენტები, შეზღუდული შესაძლებლობისა და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები დააზღვია.

N218 და N165 დადგენილებებით განსაზღვრულ სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამებს კერძო სადაზღვევო კომპანიები ახორციელებდნენ 2013 წლის 1 ივლისამდე; 2013 წლის 1 ივლისიდან კი, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას შეუერთდნენ. ჯანმრთელობის საყოველთაო დაზღვევის პროგრამას სოციალური მომსახურების სააგენტო ახორციელებს და კერძო სადაზღვევო კომპანიები მასში ჩართული არ არიან.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013 წლის ანგარიშის მიხედვით, 2012 წლის ბოლო მონაცემებით, N218 და N165 დადგენილებების

ფარგლებში სახელმწიფო დაზღვევით ჯამში 1 618 460 ადამიანი სარგებლობდა, ხოლო კერძო და კორპორაციული დაზღვევით – 362 663 პირი.

2012 წლის ბოლო მონაცემებით, საქართველოს მოსახლეობის 2 მილიონზე მეტ პირს დაზღვევა არ ჰქონდა. შესაბამისად, სახელმწიფო მოსახლეობის ამ სეგმენტის დაზღვევას საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამით ისახავდა მიზნად.

4.4. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა

2013 წლის 28 თებერვლიდან საქართველოში, სამედიცინო დაზღვევის არმქონე 2 მილიონზე მეტი მოქალაქისათვის, ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მიზანია:

ა) საქართველოს მოსახლეობისათვის შექმნას ფინანსური უზრუნველყოფა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის, კერძოდ:

ა.ა) პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე მოსახლეობის გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა;

ა.ბ) ამბულატორიული მომსახურების მოხმარების გაზრდა ძვირადღირებული და მაღალტექნოლოგიური ჰოსპიტალური მომსახურების მოხმარების რაციონალიზაციის მიზნით;

ა.გ) მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება გადაუდებელ და გეგმურ სტაციონარულ და ამბულატორიულ მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით;

ბ) საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 ან/და 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილებებით განსაზღვრული შესაბამისი მოსარგებლეებისათვის შექმნას ფინანსური უზრუნველყოფა იმავე დადგენილებებით განსაზღვრული სადაზღვევო ვაუჩერის შესაბამის სამედიცინო მომსახურებებზე;

გ) ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე ვეტერანებისთვის შექმნას ფინანსური უზრუნველყოფა ამ დადგენილებით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლენი არიან:

I. 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 2013 წლის 1 ივლისის მდგომარეობით კერძო სადაზღვევო სქემებში ჩართული პირებისა, საბიუჯეტო სახსრებით დაზღვეული პირებისა და იმ ბრალდებული/მსჯავრდებული პირებისა, რომლებიც იმყოფებიან პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში) ;

თუ დაზღვეულ მოქალაქეს 2013 წლის 1 ივლისის შემდგომ ამა თუ იმ მიზეზით შეუწყდა სადაზღვევო კონტრაქტი, ამ შემთხვევაში მოქალაქე ჩაერთვება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში და მიიღებს მინიმალური პაკეტის პირობებით გათვალისწინებულ სამედიცინო მომსახურებას, რომელიც მოიცავს როგორც ოჯახის ან უბნის ექიმის მომსახურებას, ასევე ექთნის მომსახურებას უფასოდ. ასევე სრულად დაუფინანსდება სისხლის საერთო და შარდის საერთო ანალიზები, გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურება, განსაზღვრული ჩამონათვალით(ლიმიტი ერთეულ შემთხვევაზე - 15 000 ლარი), მშობიარობა (ლიმიტი 500 ლარი) და საკეისრო კვეთა (ლიმიტი 800 ლარი).

II. ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე ომისა და სამხედრო ძალების ვეტერანები - სამედიცინო მომსახურების პირობები განსაზღვრულია ვეტერანების პაკეტით;

III. სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილებით დამტკიცებული ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ყოფილი მოსარგებლეები, რომელთა სამედიცინო მომსახურების პირობები განსაზღვრულია(მიზნობრივი ჯგუფი);

IV. „ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის ბავშვების, 60 წლის და ზემოთ ასაკის ქალების და 65 წლის და ზემოთ ასაკის 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 №165 დადგენილებით

დამტკიცებული ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ყოფილი მოსარგებლეები, რომელთა სამედიცინო მომსახურების პირობები განსაზღვრულია (ასაკობრივი ჯგუფი).

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. პროგრამის მოსარგებლეს უფლება აქვს თავად აირჩიოს სამკურნალო დაწესებულება საქართველოს მასშტაბით.

2013 წლის 28 თებერვლიდან 1 ივლისამდე მოქმედებდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის პირველი ეტაპი, რომელიც გულისხმობდა პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ოჯახის/უბნის ექიმის მომსახურებას და გადაუდებელი შემთხვევების მართვას როგორც ამბულატორიულ, ასევე სტაციონარულ დონეზე. ფინანსდებოდა გადაუდებელი სამედიცინო შემთხვევების 450-ზე მეტი ნოზოლოგია .

1 ივლისიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მეორე ეტაპი, პირველ ეტაპზე ჯანდაცვის სამინისტრო მოქალაქეებს სამედიცინო მომსახურების 3 ბლოკს სთავაზობდა, მეორე ეტაპზე პროგრამა სამედიცინო სერვისების 6 ძირითად ბლოკს მოიცავს, კერძოდ:

- პირველადი ჯანდაცვის გაფართოებულ მომსახურებას;
- გადაუდებელ ამბულატორიულ დახმარებას;
- გაფართოებულ გადაუდებელ სტაციონარულ მომსახურებას;
- გეგმურ ქირურგიულ ოპერაციებს;
- ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობას;
- მშობიარობას.

კერძოდ, ანაზრაურებას ექვემდებარება:

ამბულატორიული მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება

ა) გადაუდებელი (სრულად) და გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება, როგორც ოჯახის, ან უბნის ექიმის მიერ მიწოდებული, ისე ვიწრო პროფილის სპეციალისტების მიერ 70%-ით.

ბ) ექიმის დანიშნულებით: სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი და კრეატინინი, გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში, ქოლესტერინი სისხლში, შარდში ლიპიდების განსაზღვრა, ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე, ეკგ, პროთრომბინის დრო 100%-ით.

70% -ით ნაზრაურდება: ღვიძლის ფუნქციურის სინჯი, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური სინჯი, მუცლის ღრუს ექოსკოპია, გულმკერდის რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია.

გ) შშმპ-ს სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები, გარდა კომპიუტერული ტომოგრაფია და ბირთვულ-მაგნიტურ-რეზონანსური გამოკვლევებისა.

სტაციონარული მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება

ა) გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება (ლიმიტი ერთეულ შემთხვევებზე 15 000ლარი). ანაზღაურდება 100%-ით - ინტენსიური თერაპია და კრიტიკული მდგომარეობების მართვა, 450-ზე მეტი გადაუდებელი მდგომარეობის მართვა ნუსხის მიხედვით. ანაზღაურდება 70%-ით - ყველა სახვა გადაუდებელი და სასწრაფო მდგომარეობის მართვა.

ბ) გეგმიური ქირურგიული ოპერაციები - ლიმიტი 15 000ლარი ანაზღაურდება 70%, ხოლო 18 წლამდე პირებში სრულად ანაზღაურდება კარდიოქირურგიული და ონკოლოგიური ოპერაციები და მათთან დაკავშირებული ხარჯები.

გ) ონკოლოგია - ლიმიტი 12 000ლარი 80%-ით ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია, სხივური თერაპია, ხოლო 18 წლამდე ახალგაზრდებში 100%-ით.

დ) მშობიარობა - ფიზიოლოგიური მშობიარობა - ლიმიტი 500ლარი

ე) საკეისრო კვეთა - ლიმიტი 800ლარი.

სახელმწიფო პროგრამით დაზღვევის მოსარგებლეები საქართველოში:

მოსარგებლეები და სამედიცინო მომსახურების პირობები საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის N218 დადგენილების ფარგლებში:

მოსახლეობის 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;
- 2008 წლის 6 აგვისტოდან საქართველოზე რუსეთის ფედერაციის შეიარაღებული თავდასხმის შედეგად საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან 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, მზრუნველობამოკლებული და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე) ბავშვები და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით განსაზღვრული საადმინისტრაციო საქმიანობის განმახორციელებელი დაწესებულებების, დედათა და ბავშვთა თავშესაფრებისა და სათემო ორგანიზაციების ბენეფიციარები;
- სსიპ - ადამიანით ვაჭრობის (ტრეფიკინგის) მსხვერპლთა, დაზარალებულთა დაცვისა და დახმარების სახელმწიფო ფონდის ტერიტორიულ ერთეულებში (ფილიალებში) მცხოვრები ბენეფიციარები;
- სსიპ - ადამიანით ვაჭრობის (ტრეფიკინგის) მსხვერპლთა, დაზარალებულთა დაცვისა და დახმარების სახელმწიფო ფონდის ტერიტორიულ ერთეულებში (ფილიალებში) დასაქმებული უფროსი აღმზრდელები და აღმზრდელები;
- რეინტეგრაციაში ან მინდობით აღზრდაში მყოფი ბავშვები, რომელთა გამოც ოჯახები იღებენ რეინტეგრაციის შემწეობას ან 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 საჯარო სკოლის აღმზრდელები, სადაც ხორციელდება პანსიონური მომსახურება;
- აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის გალის ტერიტორიაზე მდებარე საქართველოს
- სახელმწიფო ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულების მასწავლებლები;
- საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს ტერიტორიული ორგანოების საგანმანათლებლო რესურსცენტრების თანამშრომლები;
- აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის ოკუპირებული ტერიტორიის მიმდებარედ მცხოვრები ოჯახები საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს მიერ მიწოდებული სიის შესაბამისად.

218-ე დადგენილების ფარგლებში იფარება შემდეგი მომსახურებები:

- სასწრაფო სამედიცინო მომსახურება და სამედიცინო ტრანსპორტირება: სასწრაფო დახმარების ბრიგადის მიერ გაწეული მომსახურება და საჭიროების შემთხვევაში - სამედიცინო ჩვენებით, პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის უზრუნველყოფა შესაბამისი პროფილის უახლოეს კლინიკაში;
- კრიტიკული და გადაუდებელი 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): ოჯახის ან სოფლის, ან უბნის ექიმის და ექთნის 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: ელექტროკარდიოგრაფიული, ექოსკოპიური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევები (რენტგენოსკოპია, რენტგენოგრაფია, მამოგრაფია);
- ექიმის დანიშნულებით, ამბულატორიულ დონეზე კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები: სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში, კრეატინინი, ჰემოგლობინი, განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე, ორსულობის ტესტი;
- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა (შშმპ) სოციალური ექსპერტიზისათვის, კერძოდ, შშმპ-ის სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები, გარდა მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევებისა (კომპიუტერული ტომოგრაფია და ბირთვულ-მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევები);
- ამბულატორიულ დონეზე, ყველა სახის სამედიცინო ცნობების, დასკვნებისა და რეცეპტების გაცემა (მათ შორის, ინკურაბელური პაციენტებისათვის ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების რეცეპტების გაცემა), 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;
- გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება (მათ შორის, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში შესყიდული სპეციფიკური შრატებითა და ვაქცინებით მომსახურების უზრუნველყოფა).

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;
- გეგმური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, დღის სტაციონარი), ასევე გეგმურ ქირურგიულ ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებული წინასაოპერაციო, 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;
- სამკურნალო საშუალებების 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

მოსარგებლეები და სამედიცინო მომსახურების პირობები საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის N165 დადგენილების ფარგლებში

- 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის საქართველოს მოქალაქეები და პირადობის ნეიტრალური მოწმობის ან ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირები;
- საპენსიო ასაკის საქართველოს მოქალაქეები და პირადობის ნეიტრალური მოწმობის ან ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირები, ასევე საპენსიო ასაკის სახელმწიფო პენსიის მიმღები პირები;
- სტუდენტი - 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, ქართულ ენაში მომზადების საგანმანათლებლო პროგრამის გასავლელად, ასევე საქართველოს მოქალაქე პროფესიული სტუდენტი, რომელიც სწავლობს „პროფესიული განათლების შესახებ“ საქართველოს კანონით განსაზღვრული პროფესიული

საგანმანათლებლო პროგრამის მე-4 და მე-5 საფეხურებზე და ის პირები, რომლებიც სწავლობენ პროფესიული უმაღლესი საგანმანათლებლო პროგრამით;

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

მოსახლეობის 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);
- კრიტიკული და გადაუდებელი 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);
- ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმის და ექთნის 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: ელექტროკარდიოგრაფიული, 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 შინაგან საქმეთა 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;

- საპენსიო ასაკის მოსახლეობისათვის, მკვეთრად გამოხატული შშმ და შშმ ბავშვებისათვის ანაზღაურდება სამკურნალო საშუალებათა დამტკიცებული ნუსხის მიხედვით. მზღვეველის მიერ ანაზღაურდება პოლისის წლიური სადაზღვევო ლიმიტის 100 ლარის ფარგლებში, 50%-ის თანაგადახდით მოსარგებლის მხრიდან.

მოსახლეობის სხვა ჯგუფებთან შედარებით ამ მოწყვლადი, მაღალი რისკის მქონე ჯგუფების ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა ყველაზე მეტ ფინანსებსაც მოითხოვს. ეს პირდაპირ აისახა სამინისტროს ბიუჯეტზე.

2014 წლის 1 აპრილს სოციალურად დაუცველთა და პედაგოგთა დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა შეწყდა და სოციალურად დაუცველები და პედაგოგები, იმავე პირობებით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში გადაიყვანეს. როგორც კი ეს მოხდა, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ყოველთვიური ხარჯი 10-დან 25 მლნ ლარამდე გაიზარდა. 2014 წლის 1 სექტემბერს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაზე, იმავე პირობებით, 6 წლამდე ბავშვები, პენსიონერები, სტუდენტები და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირები გადაიყვანეს. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ყოველთვიური ხარჯი უკვე 25-დან 45 მლნ ლარამდე გაიზარდა. შესაბამისად, კერძო სადაზღვევო კომპანიები ამ პერიოდიდან უკვე აღარ მონაწილეობდნენ სახელმწიფო პროექტებში; პირველ ეტაპზე, რეფორმის ძირითადი მიზანი იყო ჩვენი თითოეული მოქალაქისთვის სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება როგორც ფინანსური, ასევე გეოგრაფიული კუთხით. რა თქმა უნდა, ამ პროცესს თან მოჰყვა სამედიცინო სერვისის მიმწოდებლების, სამედიცინო დაწესებულებების გაფართოვება. ასევე, მოდერნიზაცია განიცადა სამედიცინო დაწესებულებებმა და ა.შ. რაც თავისთავად ძალიან მნიშვნელოვანი პროექტია იმიტომ, რომ ამ პროცესმა გამოიწვია სამედიცინო ინფრასტრუქტურის განვითარება;

პროგრამის თანახმად, ბენეფიციარი გეგმური სტაციონარული და ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად რეგისტრაციას მისთვის სასურველ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართულ სამედიცინო დაწესებულებაში გადის. თუ პირი არც ერთ პოლიკლინიკაში არ არის დარეგისტრირებული და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართვის მოთხოვნებს აკმაყოფილებს, გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების შემთხვევაში ის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ავტომატურად ერთვება.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის პირველი ეტაპი 453 სხვადასხვა ტიპის ნოზოლოგიის, ოჯახის ექიმის მომსახურებისა და ბაზისური ლაბორატორიული ანალიზების დაფინანსებას ითვალისწინებდა. საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N 36 დადგენილებაში დეტალურად არის გაწერილი საყოველთაო დაზღვევის პროგრამის ფარგლებში ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების ჩამონათვალი. საყოველთაო დაზღვევის პაკეტი, რიგ შემთხვევაში, ბენეფიციარის მიერ თანაგადახდას ითვალისწინებს. N36 დადგენილება ბენეფიციარს კონკრეტულ ინფორმაციას აწვდის იმასთან დაკავშირებით, თუ რა სახის სამედიცინო მომსახურებას ფარავს მისი დაზღვევა, მაგრამ მიუხედავად ასეთი მნიშვნელოვანი პროგრესისა, ჩვენი ჯანდაცვის სისტემის მნიშვნელოვან გამოწვევად ჯერ კიდევ რჩება სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და ეფექტიანობა.

2013 წლის 1 ივლისიდან საყოველთაო ჯანდაცვის მეორე ეტაპზე, საყოველთაო დაზღვევის პაკეტით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურება გაფართოვდა, გადაუდებელ სტაციონარულ და ამბულატორიულ მომსახურებას გეგმური ქირურგიული ოპერაციები, ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობა დაემატა. ასევე პროგრამის ფარგლებში დაიწყო მშობიარობის ხარჯების დაფინანსებაც, სადაც ლიმიტი ფიზიოლოგიური მშობიარობისას – 500 ლარს, საკეისრო კვეთის შემთხვევაში კი 800 ლარს შეადგენს. ამასთანავე გაფართოვდა პირველადი ჯანდაცვისა და გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურების სპექტრი.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა 2017 წლის 1 მაისამდე მოიცავდა შემდეგ მომსახურებებს:

მომსახურების სახე	თანაგადახდის %		
	საბაზისო პაკეტი		მინიმალური პაკეტი
	ასაკი <18 წ.	ასაკი >18 წ.	
გეგმური ამბულატორიული მომსახურება <i>გეგმური ამბულატორიული მომსახურება მიღება შესაძლებელია მხოლოდ</i> <i>პაციენტის რეგისტრაციის ადგილის მიხედვით.</i> Ø ოჯახის ან უბნის ექიმის და ექთნის მომსახურება, საჭიროების შემთხვევაში, მათი მომსახურება ბინაზე	100%	100%	100%

Ø ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული პროფილაქტიკური აცრები;	100%	100%	-
Ø ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმის დანიშნულებითექიმ-სპეციალისტების მომსახურება ენდოკრინოლოგი; ოფთალმოლოგი; კარდიოლოგი; ნევროლოგი; გინეკოლოგი; ოტორინოლარინგოლოგი; უროლოგი.	70%	70%	-
Ø ექიმის დანიშნულებით ინსტრუმენტული გამოკვლევები: ელექტროკარდიოგრაფია	100%	100%	-
მუცლის ღრუს ექოსკოპია (ტრანსაბდომინურად) გულმკერდის რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია	70%	70%	-
Ø ექიმის დანიშნულებით კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები. სისხლის საერთო ანალიზი; შარდის საერთო ანალიზი;	100%	100%	100%
გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში; კრეატინინი; ქოლესტერინი სისხლში; შრატში ლიპიდების განსაზღვრა; განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე; პროთრომბინის დრო;	100%	100%	-
ღვიძლის ფუნქციური სინჯები; ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური სინჯი;	70%	70%	-
Ø შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები, გარდა მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევებისა;	100%	100%	-

Ø სამედიცინო ცნობის, დასკვნის და რეცეპტის გაცემა, გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული, ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შეძენის ნებართვის მისაღებად წარსადგენი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობებისა.	100%	100%	-
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება წინასწარ განსაზღვრულია მდგომარეობების სია, რომელთა გადაუდებელ ამბულატორიულ მართვას დაფარავს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა (დანართი 1.2)	100%	100%	100%
გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება ლიმიტი ერთეულ შემთხვევაზე 15,000 ლარი. ინტენსიური თერაპია და კრიტიკული მდგომარეობების მართვა;	100%	100%	100%
450-ზე მეტი გადაუდებელი მდგომარეობა განსაზღვრული ნუსხის შესაბამისად.	100%	100%	100%
ყველა სხვა გადაუდებელი და სასწრაფო მდგომარეობის მართვა.	70%	70%	-
გეგმური ქირურგიული ოპერაციები წლიური ლიმიტი 15,000 ლარი. ონკოქირურგიული ოპერაციული კარდიოქირურგია	ტარიფის არეალის 100%	ტარიფის არეალის 70%	-
სხვა ქირურგიული ოპერაციები	70%*	70%*	-
ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია და სხივური თერაპია. წლიური ლიმიტი 12 000 ლარი.	100%*	80%*	-
Ø მშობიარობა: ფიზიოლოგიური მშობიარობა	ლიმიტი 500 ლარი	ლიმიტი 500 ლარი	ლიმიტი 500 ლარი
საკეისრო კვეთა	ლიმიტი 800 ლარი	ლიმიტი 800 ლარი	ლიმიტი 800 ლარი

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში არ ანაზღაურდება შემდეგი მომსახურებები: ²

- შესაბამისი წლის სახელმწიფო, ავტონომიური რესპუბლიკების რესპუბლიკური და ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულის ბიუჯეტების ფარგლებში დაფინანსებული ჯანდაცვითი პროგრამული მომსახურებები;
- სამედიცინო ჩვენებისა და ექიმის დანიშნულების გარეშე მკურნალობა, თვითმკურნალობა;
- საზღვარგარეთ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები;
- სანატორიულ - კურორტული მკურნალობა;
- ესთეტიკური ქირურგია, კოსმეტიკური მიზნით ჩატარებული მკურნალობა;
- სექსუალური დარღვევების, უშვილობის მკურნალობის ხარჯები;
- ვირუსული ჰეპატიტის სპეციფიკურ ანტივირუსულ მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- თუ სამედიცინო მომსახურების საჭიროება დადგა თვითდაშავების, ტერორისტულ ან კრიმინალურ აქტებში მონაწილეობის, ან არალეგალურად მოხმარებული ნარკოტიკული ნივთიერებების ზემოქმედების შედეგად, გარდა გადაუდებელი სტაციონარული ან ამბულატორიული მომსახურების შემთხვევებისა;
- თერაპიული პროფილის გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურება;
- ორგანოთა ტრანსპლანტაციის, აგრეთვე ეგზოპროთეზირების ხარჯები.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებით საქართველოს მოსახლეობას გაუჩნდა მნიშვნელოვანი სოციალური გარანტიები. თუმცა, პროგრამის მასშტაბებმა გააჩინა რისკები, რომლებიც დაკავშირებულია: სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯების ზრდასთან; პროგრამის ეფექტურ მართვასთან; კერძო სადაზღვევო ბიზნესის განვითარებასთან.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებიდან დაახლოებით სამი წლის შემდეგ, მისი ფინანსური მაჩვენებლების და სხვა მონაცემების შესწავლით ნათლად გამოჩნდა, რომ პროგრამის შექმნისას არ იყო სათანადოდ გაცნობიერებული მოსალოდნელი რისკები, რომლებიც პროგრამის განხორციელების სხვადასხვა ეტაპზე იჩენდა თავს. პროგრამას არ გააჩნდა სამოქმედო გეგმა და სტრატეგია, რომელიც ხელს შეუწყობდა პროგრამის ეფექტურ და თანმიმდევრულ განვითარებას. პროგრამის არსებული ფორმით გაგრძელება დაკავშირებული იყო მთელ რიგ რისკებთან. მათ შორის: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაზე გაწეული ხარჯების ზრდის არსებული ტენდენცია

² საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36 2013 წლის 21 თებერვალი ქ. თბილისი

წარმოშობდა საფრთხეს, რომ სახელმწიფო ვეღარ უზრუნველყოფდა პროგრამის განსახორციელებლად საჭირო ფინანსური რესურსის მოძიებას და სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გაწეული მომსახურების საფასურის დროულ დაფარვას, რაც გამოიწვევდა პროგრამის ფუნქციონირების შეფერხებას.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტი წლების განმავლობაში ასე იცვლებოდა:

- o 2013 წელი — 70 მილიონი ლარი;
- o 2014 წელი — 338 მილიონი ლარი, თავდაპირველი გეგმა — 200 მილიონი;
- o 2015 წელი — 573 მილიონი ლარი, თავდაპირველი გეგმა — 470 მილიონი;
- o 2016 წელი — 623 მილიონი ლარი. თავდაპირველი გეგმა — 570 მილიონი;
- o 2017 წელი — 700 მილიონი ლარი, თავდაპირველი გეგმა — 660 მილიონი;
- o 2018 წელი — 760 მილიონი ლარი, თავდაპირველი გეგმა — 713 მილიონი;
- o 2019 წელი — 765 მილიონი ლარი, თავდაპირველი გეგმა — 754 მილიონი.
- o 2020 წელი: COVID-19 პანდემიის ფონზე, ბიუჯეტი დაახლოებით 1.3 მილიარდი ლარი იყო,
- o 2021-2023წწ- ეს პერიოდი ასევე ხასიათდებოდა სერიოზული ინვესტიციებით, ბიუჯეტი კი 1.5 მილიარდ ლარამდე გაიზარდა.

საყოველთაო ჯანდაცვის ბიუჯეტის ზრდას და დროზე ადრე ამოწურვას გაქცეული ხარჯები განაპირობებს. პირვანდელი გეგმის მიხედვით, პროგრამის საშუალო ყოველდღიური ხარჯები 1.80 მილიონი უნდა ყოფილიყო, თუმცა სინამდვილეში პროგრამის ხარჯი დღეში 1.89 მილიონს შეადგენდა, ამიტომაც ახალ წლამდე ადრე პროგრამის ბიუჯეტი იწურებოდა. სახელმწიფო აუდიტის მიერ განხორციელებულ საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2014 წლის ფინანსური აუდიტის ანგარიშში დაფიქსირებულია სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ვადაგადაცილებული ანგარიშსწორების ფაქტები, მსგავსი ფაქტები დაფიქსირებულია 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 წლებშიც, თუმცა ამასთან დაკავშირებით განსხვავებული პოზიცია აქვს სოციალური მომსახურების სააგენტოს, რომლის ინფორმაციით, ანგარიშსწორება ხორციელდება დადგენილი ვადების დაცვით (დადგენილი ვადა 2016 წლიდან 3 კალენდარულ თვეს აღემატება);

ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შემდეგი მიზეზები არსებობს: ფასების ინფლაცია, არასაჭირო სამედიცინო სერვისების წარმოება, მაღალი ადმინისტრაციული ხარჯები, ინოვაციური მექანიზმების დანერგვა.

ჯანდაცვაზე ხარჯების ზრდის ერთ-ერთი უმთავრესი მიზეზია ფასების ინფლაცია. იგი გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების საშუალო ფასის დონის ზრდას. ჯანდაცვის ბაზარზე, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ოლიგოპოლიის ნიშნები, რამოდენიმე სამედიცინო პროვაიდერმა საკუთარი მოგების გაზრდის მიზნით, ე.წ. კარტელური გარიგებებით, შეიძლება გადაწყვიტოს სერვისებზე ფასების მომატება (ოლიგოპოლური ინფლაცია). ჯანდაცვის სექტორში ოლიგოპოლური ინფლაციის ერთ-ერთი გავრცელებული მაგალითია მედიკამენტებზე მაღალი ფასების დაწესება. ფონდ „კურაციოს“ მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით (4), საქართველოში მედიკამენტების ფასები მნიშვნელოვნად აღემატება იმავე მედიკამენტებზე ევროპის ქვეყნებში არსებულ ფასებს. ასევე, მედიკამენტების ფასნამატმა იმპორტიდან (საქართველოს ეკონომიკური საზღვრის გადაკვეთიდან) საცალო ქსელის დახლამდე შეადგინა 102%. კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ საქართველოს ფასნამატის მარჯა სულ მცირე ორჯერ აღემატება ევროპის ქვეყნებში დაფიქსირებულ მარჯას.

ჯანდაცვის სექტორში ინოვაციური მექანიზმები ინერგება იმისათვის, რომ ახალი ტექნოლოგიების მეშვეობით შედარებით ნაკლები დანახარჯებით მიიღონ ჯანმრთელობის იგივე ან უკეთესი შედეგები. მაგალითად, ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის მეთოდის გამოყენებით მიიღება გაცილებით უკეთესი შედეგი. ამასთან, მნიშვნელოვნად მცირდება ჰოსპიტალში გატარებული საწოლ-დღეების ხანგრძლივობა და შესაბამისად დანახარჯებიც. მოყვანილი მაგალითი წარმოადგენს მკურნალობის ეფექტური მეთოდით ჩანაცვლების კლასიკურ შემთხვევას. თუმცა, არსებობს მეორე მხარეც. კვლევები ადასტურებენ რომ ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის მეთოდი შესაძლოა დაუნიშნონ იმ პაციენტებსაც, ვისაც გააჩნია ნაღველ-კენჭოვანი დაავადების მსუბუქი ფორმაც, რომელიც არ საჭიროებს ქირურგიულ ოპერაციას;

ჯანდაცვაზე დანახარჯების ზრდას ხელს უწყობს არასაჭირო სამედიცინო სერვისები, დაუსაბუთებელი ლაბორატორიულ-დიაგნოსტიკური ღონისძიებები, რომელთაც არანაირი სარგებელი არ მოაქვთ ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებაში. მრავალი კვლევა ადასტურებენ, რომ ასეთი არასაჭირო სამედიცინო სერვისებზე გაწეული ხარჯები საკმაო წილს შეადგენენ ჯანდაცვის ხარჯებში;

არასაჭირო სამედიცინო სერვისების რაოდენობა განსაკუთრებით მაღალია იქ, სადაც შეინიშნება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების სიჭარბე. გასათვალისწინებელია ამ მხრივ საქართველოში არსებული არასახარბიელო სიტუაცია. ექიმებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი საქართველოში საკმაოდ მაღალია ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის. აქედან გამომდინარე,

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების სიჭარბე მნიშვნელოვნად ხელს უწყობს საქართველოში ჯანდაცვის ხარჯების ზრდას.

ჯანდაცვის ხარჯების გარკვეული ნაწილი არ წარმოადგენს დაავადებათა მკურნალობის ხარჯებს. ჯანდაცვის სისტემაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია ადმინისტრაციულ ხარჯებს. იგი საჭიროა ისეთი საორგანიზაციო ღონისძიებების უზრუნველსაყოფად, როგორებიცაა: სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მართვა, ჯანდაცვის ფინანსების მართვა და ა.შ. ადმინისტრაციული ხარჯები განსაკუთრებით მაღალია ისეთი ქვეყნების ჯანდაცვის სისტემებში სადაც სახელმწიფო ჯანდაცვით პროგრამებში (ან სოციალური დაზღვევის სისტემაში) მრავალი გადამხდელი (სადაზღვევო კომპანია) მონაწილეობს. ერთერთი კვლევის მიხედვით, აშშ-ში ყოველ 1\$-ზე 31 ცენტი მოდის ისეთ ადმინისტრაციულ ხარჯებზე, როგორიცაა: დაზღვევის მარკეტინგი, ზარალების (პრეტენზიების) მართვა, მოთხოვნების დამუშავება. ამ მხრივ, აშშ-ში ჯანდაცვის ადმინისტრაციული ხარჯები გაცილებით აღემატება სხვა ქვეყნის მაჩვენებლებს. გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემა. ხარჯების შეკავების მეთოდებიდან ერთ-ერთი უმთავრესია ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობა, რადგან ასეთ სისტემაში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა პრევენციული სერვისების მიწოდებას. პრევენციული ღონისძიებები უფრო ნაკლებხარჯიანია, ვიდრე დაავადებათა მკურნალობა, რადგან გაცილებით იაფია დაავადებათა თავიდან არიდება ან მისი განვითარების ადრეულ ეტაპზე აღმოფხვრა, ვიდრე უკვე ჩამოყალიბებული დაავადებების მკურნალობა. მაგ., ვაქცინაციაზე შედარებით ნაკლები იხარჯება, ვიდრე სიცოცხლისათვის საშიში ინფექციური დაავადებების მკურნალობაში (10). ამ მხრივ, უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ქვეყანაში პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას, რადგან პრევენციული ღონისძიებები ტარდება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე.

საქართველოში ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების პრობლემა უფრო მძიმეა, იმ თვალსაზრისით, რომ პირველადი ჯანდაცვის სისტემა ნაკლებადაა განვითარებული. ამაზე მეტყველებს ის ფაქტი, რომ ამბულატორიულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვათა რაოდენობა ერთ სულ მოსახლეზე 2.3-ს შეადგენს (ევროპის ქვეყნებში 7.5-მდე აღწევს). პაციენტები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გვერდის ავლით, ექიმის დანიშნულების გარეშე ყიდულობენ მედიკამენტებს და ეწევიან თვითმკურნალობას. შედეგად, კატასტროფულად მაღალია ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში მედიკამენტების ხარჯების წილი (დაახლოებით 40%, მაშინ როდესაც ევროპის ქვეყნებში იგი 10-15%-ს აღწევს).

გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დროს პაციენტი უმთავრესად ოჯახის ექიმს მიმართავს. ოჯახის ექიმი ადგენს სხვა სამედიცინო პერსონალთან (სპეციალისტებთან) მიმართვის საჭიროებას; მიმართვების მენეჯმენტი, ახდენს ამ სერვისების გაწევის კოორდინაციას. მისი მიზანია აღმოიფხვრას პაციენტთა თვითმიმართვები სპეციალისტებთან და თავიდან აიცილოს ძვირადღირებულ ჰოსპიტალურ მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები. შედეგად, მცირდება არააუცილებელი სერვისების ჩატარების სტიმული და შესაბამისად ჯანდაცვის ხარჯები. ერთი კვლევის მიხედვით, პაციენტებს, რომელნიც უპირველესად ოჯახის ექიმს მიმართავდნენ, ვიდრე სპეციალისტებს, აღენიშნებოდათ 33 %-ით ნაკლები ჯანდაცვის ხარჯები და 19 %-ით დაბალი სიკვდილიანობა. ამგვარად, პირველადი ჯანდაცვის გამართულ სისტემაზე მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული როგორც ჯანდაცვაზე გამოყოფილი მწირი სახსრების ეფექტური ხარჯვა, ასევე მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება,

ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავების ერთ-ერთი მექანიზმია ჯანდაცვის დაფინანსების კონკურენტული სისტემა, სადაც სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვას ახორციელებს არა ერთი ორგანიზაცია (მაგ., სოციალური დაზღვევის სახელმწიფო ფონდი, ან სოციალური მომსახურების სააგენტო საქართველოში), არამედ მრავალი გადამხდელი სუბიექტები (სადაზღვევო კომპანიები) მონაწილეობა. 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. სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვის ასეთ კონკურენტულ მოდელს მართული კონკურენციის მოდელსაც უწოდებენ .

კონკურენტული მოდელის დროს სადაზღვევო კომპანიები ხარჯების კონტროლის და შეკავების მიზნით ფართოდ იყენებენ ექიმის მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების მონიტორინგისა და მართვის მეთოდებს (უტილიზაციის მენეჯმენტი). მისი ერთ-ერთი ფორმაა მოთხოვნის მენეჯმენტი, რაც გულისხმობს ისეთ ქმედებებს, რომლებიც გავლენას მოახდენენ მომავალში სამედიცინო სერვისების მოთხოვნაზე. მაგალითად, ექიმის მიერ ყოველდღიურად ოცდაოთხსაათიანი სატელეფონო რჩევების განხორციელება პაციენტებზე. ასეთი სახის კონსულტაციები მკვეთრად ამცირებენ სამედიცინო სერვისებზე მოთხოვნებს და შესაბამისად ხარჯებს.

გარდა ამისა, კონკურენტული მოდელის დროს სადაზღვევო კომპანიები ცდილობენ ხარჯების შეკავების მიზნით განახორციელონ სერვისებზე კონტროლი, რისთვისაც ახდენენ პაციენტის სტაციონარში გახანგრძლივებული დაყოვნების, ასევე, რთული, ქრონიკული, მაღალხარჯიანი სამედიცინო სერვისების დეტალურ შესწავლას. ამავე მიზნით, სადაზღვევო კომპანიები ფართოდ იყენებენ ჰოსპიტალური სერვისების წინასწარი შეტყობინების მექანიზმებს. როდესაც პაციენტი საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას იგი ატყობინებს სადაზღვევო კომპანიას და მხოლოდ მისგან მიღებული წინასწარი თანხმობის შემდეგ ღებულობს ანაზღაურებას. ამასთან, არაიშვიათად, სადაზღვევო კომპანია თავის წარმომადგენელს აგზავნის საავადმყოფოში, რათა მოხდეს თითოეული პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევის, მასზე ჩატარებული სერვისების შესწავლა. დგინდება თუ რამდენად შესაძლებელია პაციენტის ბინაზე გაწერა. როდესაც სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა აღემატება წინდაწინ დადგენილ დღეებს, ხდება პაციენტის კლინიკური მონაცემების შეგროვება.

დასავლეთ ევროპის სოციალური დაზღვევის სისტემის ზოგიერთმა ქვეყანამ (გერმანია, ნიდერლანდები, ბელგია, ჩეხეთი, შვეიცარია, ირლანდია, ისრაელი) კარგა ხანია უარყო ერთი 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 კონკურირებადმა სადაზღვევო კომპანიებმა და არა ერთმა სახელმწიფო სტრუქტურამ.

ამ მხრივ, საქართველოში მოქმედებს ერთი გადამხდელით დაფინანსების სისტემა, კერძოდ სოციალური მომსახურების სააგენტო უზრუნველყოფს სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვას. ერთი გადამხდელით დაფინანსების არაკონკურენტული სისტემა ვერ უზრუნველყოფს ხარჯების შეკავებას. ამ თვალსაზრისით, მიზანშეწონილია საქართველომ გაითვალისწინოს ხარჯების შეკავების თვალსაზრისით მსოფლიოს თანამედროვე გამოცდილება. საყოველთაო ჯანდაცვის ხარჯებს სახელმწიფო პირდაპირი გადახდის წესით ფარავს, ამ თანხების კონტროლის მექანიზმების არარსებობას იწვევს.

ბოლო წლების განმავლობაში გადაუდებელი ამბულატორიის შემთხვევათა რაოდენობა არანორმალურადაა გაზრდილი, რაც პირდაპირ მიუთითებს, რომ საავადმყოფოები სახელმწიფოსგან მეტ დაფინანსებას იღებდნენ და არავინ აკონტროლებდა - რეალურები არიან ეს პაციენტები თუ არა, რა ტიპის მკურნალობა ჩაუტარდათ, დანიშნულება პროტოკოლის მიხედვით იყო გაწერილი, თუ საავადმყოფო ზედმეტი ჩარევით ცდილობდა მეტი ფულის

მიღებას; ამ პრობლემების ნაწილობრივი მოგვარება დაიწყო სამედიცინო და ფარმაცევტული საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს ზედამხედველობის პროცესში ჩართულობის გაძლიერებითა და პაციენტთა რეგისტრაციის მოდულში სავალდებულო ველის დამატებით კლინიკაში პაციენტის მომართვის თაობაზე, რომელიც ცენტრალურად კონტროლდება.

ჯანდაცვის სამინისტროს ინფორმაციის მიხედვით, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, 2013 წელს გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება - 109 787 ადამიანმა მიიღო, 2014 წელს - 386 964 ადამიანმა, 2015 წელს - 444 708 ადამიანმა, 2016 წელს - დაახლოებით 1.5 მილიონმა ადამიანმა მიიღო, 2017წელს-დაახლოებით 1.6 მილიონმა ადამიანმა, 2018 წელს-1.7 მილიონმა ადამიანმა, 2019 წლისთვის, დაახლოებით 1.8 მილიონმა ადამიანმა მიიღო გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება, 2020 წელს კი ეს რიცხვი დაახლოებით 1.9 მილიონზე გაიზარდა. 2022 წელს გადაუდებელი მომსახურების მიმღებთა რაოდენობა კვლავ მაღალი დარჩა და დაახლოებით 2 მილიონს მიაღწია.

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 მედიცინის 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 არც თუ ისე სახარბირო მდგომარეობაშია.

ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების ერთ-ერთი მექანიზმია პაციენტის თანამონაწილეობა (თანაგადახდა) სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ ნაწილის ხარჯების დასაფარად. მისი უმთავრესი მიზანია სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნის ლიმიტირება. დაზღვეულ ან სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით მოცულ პაციენტებს აქვთ სამედიცინო მომსახურების მიღების სტიმული. პაციენტის თანამონაწილეობა წარმოადგენს ამ სტიმულის შემცირების ერთ ერთ მეთოდს. კვლევის მიხედვით, როდესაც დაზღვეულები სამედიცინო მომსახურების მიღებისას იხდიან გარკვეულ თანხებს დაახლოებით ერთი მესამედით მცირდება ექიმთან ვიზიტების რაოდენობა, ასევე ერთი მესამედით მცირდება პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია (20).

საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით გარკვეულ სერვისებზე გათვალისწინებულია პაციენტის თანაგადახდა. თუმცა, მიზანშეწონილია, მისი უფრო ფართოდ

გამოყენება. ამასთან გასათვალისწინებელია, რომ „საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველოს“ მიერ 2015 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით, გამოკითხულთა დაახლოებით 46% მზად არის საკუთარი ჯანმრთელობის დაზღვევის ფინანსური ტვირთი სახელმწიფოსთან ერთად გაინაწილოს. რესპოდენტთა ამგვარი განწყობა ხელისუფლებას საშუალებას აძლევს თანაგადახდებისადმი გამოიყენოს მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებისადმი დიფერენცირებული მიდგომა, ხოლო გამოთავისუფლებული რესურსი გამოყენებულ იქნას სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისათვის ან ქრონიკული პაციენტებისათვის აუცილებელი მედიკამენტებით უზრუნველსაყოფად.

ცხადია, პაციენტის თანამონაწილეობა ამცირებს ჯანდაცვის ხარჯებს. თუმცა, გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ ჯანდაცვის დანახარჯების უმეტესი ნაწილი მოდის მოსახლეობის იმ მცირე ნაწილზე რომლებიც არიან ავად, ანუ ხარჯებში თანამონაწილეობა ძირითადად მაღალრისკიან პაციენტებს უხდებათ. აღნიშნული კიდევ უფრო ამძიმებს მათ ფინანსურ ხელმისაწვდომობას სამედიცინო მომსახურებაზე . აქედან გამომდინარე, თანაგადახდების დაწესებისას გათვალისწინებულ უნდა იქნას მოსახლეობის სხვადასხვა სოციალური ჯგუფებისადმი დიფერენცირებული მიდგომა.

ხარჯების შესაკავებლად მსოფლიოში ფართოდ გამოიყენებენ ჯანდაცვის სერვისების ეკონომიკური შეფასების მეთოდებს. იგი გულისხმობს, რესურსების შეზღუდულობის გამო, სახელმწიფოს მიერ ისეთი ჯანდაცვითი პროგრამის, ან სერვისის დაფინანსებას, რომლითაც ნაკლები დანახარჯებით მიიღწევა უკეთესი შედეგები. ამგვარად, სახელმწიფო ახდენს ჯანდაცვით პროგრამებს (სერვისებს) შორის არჩევანის გაკეთებას, ანუ პრიორიტეტების განსაზღვრას. სასურველი სერვისების შესარჩევად გადაწყვეტილება მიიღება ხარჯთ-ეფექტიანობის ანალიზის მიხედვით. მაგალითად, ხარჯთეფექტიანია თუ 50 წელზე მეტი ასაკის მოსახლეობას ჩაუტარდება მსხვილი ნაწლავის სკრინინგი, კერძოდ კოლონოსკოპია. ამით შესაძლებელია მსხვილი ნაწლავის კიბოს ადრეულ სტადიაზე გამოვლენა და მკურნალობა. ერთი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა გულის დაავადებების პრევენციის ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზი. კვლევამ აჩვენა, რომ ექიმთან ვიზიტის დროს ჩატარებული თამბაქოს საწინააღმდეგო კონსულტაციის შედეგად გადარჩენილი სიცოცხლის თითოეული წლის დანახარჯი შეადგენდა დაახლოებით \$1000-ს, მსუბუქი სახის ჰიპერტენზიის მკურნალობის შედეგად – \$24 000-ს, ხოლო ქოლესტერინის მომატებისას მედიკამენტებით მკურნალობის შედეგად – დაახლოებით \$100 000 (14). მოცემული მაგალითიდან გამომდინარე, გულის დაავადებების პრევენციის პროგრამაში მიზანშეწონილია პრიორიტეტი მიენიჭოს თამბაქოს საწინააღმდეგო ღონისძიებებს.

საქართველოში სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების შემუშავებისას ნაკლებად იყენებენ ხარჯთ-ეფექტურობის ანალიზს. ამ მხრივ, მსოფლიოში საკმაო გამოცდილება დაგროვდა და მიზანშეწონილია მისი გაზიარება;

ჯანდაცვის დანახარჯების შესაკავებლად გამოიყენება სერვისებზე ფასთა კონტროლი. ევროპის ბევრ ქვეყნებში სახელმწიფო არეგულირებს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების ანაზღაურებას ან სერვისების ფასებზე შეთანხმება ხდება დამფინანსებელსა და პროფესიულ ორგანიზაციებს შორის მოლაპარაკებების შედეგად. ასევე, აშშ-ში მედიქასა და მედიქეიდის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში ექიმთა ანაზღაურება ხორციელდება წინასწარ განსაზღვრული ფასების მიხედვით.

საქართველოში საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში განისაზღვრა ტარიფები. აღნიშნული ერთი მხრივ სახელმწიფოს ხარჯების მართვას გაუიოლებს, თუმცა, მეორე მხრივ, კლინიკებმა შესაძლოა ჩათვალონ, რომ სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრული ტარიფები მცირეა და უარი განაცხადონ სახელმწიფო პროგრამით მომსახურების გაწევაზე. გასათვალისწინებელია, რომ საქართველოში უმთავრესად გავრცელებულია სამედიცინო ორგანიზაციების კერძო მესაკუთრეობა. შესაბამისად, გაუგებარია, რა უნდა მოიმოქმედოს სახელმწიფომ იმ შემთხვევაში, თუ კერძო კლინიკები ერთმანეთში შეთანხმდებიან და ერთხმად უარს იტყვიან მომსახურების გაწევაზე. ამ და სამედიცინო ბაზრისთვის დამახასიათებელი სხვა თავისებურებების გამო, ბევრ განვითარებულ და განვითარებად ქვეყანაში სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის რამოდენიმე ფორმაა გავრცელებული: არაკომერციული, მომგებიანი, სახელმწიფო, სახელმწიფო-კერძო პარტნიორული. მესაკუთრეობის ფორმების ასეთი მრავალფეროვნება განაპირობებს მათ შორის ჯანსაღ კონკურენციას. კონკურენტულ გარემოში კლინიკების გარკვეული ნაწილი მომსახურებას გასწევს სახელმწიფოს მიერ დადგენილი ფასის მიხედვით. ზოგ კლინიკას შეუძლია სახელმწიფოს მიერ განსაზღვრულ ტარიფს ზევით დააწესოს სერვისებზე მისთვის მისაღები ფასი, რომელსაც პაციენტი თავად გადაიხდის. აქ მთავარია, რომ კონკურენტულ გარემოში პაციენტს ყოველთვის რჩება მისთვის სასურველი, ფინანსურად ხელმისაწვდომი სამედიცინო დაწესებულებების არჩევის შესაძლებლობა, ხოლო ერთმანეთთან კონკურენციაში მყოფი მესაკუთრეობის სხვადასხვა ფორმის სამედიცინო დაწესებულებები განსხვავებულად უპასუხებენ სახელმწიფოს მიერ ხარჯებზე კონტროლის მიზნით დაწესებულ ტარიფებს.

ამ მხრივ, აღსანიშნავია, რომ საქართველოში შეიქმნა კერძო-სახელმწიფო პარტნიორობის ფონდი. კერძოდ, ბავშვთა ინფექციური, ონკოლოგიური და რესპუბლიკური საავადმყოფოები

სახელმწიფო და კერძო სექტორის თანაარსებობით გაერთიანდნენ . კერძო-სახელმწიფო პარტნიორობის პრინციპით მოქმედ სამედიცინო დაწესებულებაში კერძო და სახელმწიფო სტრუქტურები ვალდებულნი არიან სახელმწიფოსთან ერთად მოახდინოს საავადმყოფოების მართვა, ფლობა და ოპერირება. ისინი წარმოადგენენ სახელმწიფოს და კერძო ბიზნესის თანამშრომლობას ჯანდაცვის განვითარების პრიორიტეტული ამოცანების განსახორციელებლად, სარგებლების, ხარჯების და რისკების ერთმანეთს შორის განაწილების მეშვეობით, გრძელვადიან, ნებაყოფლობით პრინციპებზე .

საქართველოში კერძო-სახელმწიფო პარტნიორობის მოდელის შექმნა, სახელმწიფოს მიერ განხორციელებული უდაოდ დადებითი მოვლენა იყო, თუმცა, სამწუხაროდ, წარუმატებელი და მან მალევე შეწყვიტა ფუნქციონირება; საჭიროა მესაკუთრეობის სხვა ფორმების, კერძოდ, არამომგებიანი სამედიცინო ორგანიზაციების განვითარების ხელშეწყობაც. ამით, გაიზრდება სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ფორმებს შორის კონკურენცია, რაც ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის ხარჯების ეფექტურობასა და შეკავებას .

ჯანდაცვის ხარჯების შეკავებაზე გავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების (სამედიცინო დაწესებულებები, სამედიცინო პერსონალი) ანაზღაურების მეთოდები. ხარჯების შესაკავებლად გამოიყენებენ ანაზღაურების პროსპექტულ მეთოდებს, რომლებითაც დამფინანსებელსა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს შორის ურთიერთშეთანხმებით წინასწარ არის დადგენილი სამედიცინო მომსახურების ფასი.

პროსპექტული ანაზღაურების მეთოდებს წარმოადგენენ გლობალური ბიუჯეტი, სულადობრივი ანაზღაურება, დიაგნოზით დაკავშირებული ჯგუფების (DRG) მიხედვით ანაზღაურება. კვლევები ადასტურებენ, რომ სულადობრივი და ფიქსირებული ხელფასით ანაზღაურების მეთოდი ეკონომიკური ეფექტურობით ხასიათდება . სამედიცინო მომსახურების წინასწარ განასზღვრული ღირებულების გამო მოსალოდნელი ხარჯები ადვილად პროგნოზირებადია. მნიშვნელოვნად მცირდება სამედიცინო დაწესებულებისა და პერსონალის უარყოფითი სტიმული დაუსაბუთებელი ჰოსპიტალიზაციისა და ძვირადღირებული პროცედურების დანიშვნის ხარჯზე გაზარდოს თავისი შემოსავლები. აღნიშნული ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შეკავებას განაპირობებს . ამის საწინააღმდეგოდ, თუ ექიმის ანაზღაურება ხდება შესრულებული სამუშაოს მიხედვით, იზრდება გაწეული სერვისების რაოდენობა (ექიმის ვიზიტები, ქირურგიული პროცედურები, დიაგნოსტიკური გამოკვლევები), შედეგად მოიმატებს ჯანდაცვის ხარჯები.

ამრიგად, ჯანდაცვაში თუ არ იქნა ეფექტიანი და ხარჯების ზრდის შემკავებელი სათანადო მეთოდები გამოყენებული, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ხარჯების ზრდა გარდაუვალია. შეიძლება ითქვას, ჯანდაცვაზე დანახარჯების შეკავების ყველაზე საუკეთესო მეთოდი არის ის, რომლითაც მიიღწევა ჯანმრთელობის საერთო მაჩვენებლების გაუმჯობესება არსებული რესურსების უფრო ეფექტურად გამოყენების მეშვეობით. ამისათვის გამოიყენება სხვადასხვა გზები. მიზანშეწონილია ხარჯების შეკავების მეთოდების დანერგვის სისტემური, კომპლექსური მიდგომა ქვეყნის სპეციფიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით.

რისკი გამოიკვეთა კერძო სადაზღვევო ბაზრის განვითარებისთვის. სახელმწიფო პროგრამები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ საკუთარი საქმიანობის დაგეგმვაზე. შესაბამისად, სახელმწიფო პროგრამის განხორციელების გეგმის არ არსებობა კერძო კომპანიებს უქმნის არასტაბილურ გარემოს, რაც მნიშვნელოვნად აფერხებს კერძო სადაზღვევო ბაზრის განვითარებას.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის წინაშე არსებული გამოწვევების გათვალისწინებით, საქართველოს მთავრობის დღის წესრიგში დადგა პროგრამის გარკვეული ფორმით შეცვლის აუცილებლობა.

სხვადასხვა კვლევების საფუძველზე გამოიკვეთა, რომ პროგრამის ეფექტურობას მნიშვნელოვნად გაზრდიდა შემდეგი საკითხების გათვალისწინება:

- 1) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის სტრატეგიისა და გრძელვადიანი სამოქმედო გეგმის შემუშავება . პროგრამის განვითარების გრძელვადიანი ხედვა მეტ სტაბილურობას მიანიჭებს, როგორც პროგრამას, ასევე კერძო სადაზღვევო სექტორს.
- 2) პროგრამის ფინანსური შესაძლებლობების გათვალისწინებით პროგრამის საყოველთაოობის მიზანშეწონილობის გადახედვა და პრიორიტეტის მინიჭება სოციალურად დაუცველ პირებისათვის, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებისათვის, მრავალშვილიან ოჯახებისათვის, საპენსიო ასაკის მოსახლეობისათვის, მცირე წლოვან ბავშვებისა და დაბალ შემოსავლიანი მოქალაქეებისათვის.
- 3) ხარჯების გაუმჯობესების ინსტრუმენტების მოძიება და დანერგვა სამედიცინო მომსახურებაში.
- 4) საუკეთესო მსოფლიო პრაქტიკის გათვალისწინებით საყოველთაო ჯანდაცვის სტრატეგიის ფარგლებში საჯარო-კერძო პარტნიორობის ფორმატში ჯანმრთელობის სავალდებულო დაზღვევის სისტემის დანერგვა.

5) პროგრამის ფარგლებში გამოყოფილი სახელმწიფო სახსრების განკარგვის მონიტორინგის სისტემის დახვეწა, რომ მაქსიმალურად შემცირდეს სამედიცინო დაწესებულებების არაკეთილსინდისიერი საქმიანობის ალბათობა.

6) პერსონალურ მონაცემთა დაცვის შესახებ კანონში შესაბამისი ცვლილების შეტანა, რომელიც, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ინტერესებიდან გამომდინარე, სახელმწიფოს მისცემს კერძო სადაზღვევო კომპანიებში დაზღვეულ პირთა იდენტიფიცირების საშუალებას.

გაზრდილი ხარჯების საპასუხოდ 2017 წლის მაისში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ცვლილებები შევიდა, რომლის შედეგადაც მაღალშემოსავლიანი პირები პროგრამიდან ამოვარდნენ. ასევე, მათ ვისი შემოსავლებიც თვეში 900-3.300 ლარია შეუმცირდათ სახელმწიფოს თანადაფინანსებების მოცულობები.

საქართველოს მთავრობამ 2017 წლის 9 თებერვალს მიიღო დადგენილება, რომლითაც გაიმიჯნა საყოველთაო ჯანდაცვისა და კერძო დაზღვევის პაკეტი. ამის შემდეგ, დაახლოებით 150 ათასი ადამიანი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიღმა დარჩა.

დადგენილების მიხედვით, ის პირები, ვინც 2017 წლის პირველი იანვრის მდგომარეობით ნებისმიერი ტიპის კერძო სადაზღვევო პაკეტით სარგებლობდნენ, პირველი მარტიდან ავტომატურად ამოვარდნენ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამიდან. მეტიც, ამ ადამიანებმა პროგრამა ყოველგვარი წინასწარი გაფრთხილების გარეშე დატოვეს.

2017 წლის 1 მაისიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში დიფერენცირებული პაკეტი ამოქმედდა;

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ჯგუფები და დაფინანსების პირობები:

სოციალურად დაუცველებს, პენსიონერებს, 0-6 წლამდე ასაკის ბავშვებს, პედაგოგებს, სტუდენტებს, იძულებით გადაადგილებულ პირებს, შშმ პირებს: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული სერვისები უცვლელად შეუნარჩუნდებათ და ამბულატორიულ მედიკამენტებთან წვდომა დაემატებათ. ამ მოქალაქეთა რაოდენობა 1.7 მილიონია.

- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული მიზნობრივი სპეციალური სერვისების მოცულობა უცვლელად უნარჩუნდებათ
- არ ეზღუდებათ დამატებით კერძო სადაზღვევო პაკეტით სარგებლობის უფლება
- ამბულატორიულ მედიკამენტებთან წვდომა(გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, დიაბეტის II ტიპი, ბრონქიალური ასთმა, ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები -

იმ დაავადებათა ჩამონათვალია, რომლის სამკურნალო მედიკამენტებიც პროგრამის ფარგლებში დაფინანსდება.)

70 000-დან 100 000-მდე სარეიტინგო ქულის მქონე მოქალაქეებს და 6-დან 18 წლამდე ასაკის მოზარდებს (ამ მოქალაქეთა რაოდენობა 102 ათასია)

- უნარჩუნდებათ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის საბაზისო პაკეტი
- არ ეზღუდებათ დამატებით კერძო სადაზღვევო პაკეტით სარგებლობის უფლება

ყოველთვიურად 1000 ლარზე ნაკლები შემოსავლის მქონე მოქალაქეები, თვითდასაქმებული, არარეგულარული შემოსავლის მქონე მოქალაქეები: გადაუდებელი ამბულატორიული მკურნალობა 100%-ის ნაცვლად 50%-ით დაუფინანსდებათ. გეგმური ამბულატორიული მკურნალობის დაფარვა - უცვლელად შენარჩუნდება, გადაუდებელი სტაციონარული მკურნალობა - უცვლელად შენარჩუნდება. ამ მოქალაქეებს მიენიჭებათ უპირატესობა, შეინარჩუნონ დაშენებული ტიპის სადაზღვევო პაკეტები. ამ მოქალაქეთა რაოდენობა 1.1 მილიონია.

- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მცირედ შეზღუდული პაკეტით სარგებლობენ
- კერძო დაზღვევის არსებობის შემთხვევაში უნარჩუნდებათ გადაუდებელი სერვისების დაფინანსება
უნარჩუნდებათ ონკოლოგიური დაავადებების (ქიმიო, ჰორმონო და სხივური თერაპია) მკურნალობის დაფინანსება.

საშუალო შემოსავლის მქონე მოქალაქეებს, რომელთა ყოველთვიური შემოსავალი 1000 ლარზე მეტია, მაგრამ წლიური შემოსავალი არ აღემატება 40 000 ლარს:

- სარგებლობენ ან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეზღუდული სერვისებით ან კერძო სადაზღვევო პაკეტით. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გარგლებში გადაუდებელი ამბულატორიული მკურნალობა 100%-ის ნაცვლად 90%-ით დაუფინანსდებათ. გეგმური სტაციონარული მკურნალობა 1000 ლარზე ნაკლებ შემთხვევაში უფინანსდებათ 70%-ით. ამ მოქალაქეთა რაოდენობა 300 ათასია.
უნარჩუნდებათ ონკოლოგიური (ქიმიო და ჰორმონოთერაპია) დაავადებების მკურნალობის დაფინანსება.

მოქალაქეები, რომელთა შემოსავალი წელიწადში 40 000 ლარს აღემატება, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით ვეღარ ისარგებლებენ; მათი რაოდენობა 32 ათასია. ამ მოქალაქეებს ონკოლოგიური დაავადებების სახელმწიფო დაფინანსების მოპოვების შესაძლებლობაც ეზღუდებათ.

პროგრამის ფარგლებში ყველა მოქალაქეს უნარჩუნდება მშობიარობა/საკეისრო კვეთის დაფინანსება

- ყველა მოქალაქეს შეეძლება ჯანდაცვის სამინისტროს სხვა სახელმწიფო პროგრამებით სრულფასოვნად სარგებლობა.
- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის სერვისების მოცულობა განისაზღვრება ინდივიდუალური მონაცემების და არა ოჯახის შემოსავლის მიხედვით;
- სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში რეგისტრირებულ, 100 000-მდე სარეიტინგო ქულის მქონე მოქალაქეებს, ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტები დაუფინანსდებათ;

2017 წლის 1 მაისიდან საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლენი არიან:

I. 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);

- პირები, რომელთა ოჯახები რეგისტრირებულია „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ და მინიჭებული აქვთ 70 000-დან-100 000 სარეიტინგო ქულა
- 6-დან 17 წლის (ჩათვლით) ასაკის პირები
- წლიური 40,000 ლარზე ნაკლები და თვიური 1000 ლარი და მეტი შემოსავლის მქონე პირები;
- 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 ბენეფიციარი კონკრეტული ტიპის შესაბამისი ე. წ. მინიმალური პაკეტის პირობებით გათვალისწინებულ სამედიცინო მომსახურებას (იხ. ცხრილი). 6 თვის შემდეგ, მაგრამ არაუადრეს 2017 წლის 1 ნოემბრისა, შეეძლებათ ისარგებლონ კატეგორიის შესაბამისი მომსახურების პირობებით.

II. ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე ომისა და სამხედრო ძალების ვეტერანები

III. სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილებით დამტკიცებული ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ყოფილი მოსარგებლეები,

IV. „ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის ბავშვების, 60 წლის და ზემოთ ასაკის ქალების და 65 წლის და ზემოთ ასაკის 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 №165 დადგენილებით დამტკიცებული ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ყოფილი მოსარგებლეები;

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 მიმწოდებლების, ასევე, ქ. თბილისში, ქ. ბათუმში, ქ. ქუთაისში სამეანო-ნეონატალური მომსახურებისა და გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურების მიმწოდებლებისადმი განსაზღვრულია დამატებითი პირობები.

პროგრამის მოსარგებლეს უფლება აქვს თავად აირჩიოს სამკურნალო დაწესებულება

საქართველოს მასშტაბით.

- გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებისათვის მოსარგებლეს შეუძლია დარეგისტრირდეს სურვილისამებრ, 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 - გეგმიური ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში.
- გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მისაღებად არ არსებობს რაიმე შეზღუდვა სამედიცინო დაწესებულების არჩევისას;
- გეგმიური ქირურგიული და ონკოლოგიური მომსახურების მისაღებად მოსარგებლემ უნდა მიმართოს სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს მატერიალიზებული ვაუჩერის/საგარანტიო წერილის მისაღებად.

რა მომსახურებას მოიცავს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამა 2017 წლის 1 მაისიდან

I (i) პირები, რომელთა ოჯახები რეგისტრირებულია „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ და მინიჭებული აქვთ 70 000-დან-100 000 სარეიტინგო ქულა		
მომსახურების სახე	თანაგადახდის %	
	დაუზღვეველი	დაზღვეული
გეგმური ამბულატორიული მომსახურება		
გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ პაციენტის რეგისტრაციის ადგილის	100%	100%
➤ ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული პროფილაქტიკური აცრები;	100%	100%
➤ ოჯახის ან სოფლის ექიმის დანიშნულებითექიმ-სპეციალისტების მომსახურება		
· ენდოკრინოლოგი;		
· ოფთალმოლოგი;		
· კარდიოლოგი;		
· ნევროლოგი;	70%	70%
➤ ექიმის დანიშნულებით ინსტრუმენტული გამოკვლევები:		
· ელექტროკარდიოგრაფია	100%	100%
· საჭმლის მომწელებელი სისტემის ექოსკოპია (ტრანსაბდომინურად)		
· შარდ-სასქესო სისტემისა და მცირე მენჯის ორგანოების ექოსკოპია (ტრანსაბდომინურად)		
· გულმკერდის რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია	70%	70%
➤ ექიმის დანიშნულებით კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები.		
· სისხლის საერთო ანალიზი;	100%	100%
· გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში;		
· კრეტინინი;		
· ქოლესტერინი სისხლში;		
· შრატში ლიპიდების განსაზღვრა;	100%	100%
· ღვიძლის ფუნქციური სინჯები (ALT, AST);		
· ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური სინჯი (TSH);	70%	70%
➤ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები, გარდა მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევებისა;	100%	100%
➤ სამედიცინო ცნობის, დასკვნის და რეცეპტის გაცემა, გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული,	100%	100%

➤ გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება განსაზღვრული ნუსხის მიხედვით (დანართი 1.2)	100%	100%
➤ გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება ლიმიტი ერთეულ შემთხვევაზე 15,000 ლარი.	100%	100%
➤ გადაუდებელი მდგომარეობები განსაზღვრული ნუსხის შესაბამისად.	100%	100%
➤ ყველა სხვა გადაუდებელი და სასწრაფო მდგომარეობის მართვა.	70%*	70%*
გეგმური ქირურგიული ოპერაციები წლიური ლიმიტი 15,000 ლარი.	70%*	70%*
➤ სხვა ქირურგიული ოპერაციები	70%*	70%*
ონკოლოგიურ დაავადებათა არაქირურგიული მკურნალობა (წლიური ლიმიტი 12000 ლარი)		
➤ ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია	80%*	80%*
➤ სხივური თერაპია	80%*	80%*
➤ მშობიარობა:		
➤ ფიზიოლოგიური მშობიარობა	ლიმიტი 500 ლ.	ლიმიტი 500 ლ.
➤ საკეისრო კვეთა	ლიმიტი 800 ლ.	ლიმიტი 800 ლ.
➤ მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული მომსახურება		
➤ სტაციონარული მომსახურება	70%	70%
➤ ინფექციური დაავადებების მართვა		
➤ ინფექციური დაავადებები ნუსხის მიხედვით (დანართი 1.7.1)***	80%	80%
➤ ინფექციურ დაავადებებთან დაკავშირებული კრიტიკული მდგომარეობები/ინტენსიური თერაპია	100%	100%

I (ii) 6-დან 17 წლის (ჩათვლით) ასაკის პირები		
მომსახურ ების სახე	თანაგადახდის %	
	დაუზღვეველი	დაზღვეული
გეგმური ამბულატორიული მომსახურება გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ პაციენტის რეგისტრაციის ადგილის მიხედვით.	100%	100%
➤ ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული პროფილაქტიკური აცრები;	100%	100%
➤ ოჯახის ან სოფლის ექიმის დანიშნულებითექიმ-სპეციალისტების მომსახურება · ენდოკრინოლოგი; · ოფთალმოლოგი; · კარდიოლოგი; · ნევროლოგი;	70%	70%
➤ ექიმის დანიშნულებით ინსტრუმენტული გამოკვლევები: · ელექტროკარდიოგრაფია	100%	100%
· საჭმლის მომნელებელი სისტემის ექოსკოპია (ტრანსაბდომინურად) · შარდ-სასქესო სისტემისა და მცირე მენჯის ორგანოების ექოსკოპია (ტრანსაბდომინურად · გულმკერდის რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია	70%	70%
➤ ექიმის დანიშნულებით კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები. · სისხლის საერთო ანალიზი;	100%	100%
· გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში; · კრეატინინი; · ქოლესტერინი სისხლში; · შრატში ლიპიდების განსაზღვრა;	100%	100%
· ღვიძლის ფუნქციური სინჯები (ALT, AST); · ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური სინჯი (TSH);	70%	70%
➤ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები, გარდა	100%	100%
➤ სამედიცინო ცნობის, დასკვნის და რეცეპტის გაცემა, გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული, ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შეძენის ნებართვის მისაღებად წარსადგენი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობებისა.	100%	100%
➤ გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება განსაზღვრული ნუსხის მიხედვით (დანართი 1.2)	100%	100%
➤ გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება ლიმიტი ერთეულ შემთხვევაზე 15,000 ლარი.	100%	100%
· გადაუდებელი მდგომარეობები განსაზღვრული ნუსხის შესაბამისად.	100%	100%

· ყველა სხვა გადაუდებელი და სასწრაფო მდგომარეობის მართვა.	70%*	70%*
გეგმური ქირურგიული ოპერაციები		
წლიური ლიმიტი 15,000 ლარი.	100%*	100%*
· სხვა ქირურგიული ოპერაციები	70%*	70%*
ონკოლოგიურ დაავადებათა არაქირურგიული მკურნალობა (წლიური ლიმიტი 12000 ლარი)		
➤ ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია წლიური ლიმიტი 12 000 ლარი	100%*	100%*
➤ სხივური თერაპია	100%*	100%*
➤ მშობიარობა:		
· ფიზიოლოგიური მშობიარობა	ლიმიტი 500 ლარი	ლიმიტი 500 ლარი
· საკეისრო კვეთა	ლიმიტი 800 ლარი	ლიმიტი 800 ლარი
➤ მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული მომსახურება		
· სტაციონარული მომსახურება	70%	70%
· მშობიარობა/საკეისრო კვეთა	ლიმიტი 500/800ლ	ლიმიტი 500/800ლ
· სეფსისი	100%	100%
➤ ინფექციური დაავადებების მართვა		
· ინფექციური დაავადებები ნუხსის მიხედვით (დაანრთი 1.7.1)***	80%	80%

I (iii) წლიური 40,000 ლარზე ნაკლები და თვიური 1000 ლარი და მეტი შემოსავლის მქონე პირები;				
მომსახურების სახე	თანაგადახდი			
	დაუზღვეველი	01.01.2017 შემდეგ დაზღვეული	01.01.2017 მდგომარეობით დაზღვეული	მინიმალური პაკეტი
გეგმური ამბულატორიული მომსახურება				
გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ პაციენტის რეგისტრაციის საფუძველზე.				
➤ ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული პროფილაქტიკური აცრები;	100%	-	-	10
➤ ოჯახის ან სოფლის ექიმის დანიშნულებით ექიმ-სპეციალისტების მომსახურება				
· ენდოკრინოლოგი;				
· ოფთალმოლოგი;				
· კარდიოლოგი;				
· ნევროლოგი;	-	-	-	-
➤ ექიმის დანიშნულებით ინსტრუმენტული გამოკვლევები:				
· საკმლის მომწელებელი სისტემის ექოსკოპია (ტრანსაბდომინურად)				
· შარდ-სასქესო სისტემისა და მცირე მენჯის ორგანოების ექოსკოპია (ტრანსაბდომინურად)	-	-	-	-
➤ ექიმის დანიშნულებით კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები.				
· სისხლის საერთო ანალიზი;	-	-	-	-
· გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში;				
· კრეატინინი;				
· ქოლესტერინი სისხლში;				
· ღვიძლის ფუნქციური სინჯები (ALT, AST);				
➤ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო				
➤ სამედიცინო ცნობის, დასკვნის და რეცეპტის გაცემა, გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული, ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შეძენის ნებართვის	100%	-	-	10
➤ გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება				
განსაზღვრული წუსხის მიხედვით (დანართი 1.2)				
➤ გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება				
ლიმიტი ერთეულ შემთხვევაზე 15,000 ლარი.	90%	-	-	9
· 450-ზე მეტი გადაუდებელი მდგომარეობა განსაზღვრული წუსხის შესაბამისად.	90%	-	-	9
· ყველა სხვა გადაუდებელი და სასწრაფო მდგომარეობის მართვა.**	70%*	-	-	-
გეგმური ქირურგიული ოპერაციები**				
წლიური ლიმიტი 15,000 ლარი.	70%*	-	-	-
· სხვა ქირურგიული ოპერაციები	70%*	-	-	-
ონკოლოგიურ დაავადებათა არაქირურგიული მკურნალობა (წლიური ლიმიტი 12000 ლარი)				
· სხივური თერაპია	ლიმიტი 80%*	ლიმიტი	-	ლიმიტი 80%*
· მშობიარობა:	ლიმიტი 500	ლიმიტი	ლიმიტი 500	ლიმიტი 500
· საკეისრო კვეთა	ლიმიტი 800	ლიმიტი	ლიმიტი 800	ლიმიტი 800

➤ მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული მომსახურება				
· სტაციონარული მომსახურება	70%	70%	70%	7
➤ ინფექციური დაავადებების მართვა				
· ინფექციური დაავადებები ნუხსის მიხედვით (დაანართი 1.7.1)****	80%	80%	80%	8
				0

I (iv) თვეური 1000 ლარზე ნაკლები შემოსავლის მქონე ან სხვ. პირები				
მომსახურების სახე	თანაგადახდის			
	დაუზღვეველი	01.01.2017 შემდეგ დაზღვეული	01.01.2017 მდგომარეობით დაზღვეული	მინიმალური პაკეტი
გეგმური ამბულატორიული მომსახურება				
გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ პაციენტის რეგისტრაციის ადგილის მიხედვით.	100%	-	-	100%
➤ ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული პროფილაქტიკური აცრები;	100%	-	-	100
➤ ოჯახის ან სოფლის ექიმის დანიშნულებით ექიმ-სპეციალისტების მომსახურება				
- ენდოკრინოლოგი; - ოფთალმოლოგი; - კარდიოლოგი; - ნევროლოგი; - გინეკოლოგი; - ოტორინოლარინგოლოგი;	70%	-	-	-
➤ ექიმის დანიშნულებით ინსტრუმენტული გამოკვლევები:	100%	-	-	-
- საჭმლის მომნელებელი სისტემის ექსკოპია (ტრანსაბდომინურად) - შარდ-სასქესო სისტემისა და მცირე მენჯის ორგანოების ექსკოპია (ტრანსაბდომინურად)	70%	-	-	-
➤ ექიმის დანიშნულებით კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები.				
სისხლის საერთო ანალიზი;	100%	-	-	-
- გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში; - კრეატინინი; - ქოლესტერინი სისხლში; - შრატში ლიპიდების განსაზღვრა;	100%	-	-	-
ღვიძლის ფუნქციური სინჯები (ALT, AST);	70%	-	-	-
➤ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები, გარდა მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევებისა;	100%	-	-	-
➤ სამედიცინო ცნობის, დასკვნის და რეცეპტის გაცემა, გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული, ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შეძენის ნებართვის	100%	-	-	100
➤ გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება				
განსაზღვრული ნუსხის მიხედვით (დანართი 1.2), გარდა გადაუდებელი იმუნიზაციისა	50%	50%	-	50 %
➤ გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება				
ლიმიტი ერთეულ შემთხვევაზე 15,000 ლარი.	100%	100%	-	100
გადაუდებელი მდგომარეობები განსაზღვრული ნუსხის შესაბამისად.	100%	100%	-	100
ყველა სხვა გადაუდებელი და სასწრაფო მდგომარეობის მართვა.**	70%*	-	-	-
გეგმური ქირურგიული ოპერაციები**				
წლიური ლიმიტი 15,000 ლარი.	70%*	-	-	-
სხვა ქირურგიული ოპერაციები	70%*	-	-	-
ონკოლოგიურ დაავადებათა არაქირურგიული მკურნალობა (წლიური ლიმიტი 12000 ლარი)	80%*	80%*	-	80%*
➤ სხივური თერაპია	80%*	80%*	-	80
➤ მშობიარობა:	ლიმიტი 500 ლ.	ლიმიტი 500 ლ	ლიმიტი 500 ლ.	ლიმიტი 500
საკეისრო კვეთა	ლიმიტი 800 ლ.	ლიმიტი 800 ლ	ლიმიტი 800 ლ.	ლიმიტი 800
➤ მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული მომსახურება				
- სტაციონარული მომსახურება - მშობიარობა/საკეისრო კვეთა	70% ლიმიტი 500/800ლ	70% ლიმიტი	70% ლიმიტი	70 % ლიმი

➤ ინფექციური დაავადებების მართვა				
· ინფექციური დაავადებები ნუხსის მიხედვით (დანართი 1.7.1)***	80%	80%	80%	80%
· ინფექციურ დაავადებებთან დაკავშირებული კრიტიკული მდგომარეობები/ინტენსიური თერაპია	100%	100%	-	100%

მომსახურების სახე	ვეტერანების პაკეტი
გეგმური ამბულატორიული მომსახურება	
გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ პაციენტის რეგისტრაციის ადგილის მიხედვით.	100%
➤ ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული პროფილაქტიკური აცრები;	100%
➤ ოჯახის ან სოფლის ექიმის დანიშნულებით ექიმ-სპეციალისტების მომსახურება	
· ენდოკრინოლოგი;	
· ოფთალმოლოგი;	
· კარდიოლოგი;	
· ნევროლოგი;	100%
➤ ექიმის დანიშნულებით ინსტრუმენტული გამოკვლევები:	
· ელექტროკარდიოგრაფია	
· საჭმლის მომნელებელი სისტემის ექოსკოპია (ტრანსაბდომინურად)	100%
➤ ექიმის დანიშნულებით კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები.	
· სისხლის საერთო ანალიზი;	
· შარდის საერთო ანალიზი;	
· გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში;	
· კრეატინინი;	100%
· ძოლისაჰირინი სისხლში;	
➤ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები, გარდა მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევებისა;	100%
➤ სამედიცინო ცნობის, დასკვნის და რეცეპტის გაცემა, გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული, ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შეძენის ნებართვის მისაღებად წარსადგენი ჯანმრთელობის	100%
➤ გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება	
განსაზიარებული წესის მიხედვით (თანართი 1.2).	100%
გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება	
· ინტენსიური თერაპია და კრიტიკული მდგომარეობების მართვა;	100%
· ყველა სხვა გადაუდებელი და სასწრაფო მდგომარეობის მართვა.	100%*
გეგმური ქირურგიული ოპერაციები	100%*
ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია და სხივური თერაპია.	100%*
➤ მშობიარობა:	
· საკეისრო კვეთა	ლიმიტი 500 ლარი
➤ მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული მომსახურება	
· სტაციონარული მომსახურება	70%

➤ სამკურნალო საშუალებების ხარჯები–სამკურნალო საშუალებათა ნუსხის მიხედვით. (თანაგადახდა 50%)	ლიმიტი 50 ლარი
➤ ინფექციური დაავადებების მართვა · ინფექციური დაავადებები ნუსხის მიხედვით (დანართი 1.7.1)***	80%

III		
მომსახურების სახე	მიზნობრივი ჯგუფი	
	ქ. 0-60 წ. მ. 0-65 წ.	საპენსიო ასაკი
გეგმური ამბულატორიული მომსახურება		
გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ პაციენტის რეგისტრაციის ადგილის მიხედვით.	100%	100%
➤ ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული პროფილაქტიკური აცრები;	100%	100%
➤ ოჯახის ან სოფლის ექიმის დანიშნულებით ექიმ-სპეციალისტების მომსახურება		
· ენდოკრინოლოგი;		
· ოფთალმოლოგი;		
· კარდიოლოგი;		
· ნევროლოგი;	100%	100%
➤ ექიმის დანიშნულებით ინსტრუმენტული გამოკვლევები:		
· ელექტროკარდიოგრაფია		
· საჭმლის მომწელებელი სისტემის ექოსკოპია (ტრანსაბდომინურად)		
	100%	100%
➤ ექიმის დანიშნულებით კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები.		
· სისხლის საერთო ანალიზი;		
· შარდის საერთო ანალიზი;		
· გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში;		
· კრეატინინი;		
· ქოლესტერინი სისხლში;	100%	100%
➤ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები,	100%	100%
➤ სამედიცინო ცნობის, დასკვნის და რეცეპტის გაცემა, გარდა სამსახურის დაწყებასთან		
დაკავშირებული, ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შეძენის ნებართვის მისაღებად	100%	100%
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება	100%	100%
გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება		
· 450-ზე მეტი გადაუდებელი მდგომარეობა განსაზღვრული ნუსხის შესაბამისად.	100%	100%
· ყველა სხვა გადაუდებელი და სასწრაფო მდგომარეობის მართვა.	100%	100%
გეგმური ქირურგიული ოპერაციები		
წლიური ლიმიტი 15 000 ლარი.	100%*	100%*
ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია და სხივური თერაპია.	100%*	100%*
➤ მშობიარობა:		
· საკეისრო კვეთა	ლიმიტი 500 ლარი	ლიმიტი 800 ლარი
➤ მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული მომსახურება		
· სტაციონარული მომსახურება	100%	
· მშობიარობა/საკეისრო კვეთა	ლიმიტი 500/800 ლ.	

➤ სამკურნალო საშუალებების ხარჯები–სამკურნალო საშუალებათა წუხსის მიხედვით.		
(თანაფასოაზია 50%)	ლიმიტი 50 ლარი.	ლიმიტი 200 ლარი.
➤ ინფექციური დაავადებების მართვა		
· ინფექციური დაავადებები წუხსის მიხედვით (დანართი 1.7.1)***	100%	100%

IV						
	ასაკობრივი ჯგუფი					
	0-5 წ.	შშ ბავშვი	მკვეთრად გამოხტულიშშ მა	სტუდენტი	საპენსიო ასაკი	მკვეთრად გამოხტულიშშ და საპენსიო ასაკის ვეტერანი
მომსახურების სახე						
გეგმური ამბულატორიული მომსახურება						
გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ						
➤ ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული პროფილაქტიკური აცრები;	100%	100%	100%	100%	100%	100%
➤ ოჯახის ან სოფლის ექიმის დანიშნულებით ექიმ-სპეციალისტების მომსახურება						
· ენდოკრინოლოგი;						
· ოფთალმოლოგი;						
· კარდიოლოგი;						
· ნევროლოგი;	100%	100%	100%	100%	100%	100%
➤ ექიმის დანიშნულებით ინსტრუმენტული გამოკვლევები:						
· ელექტროკარდიოგრაფია						
· საჭმლის მომწელებელი სისტემის ექოსკოპია (ტრანსაბდომინურად)						
· შარდ-სასქესო სისტემისა და მცირე მენჯის ორგანოების ექოსკოპია (ტრანსაბდომინურად)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
· კომპიუტერული ტომოგრაფია	80%	80%	80%	80%	90%	100%
➤ ექიმის დანიშნულებით კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები.						
· სისხლის საერთო ანალიზი;						
· შარდის საერთო ანალიზი;						
· გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში;	100%	100%	100%	100%	100%	100%
· კრეატინინი;						
· ქოლესტერინი სისხლში;						
· შრატში ლიპიდების განსაზღვრა;						
➤ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო	100%	100%	100%	100%	100%	100%
➤ სამედიცინო ცნობის, დასკვნის და რეცეპტის გაცემა, გარდა სამსახურის დაწყებასთან						
დაკავშირებული, ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შეძენის ნებართვის	100%	100%	100%	100%	100%	100%
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება	100%	100%	100%	100%	100%	100%
გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება	100%	100%	100%	100%	100%	100%
· 450-ზე მეტი გადაუდებელი მდგომარეობა განსაზღვრული ნუსხისშესაბამისად.	80%	80%	80%	80%	90%	100%
· ყველა სხვა გადაუდებელი და სასწრაფო მდგომარეობის მართვა.	80%*	80%*	80%*	80%*	90%*	100%*
გეგმური ქირურგიული ოპერაციები						
წლიური ლიმიტი 15,000 ლარი.	100%*	100%*	80%*	80%*	90%*	100%*
· სხვა ქირურგიული ოპერაციები	80%*	80%*	80%*	80%*	90%*	100%*
ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია და სხივური თერაპია.	100%*	100%*	80%*	80%*	90%*	100%*
➤ მშობიარობა:		ლიმიტი	ლიმიტი	ლიმიტი		
· საკეისრო კვეთა		ლიმიტი	ლიმიტი	ლიმიტი	-	ლიმიტი 800
➤ მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული მომსახურება		80%	80%	80%		
· სტაციონარული მომსახურება		ლიმიტი	ლიმიტი	ლიმიტი		80%
➤ სამკურნალო საშუალებების ხარჯები-სამკურნალო საშუალებათა ნუსხის მიხედვით.	ლიმიტი	ლიმიტი	ლიმიტი		ლიმიტი	ლიმიტი 100
(თანაგადახდა 50%)	50 ლარი	100 ლარი	100 ლარი	-	100 ლარი	ლარი

➤ ინფექციური დაავადებების მართვა							
·	ინფექციური დაავადებები წუხსის მიხედვით (დაანართი 1.7.1)^^^	80%	80%	80%	80%	90%	80%/90%
·	ინფექციურ დაავადებებთან დაკავშირებული კრიტიკული მდგომარეობები/ინტენსიური თერაპია	100%	100%	100%	100%	100%	100%

* 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) თვიური 1000 ლარზე ნაკლები შემოსავლისა და სხვ. პირებისთვის - 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 500ლარს.

ბ) წლიური 40,000 ლარზე ნაკლები და თვიური 1000 ლარი და მეტი შემოსავლის მქონე პირებისათვის - 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 ლარსა.

მომსახურებები, რომლებიც არ ანაზღაურდება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში:

- შესაბამისი წლის სახელმწიფო, ავტონომიური რესპუბლიკების რესპუბლიკური და ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულის ბიუჯეტების ფარგლებში დაფინანსებული ჯანდაცვითი პროგრამული მომსახურებები;

- სამედიცინო ჩვენებისა და ექიმის დანიშნულების გარეშე მკურნალობა, თვითმკურნალობა;
- საზღვარგარეთ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები;
- სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა;
- ესთეტიკური ქირურგია, კოსმეტიკური მიზნით ჩატარებული მკურნალობა;
- სექსუალური დარღვევების, უშვილობის მკურნალობის ხარჯები;
- ვირუსული ჰეპატიტის სპეციფიკურ ანტივირუსულ მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- თუ სამედიცინო მომსახურების საჭიროება დადგა თვითდაშავების, ტერორისტულ ან კრიმინალურ აქტებში მონაწილეობის, ან არალეგალურად მოხმარებული ნარკოტიკული ზემოქმედების შედეგად, გარდა გადაუდებელი სტაციონარული ან ამბულატორიული მომსახურების შემთხვევებისა;
- თერაპიული პროფილის გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურება;
- ორგანოთა ტრანსპლანტაციის, აგრეთვე ეგზოპროთეზირების ხარჯები.

გარდა ზემოთ აღნიშნულისა, საბაზისო და ვეტერანების პაკეტით მოსარგებლეთათვის დაფინანსებას არ ექვემდებარება:

- თერაპიული პროფილის ჰოსპიტალური მომსახურება, გარდა რამოდენიმე, განსაზღვრული მდგომარეობებისა;
- ორთოპედიული ენდოპროთეზირების (გარდა ტრავმებისა, რომელთა ხანდაზმულობა არ აღემატება 3 თვეს და რომლებიც არ ექვემდებარებიან ან არ დაექვემდებარენ კონსერვატულ მკურნალობას), ასევე დეფიბრილატორით ან გულის რესინქრონიზაციული თერაპიის აპარატით აღჭურვილი იმპლანტირებადი რითმის ხელოვნური წარმმართველის და წამლით დაფარული სტენტის ხარჯები;
- პოზიტრონულ-ემისიური კომპიუტერული ტომოგრაფია (PET/CT);
- თვალის რეფრაქციული ქირურგია, სიელმის ქირურგიული მკურნალობა, თვალის ლაზერული ქირურგია (გარდა დიაბეტური თვალისა), რქოვანის გადანერგვა.
- ექსტრაკორპორალური (დისტანციური) ლითოტრიფსია;
- აბლაცია.

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

უწყების ცნობით, წინა წლების 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.

პროგრამის ადმინისტრირებაში მონაწილე სახელმწიფო დაწესებულებებს წარმოადგენენ:

ა) პროგრამის განმახორციელებელი დაწესებულება;

ბ) სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ – სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო (შემდგომში – რეგულირების სააგენტო).

სამედიცინო ვაუჩერის ფარგლებში გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დაფინანსება

ხდება ვაუჩერული პროგრამის განხორციელების დადგენილი წესის შესაბამისად, მიმწოდებლის მიერ განმახორციელებელისათვის წარდგენილი საანგარიშგებო დოკუმენტაციის მიხედვით.

პროგრამის ზედამხედველობა მოიცავს პროგრამის განხორციელებაზე ზედამხედველობას პროგრამით განსაზღვრული ღონისძიებების ეფექტიანი შესრულების მიზნით.

პროგრამის ზედამხედველობას ახორციელებენ პროგრამის განმახორციელებელი და რეგულირების სააგენტო, დადგენილი უფლებამოსილების ფარგლებში.

ამ დადგენილებაში მითითებული პროგრამის ზედამხედველობისთვის გამოყენებული წესები, ფორმები და მათი შევსების ინსტრუქცია მტკიცდება პროგრამის ადმინისტრირებაში მონაწილე სახელმწიფო დაწესებულებების მიერ, საკუთარი კომპეტენციების ფარგლებში.

პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების ზედამხედველობის სახეობები განისაზღვრება შემთხვევათა ტიპების შესაბამისად. თავის მხრივ, შემთხვევები კლასიფიცირდება შემდეგ ტიპებად:

ა) გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება (ამბულატორიული და სტაციონარული);

ბ) გეგმური ამბულატორიული მომსახურება;

გ) გეგმური სტაციონარული მომსახურება.

მონიტორინგი ხორციელდება პროგრამის განმახორციელებლის მიერ შერჩევის პრინციპით. მონიტორინგის განხორციელებისას ხდება მიმწოდებელთან განმახორციელებლის უფლებამოსილი პირის ვიზიტი და შეტყობინებისას მიწოდებული ინფორმაციის გადამოწმება, მიმწოდებლისაგან მომსახურებასთან დაკავშირებული ინფორმაციისა და დოკუმენტაციის მოთხოვნა, საჭიროებისამებრ, პაციენტთან, მისი ოჯახის წევრებთან და შემთხვევასთან დაკავშირებულ სხვა პირებთან გასაუბრება. საჭიროების შემთხვევაში შესაძლებელია, მიმწოდებელთან განხორციელდეს განმეორებითი ვიზიტი.

შემთხვევები შეიძლება კლასიფიცირდეს ორ ჯგუფად:

ა) ასანაზღაურებელი შემთხვევა;

ბ) შემთხვევა, რომელიც არ ექვემდებარება ანაზღაურებას.

ანაზღაურებას არ ექვემდებარება შემთხვევები, როდესაც:

ა) წარდგენილ შემთხვევაზე არ არის გაკეთებული შეტყობინება;

ბ) წარდგენილი შემთხვევის მონაცემები არ ემთხვევა პროგრამის განმახორციელებლის მიერ ზედამხედველობის ნებისმიერ ეტაპზე დადგენილ ფაქტებს, მათ შორის:

ბ.ა) სტაციონარული შემთხვევების დროს, მოსარგებლის სამედიცინო დოკუმენტაციით არ მტკიცდება მოსარგებლის დაწესებულებაში 24 საათზე მეტი დროით მოთავსება, გარდა პროგრამით გათვალისწინებული გამონაკლისი შემთხვევებისა;

ბ.ბ) თუ შეტყობინების სისტემაში გადაცემული დიაგნოზი და მისი დაზუსტება და ჩარევა არ ემთხვევა პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებულ მონაცემებს;

ბ.გ) პირის საიდენტიფიკაციო მონაცემები შეტყობინებასა და წარდგენილ დოკუმენტაციაში ერთმანეთს არ ემთხვევა;

გ) პირის დამადასტურებელი მონაცემები არ ემთხვევა საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს მმართველობის სფეროში მოქმედი სსიპ – სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოს (შემდგომში – სსიპ სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტო) მონაცემებს;

დ) შემთხვევის შესახებ შეტყობინების დაფიქსირების დროს დარღვეულია 24 საათიანი ლიმიტი;

ე) წარდგენილი სამედიცინო დოკუმენტაციის ინსპექტირების შედეგად, განმახორციელებელი მიიჩნევს, რომ მიწოდებული ინფორმაცია არ ემთხვევა შეტყობინებაში არსებულ ინფორმაციას და/ან არ აკმაყოფილებს პროგრამით განსაზღვრულ სამედიცინო მომსახურების პირობებს;

ვ) პაციენტის ერთი დაწესებულებიდან სხვა დაწესებულებაში გადაყვანის შემთხვევაში, გადამყვანი დაწესებულება ვალდებულია განმახორციელებლის მიერ დადგენილი ფორმით დააფიქსიროს პაციენტზე გაწეული მომსახურების ფაქტობრივი დანახარჯი არა უგვიანეს პაციენტის გადაყვანიდან 72 საათისა. წინააღმდეგ შემთხვევაში, შემთხვევის ეს ეპიზოდი არ ანაზღაურდება.

ზ) ანაზღაურებას არ დაექვემდებარება შემთხვევის დასრულებულად დაფიქსირების შემდეგ დამატებული ან შეცვლილი კოდი;

თ) საანგარიშგებო დოკუმენტაცია არ არის შევსებული დადგენილი წესის შესაბამისად;

ი) ადგილი აქვს კალკულაციაში წარდგენილი ფინანსური ინფორმაციის შეუსაბამობას მოთხოვნილ ჯამურ თანხასთან ან ჩატარებული მომსახურების მოცულობასთან;

კ) ადგილი აქვს მიმწოდებლის მიერ შეტყობინების სისტემაში ერთი მკურნალობის ეპიზოდის/შემთხვევის ფარგლებში დაფიქსირებული რამდენიმე პროგრამული შემთხვევიდან რომელიმე პროგრამული შემთხვევ(ებ)ის შესახებ ინფორმაციის, მათ შორის, შესაბამისი კოდ(ებ)ის არასწორად დაფიქსირებას. ასეთ შემთხვევაში, არ ანაზღაურდება არასწორად დაფიქსირებული პროგრამული შემთხვევა/შემთხვევები და მასთან ერთად, არ ანაზღაურდება ამ მკურნალობის ეპიზოდის/შემთხვევის ასანაზღაურებელი თანხის 10%.

ლ) პაციენტი თავისი ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის სურვილით იცვლის/ტოვებს მომსახურების მიმწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებას, მიუხედავად სამედიცინო პერსონალის გაფრთხილებისა (რაც დადასტურებული უნდა იყოს პაციენტის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის ხელმოწერით), მეორე დაწესებულებაში გაგრძელებული შემთხვევის ან რეჰოსპიტალიზაციის შემთხვევის დაფინანსება სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში არ განხორციელდება, გარდა II-III დონის ინტენსიური მკურნალობისა/მოვლისა და ამავე მუხლის მე-6 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული პირობებისა.

სტაციონარული სამედიცინო მომსახურებისას პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში 24 საათზე ნაკლები დროით დაყოვნების შემთხვევაში მომსახურება ანაზღაურდება ქვემოთ მოყვანილი წესით:

ა) თუ ადგილი აქვს სამედიცინო დაწესებულებაში განთავსებული პაციენტის გარდაცვალებას 24 საათზე ადრე – ფაქტობრივი ხარჯის მიხედვით, მაგრამ არა უმეტეს განსაზღვრული ტარიფისა;

ბ) თუ პაციენტი თავისი სურვილით შეიცვლის/დატოვებს მომსახურე სამედიცინო დაწესებულებას და მისი დაყოვნება აღნიშნულ დაწესებულებაში 24 საათზე ნაკლებია, მომსახურების დაფინანსება სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში არ განხორციელდება, ხოლო მეორე დაწესებულებაში გაწეული მომსახურების დაფინანსება მოხდება სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, ამავე დადგენილების შესაბამისად;

გ) კრიტიკული მდგომარეობის დროს პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებიდან სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში გადაყვანისას – გადაყვანის დღისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას მიიღებს ორივე დაწესებულება. დღის მომსახურების ღირებულების გადაანგარიშება მოხდება დაწესებულებაში გატარებული სრული საათის რაოდენობის მიხედვით;

დ) ინტენსიური მკურნალობა/მოვლის დონეების ცვლილების ან/და პაციენტის სხვა განყოფილებაში გადაყვანისას - დღის მომსახურების ღირებულების გადაანგარიშება მოხდება პროგრამული შემთხვევის ფარგლებში გატარებული სრული საათის რაოდენობის მიხედვით;

ე) თვალისა და თვალის დანამატების ტრავმის დროს – ფაქტობრივი ხარჯის მიხედვით, მაგრამ არა უმეტეს განსაზღვრული ტარიფისა;

გადაუდებელი/კრიტიკული მდგომარეობის დროს გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების (EMERGENCY) დაწესებულებიდან (რომელიც ექვემდებარება რეგულირებას ტექნიკური

რეგლამენტით) პაციენტის სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში გადაყვანის შემთხვევაში - გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების (EMERGENCY) დაწესებულებისთვის მომსახურების ღირებულება გადაანგარიშდება ფაქტობრივი ხარჯის მიხედვით, მაგრამ არა უმეტეს განსაზღვრული ტარიფისა.

სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებად ამ სახელმწიფო პროგრამაში განხილული უნდა იქნეს მხოლოდ ის შემთხვევები, რომლებიც საჭიროებენ პაციენტის სტაციონარში 24 საათზე მეტი დროით მოთავსებას (გარდა თვალისა და თვალის დანამატების ტრავმებისა და ქუთუთოს ან საცრემლე პარკის აბსცესების დროს გასაწევი გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურებისა). შესაბამისად, სტაციონარში მკურნალობის 24 სთ-ზე ნაკლები დროით დაყოვნება (გარდა კრიტიკული მდგომარეობების მართვის, ლეტალური გამოსავლის შემთხვევების და თვალისა და თვალის დანამატების ტრავმებისა და ქუთუთოს ან

საცრემლე პარკის აბსცესებისა), პროგრამის მიზნებიდან გამომდინარე, არ განიხილება სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების შემთხვევად.

პროგრამით განსაზღვრული პირობების შესრულების კონტროლი მოიცავს:

1. კონტროლი მოიცავს:

- ა) გაწეული სამედიცინო მომსახურების შესაბამისობის დადგენას 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 მომსახურების თაობაზე პროგრამის განმახორციელებლის მიერ მიღებული ელექტრონული და/ან მატერიალური ინფორმაციის შედარებას მიმწოდებელთან არსებულ დოკუმენტაციასთან.
2. კონტროლი ხორციელდება გეგმური და არაგეგმური შემოწმების გზით. ამასთან, კონტროლის განხორციელების ვადა არ უნდა აღემატებოდეს შემთხვევის დასრულებიდან 5 (ხუთი) კალენდარულ წელს.
3. კონტროლი შესაძლებელია, განხორციელდეს შერჩევითი შემოწმების გზით, პროგრამის განმახორციელებლის მიერ, ზედამხედველობის ნებისმიერ ეტაპზე
4. კონტროლის განხორციელებისას ხდება მიმწოდებელთან არსებული სამედიცინო, ფინანსური დოკუმენტაციისა და საინფორმაციო სისტემაში მიმწოდებლის მიერ დაფიქსირებული ინფორმაციის გადამოწმება. პროგრამის განმახორციელებელი უფლებამოსილია, მოითხოვოს მიმწოდებლისაგან მომსახურებასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ინფორმაცია და დოკუმენტაცია, ასევე ახსნა- განმარტებები, საჭიროებისამებრ, განახორციელოს პაციენტთან, მისი ოჯახის წევრებთან და სამედიცინო პერსონალთან გასაუბრება.
5. კონტროლის განხორციელებისას განმახორციელებლის უფლებამოსილი წარმომადგენლის მიერ დგება შემოწმების აქტი პროგრამის განმახორციელებლის მიერ დადგენილი ფორმის შესაბამისად, რომელსაც შემოწმების დასრულებისას ხელს აწერენ აქტის შემდგენელი და მიმწოდებლის წარმომადგენელი. შემოწმების აქტის შესაბამისად, მიმწოდებელს შეიძლება დაეკისროს ანაზღაურებული თანხის სახელმწიფო ბიუჯეტში დაბრუნება ან/და დამატებითი ფინანსური ჯარიმის გადახდა. იმ შემთხვევაში, თუ

მიმწოდებლის წარმომადგენელი უარს აცხადებს აქტის ხელმოწერაზე, აქტში უნდა გაკეთდეს შესაბამისი შენიშვნა.

6. შემოწმების აქტი უნდა აკმაყოფილებდეს საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსით ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტისათვის დადგენილ მოთხოვნებს და მოიცავდეს მითითებას საჯარიმო სანქციების გადახდისა და აღსრულების პირობებზე. შემოწმების შედეგების თაობაზე გამოცემული ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის აღსრულებისათვის საჭირო პროცედურებს უზრუნველყოფს პროგრამის განმახორციელებელი.
7. კონტროლის პროცესში აღმოჩენილ/გამოვლენილ იმ გარემოებებს, რომლებიც ამ დადგენილების შესაბამისად, წარმოადგენს რეგულირების სააგენტოს კომპეტენციას, პროგრამის განმახორციელებელი ატყობინებს რეგულირების სააგენტოს.
8. პროგრამის განმახორციელებელი თავისუფლდება კონტროლის ჩატარების ვალდებულებისაგან იმ შემთხვევებზე, რომლებიც დაექვემდებარა რევიზიას და რევიზიის პროცესში არ იყო გამოკვეთილი კონტროლის ჩატარების აუცილებლობა.

რევიზიას ახორციელებს რეგულირების სააგენტო გეგმური და არაგეგმური ფორმით. რევიზია ითვალისწინებს მიმწოდებელ დაწესებულებაში პროგრამული შემთხვევის სამედიცინო დოკუმენტაციის შემოწმებას. რევიზია წარმოებს შერჩევითად ან/და საჭიროებისამებრ. რევიზიის შერჩევითი პრინციპით განხორციელების წესი და პირობები განისაზღვრება რეგულირების სააგენტოს ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით, სამინისტროსთან შეთანხმებით. რეგულირების სააგენტოს სარევიზიო ჯგუფი მიმწოდებლისგან ითხოვს საჭირო დოკუმენტაციას და ახორციელებს მის დეტალურ შემოწმებას. რევიზიისთვის საჭირო ინფორმაციას ასევე ითხოვს პროგრამის განმახორციელებლისგანაც. მიმწოდებელი დაწესებულება და პროგრამის განმახორციელებელი ვალდებულია, სარევიზიო ჯგუფს მოთხოვნისთანავე წარუდგინოს ყველა საჭირო ინფორმაცია/დოკუმენტაცია და მათი დამოწმებული ქსეროასლები (რევიზიის განმახორციელებლის მოთხოვნის შესაბამისად). გეგმური რევიზია ტარდება ანაზღაურებული შემთხვევების დასრულებიდან 5 წლის განმავლობაში, რომლის ფარგლებში რეგულირების სააგენტოს მიერ ადგილზე წარმოებს რევიზია წინასწარ დადგენილი გეგმა-გრაფიკის მიხედვით. არაგეგმური რევიზია ხორციელდება სამინისტროს, პროგრამის განმახორციელებლის ან ობიექტური გარემოების არსებობისას, სხვა დაინტერესებული პირის მოთხოვნის შესაბამისად. რევიზიისას შესაძლებელია, გამოყენებული იქნეს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის სამართლებრივი აქტით დამტკიცებული კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული

რეკომენდაციები (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტები (პროტოკოლები) (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) და რეცენზენტთა დასკვნები. რევიზიის დასრულების შემდეგ დგება აქტი, რომელსაც ხელს აწერენ სარევიზიო ჯგუფის წევრები და მიმწოდებელი მხარის პასუხისმგებელი პირები. აღმოჩენილი დარღვევების შემთხვევაში, აქტის საფუძველზე, მიმწოდებელს დაეკისრება ანაზღაურებული თანხის სახელმწიფო ბიუჯეტში დაბრუნება ან/და დამატებითი ფინანსური ჯარიმის გადახდა. იმ შემთხვევაში, თუ მიმწოდებელი მხარის წარმომადგენელი უარს აცხადებს აქტის ხელმოწერაზე, აქტში უნდა გაკეთდეს შესაბამისი შენიშვნა. რევიზიის აქტი უნდა აკმაყოფილებდეს საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსით ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტისათვის დადგენილ მოთხოვნებს და მოიცავდეს მითითებას საჯარიმო სანქციების გადახდისა და აღსრულების პირობებზე.

გადაუდებელ სამედიცინო შემთხვევათა ზედამხედველობა

გადაუდებელ შემთხვევათა ზედამხედველობა შედგება შემდეგი ეტაპებისგან:

- ა) შეტყობინება შემთხვევის შესახებ;
- ბ) მონიტორინგი;
- გ) შესრულებული სამუშაოს მიღება ჩაბარება;
- დ) საანგარიშგებო დოკუმენტაციის ინსპექტირება;
- ე) შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურება ან ანაზღაურებაზე უარი;
- ვ) კონტროლი;
- ზ) რევიზია.

გეგმურ სტაციონარულ და ამბულატორიულ შემთხვევათა ზედამხედველობა

1. გეგმურ სტაციონარულ შემთხვევათა ზედამხედველობა შედგება შემდეგი ეტაპებისგან:

- ა) პირის მოსარგებლედ ცნობა/რეგისტრაცია;
- ა¹) მატერიალიზებული ვაუჩერის გაცემა (გარდა მშობიარობისა);
- ბ) შეტყობინება შემთხვევის შესახებ;
- გ) მონიტორინგი;
- დ) ანგარიშის წარდგენა;

ე) საანგარიშგებო დოკუმენტაციის ინსპექტირება;

ვ) შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურება ან ანაზღაურებაზე უარი;

ვ¹) კონტროლი;

ზ) რევიზია.

გეგმურ ამბულატორიულ შემთხვევათა ზედამხედველობა შედგება შემდეგი ეტაპებისაგან:

ა) ანგარიშის წარდგენა;

ბ) საანგარიშგებო დოკუმენტაციის ინსპექტირება;

გ) ანაზღაურება ან ანაზღაურებაზე უარი;

გ¹) კონტროლი;

დ) რევიზია.

გეგმური ამბულატორიის შემთხვევაში, ანგარიშგებისას მიმწოდებლის მიერ წარდგენილი უნდა იყოს მხოლოდ დადგენილი ფორმის შემთხვევათა რეესტრი და ხარჯის დამადასტურებელი დოკუმენტი, თუ დამატებითი პირობებით სხვა რამ არ არის გათვალისწინებული.

ზედამხედველობის ნებისმიერ ეტაპზე გამოვლენილი დარღვევებისას გამოყენებული იქნება სხვადასხვა ტიპის საჯარიმო სანქციები:

ა) შემთხვევის სრულ ანაზღაურებაზე უარი;

ბ) უკვე ანაზღაურებული შემთხვევისას თანხის უკან დაბრუნება;

გ) დამატებითი ფინანსური ჯარიმა.

2013 წლიდან ამოქმედებული საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა იყო მთავარი ნაბიჯი ჯანდაცვის სერვისებზე წვდომის გასაუმჯობესებლად. მსოფლიო ბანკის და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ ჩატარებულმა კვლევამ ნათლად გამოყო შემდეგი: „საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამამ საქართველოში გაზარდა წვდომა სამედიცინო სერვისებზე, გაზარდა სერვისების უტილიზაცია და შეამცირა ფინანსური ბარიერები.“

ქვეყნისთვის ჯანდაცვის პრიორიტეტად აღიარების მაგალითს წარმოადგენს სახელმწიფოს ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე გამოყოფილი თანხების ზრდა, რომელიც 2012 წელს 365 მილიონ ლარს შეადგენდა, 2018 წელს კი ეს თანხა მილიარდ 135 მილიონამდე გაიზარდა. ჯანდაცვის სერვისებით მოცვა კი, 2007 წელს არსებული 14.1%-იანი მაჩვენებლიდან 99.9%-მდე გაიზარდა. უნდა ითქვას, რომ რეფორმის შედეგად მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა სამედიცინო სერვისებზე მნიშვნელოვნად გაიზარდა და ამ წლების განმავლობაში ამით უამრავმა მოქალაქემ ისარგებლა. ამ დადებითი ეფექტის მიუხედავად, სისტემის ამოქმედებამ ჯანდაცვის ისედაც პრობლემურ სფეროში უამრავი ახალი სირთულე წარმოქმნა.

რეფორმას იმთავითვე აკლდა ხარჯების სათანადო აღრიცხვა და ამ ხარჯების ეფექტურობის მონიტორინგი. დაინერგა ე.წ. ერთი შემსყიდველის პრინციპი, რომლითაც კლინიკებსა და პაციენტებს შორის ერთადერთ გამტარად სახელმწიფო დარჩა. სფეროდან თითქმის სრულად განიდევნა კერძო დაზღვევა, რომელიც იმ დროისთვის ჯანდაცვაში ფეხის მოკიდებას ცდილობდა.

მარტივად რომ აღწეროთ, სახელმწიფო არ ყიდულობდა სამედიცინო მომსახურებას სადაზღვევო კომპანიისგან, იგი პირდაპირ ურთიერთობდა სამედიცინო დაწესებულებასთან. აქ იქმნებოდა ერთგვარი ინტერესთა კონფლიქტი- სახელმწიფო თავად ყიდულობდა სერვისს და დავების შემთხვევაში არბიტრის ფუნქციასაც ითავსებდა.

პროგრამის არასათანადოდ განსაზღვრულმა მიზნობრიობამ და არახარჯთეფექტურობამ, ცვლილების საჭიროება შექმნა. სწორედ ამ გამოწვევაზე პასუხს წარმოადგენს „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე საქართველოს მთავრობის 2019 წლის 5 ნოემბერის დადგენილება №520, თუმცა ახალი წესების ამოქმედებიდან სამი თვის თავზე ცხადი გახდა, რომ დადგენილებამ ეგზისტენციალური სახის პრობლემები წარმოქმნა.

ახალი ტარიფების ფონზე, კლინიკებში შემცირდა გეგმიური და გადაუდებელი ოპერაციების მაჩვენებელი, გაჩნდა ადმინისტრაციული პერსონალის შემცირებისა და მედპერსონალისათვის

ხელფასების დაკლების რისკი; აქედან გამომდინარე ამუშავდა ჰონორარის სისტემა, რომელიც თავიდან დადგენილებით გათვალისწინებული არ იყო; ცვლილების მიხედვით, პაციენტს საშუალება ეძლეოდა აერჩია ექიმი და საყოველთაო ჯანდაცვასა და ოპერაციის ღირებულებას შორის ტარიფი საკუთარი ჯიბიდან დაეფარა. თუმცა ჰონორარის სისტემის დანერგვამ სასურველი შედეგი ვერ გამოიღო, პირიქით, უკმაყოფილება გამოიწვია როგორც სამედიცინო პერსონალის გარკვეული, დიდი ნაწილის, ასევე სამედიცინო მომსახურების მიმღებთა (პაციენტთა) დიდი ნაწილის მხრიდან, ვინაიდან ექიმთა შორის გაჩნდა პრივილეგირებულთა ნაწილი, რომელთაც სოლიდური ანაზღაურება ერიცხებოდათ, ხოლო პაციენტთა დიდ (მოწყვლად) ნაწილს ისევ არ ეძლეოდათ სასურველი ექიმისა და სასურველი სამედიცინო დაწესებულების არჩევის საშუალება; ეს პრობლემა მოგვარებულ იქნა დაფინანსების DRG მეთოდის დანერგვისა და სამედიცინო პერსონალის შრომის არანაკლებ მინიმალური საათობრივი ანაზღაურების შემოღების შემდგომ; საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამასთან დაკავშირებული კიდევ ერთი, ფუნდამენტური საკითხი პროგრამის საყოველთაობას უკავშირდება. ბუნებრივია, რომ პროგრამები, რომლებიც საყოველთაობას გულისხმობს, ყოველთვის უფრო პოპულარულია. ამ ტიპის პროგრამების მოსახლეობის ღარიბ ფენაზე ფოკუსირება უფრო სწორია, თუმცა ის, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის რომელიმე მონაწილეს შეღავათი წაართვა - არარეალურია. საქართველოს შემთხვევაში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა ეს არის ბაზისი და მისი განვითარება უნივერსალურობისკენ უნდა იყოს მიმართული. უნივერსალური ჯანდაცვა ეს არის პროცესი, რომელსაც ნელ-ნელა მივაღწევთ და ამ მხრივ სამი მიმართულებაა გასათვალისწინებელი: 1. მოსახლეობის მოცვა, ანუ მოსახლეობის ჯგუფების მოცვა, 2. გაზარდო თანაგადახდა - უფრო მაღალი პროცენტებით დააფინანსო ის სერვისები, რომელთაც ფარავს საყოველთაო ჯანდაცვა და 3. გაზარდო სერვისების რაოდენობა ანუ ჯანდაცვის სერვისების სპექტრი რომელსაც ფარავს სახელმწიფო; უნივერსალური ჯანდაცვისკენ სვლა სწორია და განცხადებები, რომ ეს ეკონომიკას დააქცევს, კარგი ინიციატივის დისკრედიტაციის მცდელობაა. თუმცა, როდესაც საყოველთაო ჯანდაცვისთვის გამოყოფილი თანხა არაეფექტურად იხარჯება და ხშირ შემთხვევაში არასაჭირო მიმართულებით იყრება, ესეც ამ კარგი ინიციატივის დისკრედიტაციის მცდელობაა.

სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის საყოველთაო მოცვა, ფინანსური რისკებისგან დაცვა და მაღალხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების თანაბარი, სამართლიანი მიწოდება, მუდმივად წარმოადგენს ჩვენი ქვეყნის უმთავრეს პრიორიტეტს. მოსახლეობისთვის

მაქსიმალურად ხელმისაწვდომი, განვითარებული და მისი პრობლემების გადაწყვეტაზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემის ჩამოყალიბება კი დაკავშირებულია სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯების მნიშვნელოვან ზრდასთან, ამიტომ ხარჯების გაუმჯობესების ინსტრუმენტების მუდმივად მოძიება და დანერგვა სამედიცინო მომსახურებაში, მუდმივად პრიორიტეტს წარმოადგენს. საქართველოში 2022 წლის პირველი ნოემბრიდან ამოქმედდა ფინანსური დაგეგმვისა და რესურსების განაწილების ხარჯთეფექტიანი მექანიზმი - ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების მოდელი DIAGNOSIS RELATED GROUP (DRG);

ჯანდაცვაზე ხარჯების ზრდის ერთ-ერთი უმთავრესი მიზეზი ფასების ინფლაციაა. Trading Economics-ის მონაცემებით, 2022 წლის ბოლოს დაფიქსირებული ინფლაციის დონით საქართველო მსოფლიოში 76-ე ადგილზეა. ინფლაციური პროცესების ზრდას ხელი შეუწყო პანდემიამ. ამას დაემატა რუსეთ-უკრაინის ომი. მნიშვნელოვნად გაიზარდა ფასები ენერგომატარებლებზე. ინფლაცია ძალიან რთული პრობლემა აღმოჩნდა მთელი მსოფლიოსთვის და აისახა ჯანდაცვის სექტორის ხარჯებზეც.

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამამ გაზარდა მოსახლეობის ფინანსურ ხელმისაწვდომობა, მაგრამ ისევ პრობლემად დარჩა ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდების დიდი წილი, პირველადი ჯანდაცვის არასათანადო განვითარება, სამედიცინო პერსონალის არათანაბარი განაწილება და დაბალი ანაზღაურება. აღნიშნულმა პრობლემებმა ჯანდაცვის სისტემა მორიგი გამოწვევების წინაშე დააყენა. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის და რესურსების ეფექტიანად გამოყენების მიზნით, საჭირო გახდა ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების ეფექტურ მოდელზე გადასვლა.

DRG-ის დაფინანსების მოდელი 1970-იან წლებში იელის უნივერსიტეტში რობერტ პეტერმა და ჯონ ტომპსონმა შეიმუშავეს. მოდელი ამერიკის შეერთებული შტატების ჯანდაცვის სისტემაში 1980-იანი წლებიდან დაინერგა. 1990-იანი წლებიდან კი DRG-ის დაფინანსების მოდელი ევროპის ქვეყნებში ამოქმედდა. დღეს უკვე DRG-ის მსოფლიოს განვითარებული ქვეყნები ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების საუკეთესო ვერსიად მიიჩნევენ, რადგან სახელმწიფო ფინანსური რესურსების ეფექტიან ხარჯვას და პაციენტის ინტერესებზე მორგებულ სამედიცინო მომსახურებას უზრუნველყოფს.

1980-იან წლებამდე მთელ მსოფლიოში საავადმყოფოები ფინანსდებოდნენ ინდივიდუალურად, ფაქტიური, წინასწარ განუსაზღვრელი ხარჯების მიხედვით, რაც კატასტროფულად ზრდიდა ჯანდაცვის ხარჯებს. პრობლემის გადაჭრის მიზნით, 1983 წელს რეიგანის ადმინისტრაციამ

შემოიღო იელის უნივერსიტეტის ჯანდაცვის ეკონომისტების მიერ შეთავაზებული დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფებით საავადმყოფოს დაფინანსების მეთოდი. იელის უნივერსიტეტში გაანალიზებულ იქნა რამდენიმე

შტატის 170 საავადმყოფოს 700 000 დაავადების ისტორია. დიაგნოზით მსგავსი დაავადებები (მაგალითად, სასუნთქი სისტემის დაავადებები, ან გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები) გაერთიანებულ იქნა ერთ ნოზოლოგიურ ჯგუფში. თითოეული ჯგუფისთვის განისაზღვრა აუცილებელი სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებების მოცულობა, თანმხლები დაავადებები, ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა და ღირებულება.

ფაქტიური ხარჯების საფუძველზე დადგინდა თითოეული ნოზოლოგიური ჯგუფის საშუალო ხარჯი. მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდი ფართოდ დაინერგა ევროპის სხვადასხვა ქვეყნებში. დღეისათვის DRG-ის დაფინანსების მოდელი ხარჯების შეკავების სათანადო მექანიზმს წარმოადგენს, რომელიც ბიუჯეტის უფრო ეფექტიანად მართვის საშუალებას იძლევა. **DIAGNOSIS RELATED GROUP (DRG)** არის სტაციონარული შემთხვევების ტიპების კლასიფიკაცია ჯგუფებად, რომლებიც დიაგნოზით მსგავსია და შესაბამისად მოსალოდნელია, რომ მსგავს რესურსებს იყენებდნენ. დაჯგუფებები ეფუძნება დიაგნოზებს. შესაძლებელია დაფუძნდეს პროცედურებზე, ასაკზე,

სქესზე, გართულებების ან თანმხლები დაავადებების არსებობაზე. 2022 წელს შემთხვევის საბაზისო ტარიფი (BASE RATE) განისაზღვრა **1959.89** ლარით (ინფლაციის კოეფიციენტის და კვების თანხის გათვალისწინებით). სტაციონარული შემთხვევები დაჯგუფდა 608 DRG ჯგუფად და 26 ძირითად დიაგნოსტიკურ კატეგორიად. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დღეს 5000-ზე მეტი კოდის, კოდის კომბინაციის დამუშავება და ადმინისტრირება ხორციელდება.

რომელ ჯგუფში მოხვდება პაციენტი, ადამიანზე არაა დამოკიდებული. კლინიკა აგზავნის მონაცემებს დიაგნოზის, თანმხლები დაავადების შესახებ და შემდეგ უკვე ხელოვნური ინტელექტი თავისი ალგორითმით იცვლის, რომელ DRG ჯგუფში „ჩავარდება“ ეს კონკრეტული შემთხვევა. მაგალითად, კლინიკამ თუ ჩაატარა ქოლესისტექტომია, ანუ დიაგნოზი არის ნაღვლის ბუშტის ანთება, ეს შემთხვევა ჩავარდება კონკრეტულ ჯგუფში, რომლის ღირებულება პირობითად შეიძლება იყოს 1500 ლარი. მაგრამ თუ თანმხლები დიაგნოზი ასევე არის დიაბეტი ან გულის უკმარისობა, ეს კომბინაცია ჩავარდება სხვა ჯგუფში და იქნება სხვა ფასი. ანუ, ქოლესისტექტომია ერთ შემთხვევაში შეიძლება 1000 ლარი ღირდეს, მეორე შემთხვევაში — 2500 ლარი, რადგან გართულებული შემთხვევა უფრო „ძვირიან ჯგუფში“ ხვდება. კლინიკაში DRG

ჯგუფის რა შემთხვევები დაგროვდება არ არის ცნობილი. შესაბამისად, კლინიკა წინასწარ ვერ განსაზღვრავს ბიუჯეტი მთლიანობაში შემცირდება თუ გაიზრდება. თუ სტატისტიკურად ერთი და იგივე ჩარევით უფრო მსუბუქი, დაბალფასიანი ჯგუფის შემთხვევები დაგროვდა თვის განმავლობაში, ბიუჯეტი იქნება უფრო ნაკლები. DRG მოდელზე გადასვლამ გამოიწვია ცვლილება პაციენტისთვისაც. დღემდე კლინიკას პაციენტისთვის შეეძლო მოეთხოვა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით განსაზღვრული თანაგადახდის გარდა, დამატებით თანხა VIP ოთახის, უკეთესი სერვისის თუ ექიმის ჰონორარის დაფინანსების სახით. დღეს კლინიკას ამის მოთხოვნის უფლება აღარ ექნება. პაციენტს შეუძლია აირჩიოს კონკრეტული კლინიკა ხარისხით, მდებარეობით, ექიმის მიხედვით - ფასი ყველგან ერთი და იგივე იქნება.

სხვადასხვა ჩატარებულმა კვლევებმა დაადასტურა, რომ მსგავსი დიაგნოზების ჯგუფებით დაფინანსების მეთოდის გამოყენებით მნიშვნელოვნად შემცირდა სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა. სამედიცინო დაწესებულება და პერსონალი ანაზღაურებას ღებულობს მხოლოდ დადგენილი სტანდარტის მიხედვით. შესაბამისად, მას არ აქვს პაციენტის სტაციონარში დაყოვნების გახანგრძლივების მოტივაცია. ზედმეტ დღეებზე არავინ გადაუხდის. დაყოვნების გახანგრძლივება მისთვის ეკონომიკურად წამგებიანია; გაიზარდა ქირურგიული დაავადებების შედარებით მსუბუქი ფორმების საავადმყოფოში მკურნალობის ნაცვლად ამბულატორიაში მკურნალობის შესაძლებლობა; რადგან დაფინანსება ხორციელდება ნოზოლოგიური სტანდარტების წინასწარ დადგენილი ფასების მიხედვით, ხარჯები პროგნოზირებადი გახდა; გამარტივდა საავადმყოფოს მიერ წარმოდგენილი მოთხოვნების დამუშავება (ანგარიშსწორების სიმარტივე); საავადმყოფოების ეფექტური საქმიანობისა დამკურნალობის ვადების შემცირების შედეგად, შემცირდა არაეფექტურად მოქმედი სტაციონარების შენახვის ხარჯები, რამაც, თავის მხრივ, ხელი შეუწყო სტაციონარული მომსახურების ხარისხის ამაღლებას.

DRG-ის დაფინანსების მოდელის შემოღების შემდგომ გაუქმდა აქამდე არსებული ჰონორარის გადახდის სისტემა და შემოღებულ იქნა სამედიცინო პერსონალის შრომის არანაკლებ მინიმალური საათობრივი ანაზღაურება. კანონმდებლობით გამკაცრდა დასაქმებულთა შრომის ანაზღაურების ზედამხედველობა, რომელიც ხორციელდება შრომის ინსპექციის მიერ საჭიროებისამებრ, ან/და შერჩევითი შემოწმების გზით (სპეციალური ელექტრონული პროგრამის გამოყენებით ან მის გარეშე), მაგრამ არანაკლებ წელიწადში ერთხელ თითოეული მიმწოდებლისთვის.

მინიმალური საათობრივი ანაზღაურების სტანდარტის დაკანონებით (გარდა გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებლისა) მიმწოდებელი პირი ვალდებული გახდა

გადაიხადოს სამედიცინო პერსონალის შრომის ანაზღაურება არანაკლებ მინიმალური საათობრივი ანაზღაურებისა და განსაზღვრული ანაზღაურების პირობები ასახოს დასაქმებულის შესაბამის შრომით ხელშეკრულებაში;

საათობრივი ანაზღაურება სამედიცინო პერსონალისათვის:

ექიმისთვის – არანაკლებ 7 ლარისა საათში;

ექთნისთვის – არანაკლებ 4.4 ლარისა საათში;

უმცროსი ექიმისთვის – არანაკლებ 5 ლარისა საათში;

ექთნის თანაშემწისთვის – არანაკლებ 3.5 ლარისა საათში;

ბეზიქალისთვის – არანაკლებ 4.4 ლარისა საათში;

სანიტრისთვის – არანაკლებ 3 ლარისა საათში;

რა მომსახურებას მოიცავს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა 2024 წლისათვის

მომსახურების სახე	პროგრამის ფარგლებში დაფარვის %						
	ასაკობრივი პაკეტი						
	0-6 წლამდე	მშმ ბავშვები	მკვეთრად მშმ პირები	სტუდენტები	საკენსიო ასაკი	მკვეთრად მშმ ვეტერანი	საკენსიო ასაკის ვეტერანი
ამბულატორიული მომსახურება							
გეგმური ამბულატორიული მომსახურება							
<u>გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღება</u> <u>შესაძლებელია პირადი ჯანდაცვის სამსახურით</u> <u>დაწესებულებაში, სადაც დაწესის პირდაპირი პატივები</u>							
✓ ოჯახის ან უბნის ექიმის და ექიმის მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება, საჭიროების შემთხვევაში, მათი მომსახურება ბინაზე	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
✓ COVID-19-ის დადასტურებული შემთხვევების ბინაზე მართვა	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
✓ უროვნული კალენდრით გათვალისწინებული პროფილაქტიკური აგრები	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
✓ ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმის დანიშნულებით ექიმ-სპეციალისტების მომსახურება:							
ენდოკრინოლოგი	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ოფთალმოლოგი	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
კარდიოლოგი	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ნეკროლოგი	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ოტორინოლარინგოლოგი	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
გინეკოლოგი	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
უროლოგი	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ქირურგი	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
✓ ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმის დანიშნულებით ინსტრუმენტული გამოკვლევები:							
ელექტროკარდიოგრაფია	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
საქმლის მომწოდებელი სისტემის, შარდსაქვეს სისტემისა და მცირე მეზგის დრუს ორგანოების ექოსკოპია (სისტემების მიხედვით, ტრანსაბდომინურად)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ვულმკრდის რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია და ძვლების რენტგენოგრაფია	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
კომპიუტერული ტომოგრაფია	80%	80%	80%	80%	90%	100%	100%
✓ ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმის დანიშნულებით კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები:							
სისხლის საერთო ანალიზი	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
შარდის საერთო ანალიზი	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში,	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ჰრეატინინი	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ჰემოგლობინი	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ქოლესტერინი სისხლში	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
მრატმი ლიპიდების განსაზღვრა	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
პროთრომბინის დრო (INR)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ფერძლის ფუნქციური სინჯები: ALT, AST	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური სინჯი TSH	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
✓ მუხლდელი შესაძლებლობის მქონე პირთა (მშმ) სოციალური ექსპერტიზისათვის, კერძოდ, მშმ-ის სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები, გარდა მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევებისა	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
✓ COVID-19-ის შემთხვევის სტანდარტული განმარტებით მოცულ პირებში COVID-19-ის დასადგენად ტესტირების ჩატარება ანტიგენის განმსაზღვრელი სწრაფი/მარტვი მეთოდით	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
✓ სამედიცინო საჭიროებიდან გამომდინარე, სამედიცინო ცნობებისა და რეცეპტების გაგება (გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული, ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შეძენის ნებათაშვის მისაღებად წარსადგენი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობებისა)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
გადაუღებელი ამბულატორიული მომსახურება							
✓ გადაუღებელი მდგომარეობების ამბულატორიული მართვა	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
✓ გადაუღებელი იმუნოზაცია	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
სტაციონარული მომსახურება							
გადაუღებელი მომსახურება							
კრიტიკული მდგომარეობები (II-III ლინის ინტენსიური მკურნალობა/მოვლა)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
სტაციონარში ზანგრძლივი დაყოვნება/ქრონიკული მოვლა	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
კომპლექსოლოგია	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
სხვა გადაუღებელი მდგომარეობების მართვა	80% (თანაგადახდა 20% არაუმეტეს 1000 ლარისა)	80% (თანაგადახდა 20% არაუმეტეს 1000 ლარისა)	80% (თანაგადახდა 20% არაუმეტეს 1000 ლარისა)	80% (თანაგადახდა 20% არაუმეტეს 1000 ლარისა)	90% (თანაგადახდა 10% არაუმეტეს 500 ლარისა)	100%	100%
გეგმური მომსახურება							
გეგმური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, ღდის სტაციონარი) - წლიური ლიმიტი 15000 ლარი მ.შ. გეგმურ ქირურგიულ ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებული წინასაოპერაციო, ოპერაციის მსვლდობისა განმორცილებული და პოსტოპერაციული პერიოდის ყველა ტიპის ლაბორატორიული, ინსტრუმენტული გამოკვლევები	80% (თანაგადახდა 20% არაუმეტეს 1000 ლარისა)	80% (თანაგადახდა 20% არაუმეტეს 1000 ლარისა)	80% (თანაგადახდა 20% არაუმეტეს 1000 ლარისა)	80% (თანაგადახდა 20% არაუმეტეს 1000 ლარისა)	90% (თანაგადახდა 10% არაუმეტეს 500 ლარისა)	100%	100%
ონკოქირურგია	100%	80% (თანაგადახდა 20% არაუმეტეს 1000 ლარისა)	80% (თანაგადახდა 20% არაუმეტეს 1000 ლარისა)	80% (თანაგადახდა 20% არაუმეტეს 1000 ლარისა)	90% (თანაგადახდა 10% არაუმეტეს 500 ლარისა)	100%	100%
ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობა (მათ შორის, ღდის სტაციონარი) - კერძოდ, ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია და სხივური თერაპია, ასევე საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შომოს, ჯანმრთელობისა და სოციალური დავის მინისტრის შესაბამისი ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით განსაზღვრული წესის შესაბამისად, საქართველოში რეგისტრირებული სიმსივნის საწინააღმდეგო მედიკამენტებით (მონოკლონური ანტისხეულები, პროტეინკინაზის ინჰიბიტორები, ბისფოსფონატები) მკურნალობა და ზემოაღნიშნულ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევები და მედიკამენტები. ამასთან, მომსახურება (გამოკვლევები, პროცედურები, სხივური თერაპია) ანაზღაურდება წლიური 25 000 ლარის ლიმიტის ფარგლებში, ხოლო ქიმიო, ჰორმონო და სიმსივნის საწინააღმდეგო მედიკამენტები ანაზღაურდება სრულად.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
მშობიარობა/საკეისრო კვეთა							
გულის თანდაყოლილი მანკები	100%	80%	80%	80%	90%	100%	100%
ქვევითი გამოწვევების და/ან კომუნიკაციის სირთულის მქონე პირების სტომატოლოგიური მომსახურება ზოგადი ანესთეზიით	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლის, თავისა და ზურგის ჰაინის ტრავმატოლოგიის, მოთხილავი და ანთროპოლოგიის		80%	80%		90%	100%	100%

აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ მოსახლეობის უკიდურესად ღარიბ ჯგუფებში, განსაკუთრებით, როდესაც საქმე მედიკამენტებს ეხება, ფინანსური დაცულობა კი არ გაიზარდა, არამედ შემცირდა - ეს ადამიანები კიდევ უფრო მოწყვლადები გახდნენ. ამის მიზეზი კი ის არის, რომ საყოველთაო ჯანდაცვა ერთნაირ პირობებს აწესებს ყველა მოქალაქისათვის, მიუხედავად იმისა, ადამიანის შემოსავალი 100 ლარია, თუ 1000. ისინი იდენტური პირობებით მონაწილეობენ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, რაც იმას ნიშნავს, რომ როდესაც საქმე ჯიბიდან გადახდაზე მიდგება, ღარიბი ადამიანი უფრო მოწყვლადი ხდება; ჯანდაცვაზე ხარჯების ზრდის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფაქტორი საქართველოში არის მედიკამენტებზე ძალიან მაღალი ფასები და განუკითხაობა ფარმაცევტულ ბაზარზე მსხვილი ფარმაცევტული კომპანიების მხრიდან. დადასტურდა ფაქტები, რომ ფარმაცევტული კომპანიები მედიკამენტებს, იმპორტის ფასთან შედარებით, 1 000-დან 3 000 პროცენტამდე ფასნამატიტ ყიდდნენ. ყოველივე ამან განაპირობა ის, რომ 2023 წლის თებერვლიდან წამლების ნაწილზე რეფერენტული ფასებია დაწესებული სახელმწიფოს მხრიდან, ანუ მედიკამენტებს დადგენილ ფასებზე უფრო ძვირად ვეღარ ჰყიდიან. ლიმიტირებული ფასების მქონე მედიკამენტების ჩამონათვალი პერმანენტულად ფართოვდება. სია 10 000-ზე მეტ წამალს მოიცავს. უახლოეს პერიოდში კი მთელი ფარმაცევტული ქსელის მოცვა იგეგმება.

მოქალაქეების ჯანდაცვაზე ფინანსურად ხელმისაწვდომობის გაზრდას ხელი შეუწყო საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მედიკამენტებით უზრუნველყოფის კომპონენტის დამატებამ; მედიკამენტებით უზრუნველყოფის კომპონენტით სარგებლობა შეუძლიათ ქვემოთ ჩამოთვლილ მოსარგებლეებს: ა) სოციალურად დაუცველი პირები, (რომელთა სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 100 000 (ასი ათასი) ერთეულს); ბ) საპენსიო ასაკის მოსახლეობა (ქალი – 60 წლიდან, მამაკაცი – 65 წლიდან); გ) შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე პირი (შშმ ბავშვები, მკვეთრად ან მნიშვნელოვნად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე პირები); დ) ვეტერანი; ე) პარკინსონით დაავადებული საქართველოს მოქალაქეები; ვ) ეპილეფსიით დაავადებული საქართველოს მოქალაქეები; ზ) 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვები და 0-დან 5 წლამდე ასაკის შშმ ბავშვები; (ანტიბაქტერიული სამკურნალო საშუალებებით უზრუნველყოფა); თ) გორის, ხაშურის, კასპის, ქარელის, დუშეთის, ონის, საჩხერის, ზუგდიდის, მესტიის, წალენჯიხის მუნიციპალიტეტებში საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიებთან, გამყოფი ხაზის მიმდებარე სოფლებში მცხოვრები მოსახლეობა.

მედიკამენტებით უზრუნველყოფის კომპონენტის ანაზღაურება, სახელმწიფოს მხრიდან ხორციელდება შემდეგი პირობებით: ა) სოციალურად დაუცველი პირები, (რომელთა სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 100 000 (ასი ათასი) ერთეულს), საპენსიო ასაკის მოსახლეობა (ქალი - 60 წლიდან, მამაკაცი - 65 წლიდან), ვეტერანი და შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე ბავშვები, აგრეთვე მკვეთრად დანართი 2 ან მნიშვნელოვნად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე პირები; გორის, ხაშურის, კასპის, ქარელის, დუშეთის, ონის, საჩხერის, ზუგდიდის, მესტიის, წალენჯიხის მუნიციპალიტეტებში საქართველოს ოკუპირებულ ტერიტორიებთან გამყოფი ხაზის მიმდებარე სოფლებში მცხოვრები მოსახლეობა მედიკამენტების შეძენისას ისარგებლებენ წლიური ლიმიტის ფარგლებში მედიკამენტის ღირებულების 100 % -ის დაფინანსებით; ბ) ეპილეფსიით და პარკინსონით დაავადებული საქართველოს მოქალაქეები მედიკამენტების შეძენისას ისარგებლებენ წლიური ლიმიტის ფარგლებში, მედიკამენტის ღირებულების 75%-იანი თანაგადახდით; გ) 0-5 წლამდე ბავშვები - წლიური ლიმიტი - 50 ლარის ფარგლებში 50 %-იანი თანაგადახდით; დ) 0-5 წლამდე შშმ ბავშვები - წლიური ლიმიტი - 100 ლარის ფარგლებში 50 % -იანი თანაგადახდით.

საქართველოს მთავრობის მიერ მუშავდება ისეთი მნიშვნელოვანი გეგმებიც, როგორიცაა: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მდგრადი განვითარება, პრევენციული მედიცინის და პირველადი ჯანდაცვის გაძლიერება, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება, სტრატეგიული შესყიდვებისა და სელექტიური კონტრაქტების განვითარება. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით სამედიცინო დაწესებულებებს, რომლებიც ჩართული არიან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მოსახლეობისათვის მიწოდების პროცესში, დაეკისრათ სერთაშორისო აკრედიტაციის გავლის ვალდებულება, რაც ხელს შეუწყობს სამედიცინო დაწესებულებების მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის განახლება-გაძლიერებას, სამედიცინო სერვისების მოცულობისა და ხარისხის გაუმჯობესებას. 2025 წლის 1 იანვრიდან, პროგრამის ფარგლებში განსაზღვრული მომსახურების მიმწოდებელია დაწესებულება, რომელიც აკრედიტებულია „სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებების საერთაშორისო აკრედიტაციის პირობების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის შესაბამისი ბრძანების პირობების გათვალისწინებით (საქართველოს მთავრობის 2022 წლის 27 დეკემბრის დადგენილება №598 – ვებგვერდი, 28.12.2022წ).

საქართველოს მთავრობის 2018, 2020, 2022, 2023 წლების დადგენილებებით პროგრამა ითვალისწინებს:

ა) ინფექციური დაავადებების (მათ შორის, სეფსისი, პარაზიტოლოგია) სტაციონარულ მკურნალობას;

ბ) ინფექციური დაავადებებით განპირობებულ კრიტიკულ მდგომარეობებს/ინტენსიურ თერაპიას;

მომსახურება ითვალისწინებს ასანაზღაურებელი თანხის 30%-ის, მაგრამ არაუმეტეს 1500 ლარის თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან. ამასთან: თანაგადახდას არ ითვალისწინებს შემდეგი მოსარგებლეებისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურება: ოჯახები, რომლებიც რეგისტრირებული არიან „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“, მათთვის მინიჭებული სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 70 000-ს; 2008 წლის 6 აგვისტოდან საქართველოზე რუსეთის ფედერაციის შეიარაღებული თავდასხმის შედეგად საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან იძულებით გადაადგილებულ პირთა – დევნილთა ოჯახები, რომლებიც განსახლებულ იქნენ სახელმწიფოს ან სხვა იურიდიული პირების მიერ შესყიდულ, რეაბილიტირებულ ან ახლად აშენებულ საცხოვრებელ ადგილებში; საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით განსაზღვრული სააღმზრდელო საქმიანობის განმახორციელებელი დაწესებულებების, დედათა და ბავშვთა თავშესაფრებისა და სათემო

ორგანიზაციების ბენეფიციარები; ზრუნვის სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულებში (ფილიალებში): ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში, ხანდაზმულთა და შშმ პირთა პანსიონატებში მცხოვრები ბენეფიციარები; დასაქმებული უფროსი აღმზრდელები და აღმზრდელები; რეინტეგრაციაში ან მინდობით აღზრდაში მყოფი ბავშვები, რომელთა გამოც ოჯახები იღებენ რეინტეგრაციის შემწეობას ან შვილობილად აყვანის (მინდობით აღზრდის) ანაზღაურებას; სახალხო არტისტები, სახალხო მხატვრები და რუსთაველის პრემიის ლაურეატები; აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის ოკუპირებული ტერიტორიის მიმდებარედ მცხოვრები ოჯახები შესაბამისი მუნიციპალური ორგანოს მიერ მიწოდებული სიის შესაბამისად; ასევე განსაზღვრული მოსარგებლეები ნეონატალურ ასაკში და ამ ასაკში დაწყებული შემთხვევები; ასაკით პენსიონერი ვეტერანისა და მკვეთრად გამოხატული შშმ ვეტერანისთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურება; თანაგადახდა შეადგენს 20%-ს, მაგრამ არაუმეტეს 1000 ლარისა: 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის საქართველოს მოქალაქეობის დამადასტურებელი დოკუმენტის, პირადობის ნეიტრალური მოწმობის, ნეიტრალური

სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირები ან აფხაზეთის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიებსა და ცხინვალის რეგიონში (ყოფილი სამხრეთოსეთის ავტონომიური ოლქის ტერიტორიებზე) ლეგიტიმურად მცხოვრები ფიზიკური პირები, რომლებიც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით არიან რეგისტრირებულნი და რომლებსაც მინიჭებული აქვთ პირადი ნომერი, სტუდენტი, შშმ ბავშვი საქართველოს მოქალაქე, მკვეთრად გამოხატული შშმპ საქართველოს მოქალაქე: საპენსიო ასაკის პირებისთვის (ქალები – 60 წლიდან, მამაკაცები – 65 წლიდან) მოსარგებლის მხრიდან თანაგადახდა შეადგენს 10%-ს, მაგრამ არაუმეტეს 500ლარისა; განსაზღვრული კრიტიკული მდგომარეობები (II-III დონის ინტენსიური მკურნალობა/მოვლა) მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან და ფინანსდება განსაზღვრული ლიმიტების შესაბამისად;

საქართველოს მთავრობის 2022 წლის დადგენილებით პროგრამას დაემატა სტომატოლოგიური მომსახურება ზოგადი ანესთეზიით; გათვალისწინებული მომსახურება ჯგუფდება კატეგორიებად და

ფინანსდება ფაქტობრივი ხარჯის მიხედვით, მაგრამ არაუმეტეს ნოზოლოგიური ჯგუფისათვის განსაზღვრული ტარიფისა;

საქართველოს 2023 წლის დადგენილებით პროგრამას დაემატა შესაბამისი საჭიროების მქონე ბენეფიციართა კოხლეარული იმპლანტით უზრუნველყოფა;

საქართველოს 2023 წლის დადგენილებით პროგრამას დაემატა გულის თანდაყოლილი მანკების მკურნალობა; პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება ჯგუფდება კატეგორიებად და ფინანსდება ფაქტობრივი ხარჯის მიხედვით, მაგრამ არაუმეტეს ოპერაციული ჩარევებისათვის განსაზღვრული ღირებულებისა;

საქართველოს 2023 წლის დადგენილებებით პროგრამით გათვალისწინებულ კარდიოქირურგია/ინტერვენციული კარდიოლოგია/რითმოლოგიის მომსახურებას დაემატა დეფიბრილატორების შესყიდვა:

ა) ერთკამერიანი/ორკამერიანი კარდიოვერტერ-დეფიბრილატორისა და რესინქრონიზატორ-დეფიბრილატორის შესყიდვა სსიპ – ჯანმრთელობის ეროვნული სააგენტოს მიერ განხორციელდება

„სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ“ საქართველოს კანონის მოთხოვნათა შესაბამისად;

ბ) ამ პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტის შესაბამისად შესყიდული საქონელი გადაეცემა განმახორციელებელს,

რომელიც ამ საქონელს მიმწოდებელს უსასყიდლოდ გადასცემს. შესყიდული საქონელი არ

ითვალისწინებს თანაგადახდას პაციენტის მხრიდან;

გ) ამ პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული საქონლის ნუსხა, სამედიცინო დაწესებულებებისთვის

გადაცემისა და განაწილების წესი მტკიცდება, კომპეტენციების შესაბამისად, სსიპ – ჯანმრთელობის

ეროვნული სააგენტოს მიერ შესაბამისი ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტებით, სამინისტროსთან შეთანხმებით;

დ) ამ პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული საქონლისა და მომსახურების (მათ შორის, ლოგისტიკის) 2023 წლის ბიუჯეტი შეადგენდა 5,067.4 ათას ლარს.

საქართველოს მთავრობის 2022, 2023, 2024 წლების დადგენილებებით პროგრამა ითვალისწინებს თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლის, თავისა და ზურგის ტვინის ტრავმული დაზიანების შედეგად განვითარებული მდგომარეობის რეაბილიტაციას 70%, 80%, 90% და 100% დაფინანსებით სახელმწიფოს მხრიდან;

საქართველოს მთავრობის 2023 წლის დადგენილებით პროგრამას დაემატა ბავშვთა ონკოპედატოლოგიური მომსახურება. გათვალისწინებული მომსახურება ფინანსდება სრულად და არ ითვალისწინებს თანაგადახდას ბენეფიციარის მხრიდან. გათვალისწინებული მომსახურების ანაზღაურება ხორციელდება ფაქტობრივი ხარჯის მიხედვით, მაგრამ არაუმეტეს მინისტრის ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით დამტკიცებული ტარიფისა;

პროგრამის ფარგლებში ანაზღაურდება ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობა (მათ შორის, დღის სტაციონარი) - კერძოდ, ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია და სხივური თერაპია, ასევე საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის შესაბამისი ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით განსაზღვრული ნუსხის შესაბამისად, საქართველოში რეგისტრირებული სიმსივნის საწინააღმდეგო მედიკამენტებით (მონოკლონური ანტისხეულები, პროტეინკინაზის ინჰიბიტორები, ბისფოსფონატები) მკურნალობა და ზემოაღნიშნულ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევები და მედიკამენტები. მომსახურება (გამოკვლევები, პროცედურები, სხივური თერაპია).

მოქალაქეები, რომელთა შემოსავალი წელიწადში 40 000 ლარს აღემატება, მიუხედავად კერძო სადაზღვევო პაკეტით სარგებლობისა (ასეთი არსებობის შემთხვევაში), საყოველთაო ჯანდაცვის

პროგრამით უფინანსდებათ ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობა(ქიმიო,ჰორმონო და სხივური თერაპია), ონკო-ქირურგია, მშობიარობა/საკეისრო კვეთა.

ჯანმრთელობის საყოველთაო დაზღვევის ძლიერი მხარეები:

- საყოველთაო ჯანდაცვის ამოქმედებამ გაზარდა სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ხელმისაწვდომობა.
- საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამამ ბენეფიციართა ფართო სპექტრი მოიცვა;
- პროგრამა მიმართულია იმ ადამიანების მხარდაჭერაზე, რომლებიც ვერ ახერხებენ კერძო სექტორში მომსახურების მიღებას.
- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის სერვისების მოცულობა განისაზღვრება ინდივიდუალური მონაცემების და არა ოჯახის შემოსავლის მიხედვით.
- პროგრამა იცავს მოსახლეობას ორდინალური ხარჯებისგან.
- პროგრამა უზრუნველყოფს მოსახლეობას საჭირო სამედიცინო მომსახურებით, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისთვის.
- პროგრამაში დეტალურად არის გაწერილი გადაუდებელი ამბულატორიული, გადაუდებელი და გეგმური სტაციონარული მომსახურების პირობები, რაც ბენეფიციარს კონკრეტულ ინფორმაციას აწვდის იმასთან დაკავშირებით თუ რა დაავადებებს ფარავს მისი დაზღვევა, კერძოდ, მოცემულია ასობით დაავადებათა ჯგუფი და მდგომარეობა, რაც დღემდე არცერთი სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამის ფარგლებში არ გაკეთებულა.
- ბენეფიციარებს ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად საჭირო რეგისტრაციისათვის აქვთ თავისუფალი არჩევანის გაკეთების შესაძლებლობა პროგრამაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებებს შორის იმ პირობით, რომ მოსარგებლეს სამედიცინო დაწესებულების შეცვლა შეუძლია ყოველ ორ თვეში ერთხელ.
- საყოველთაო პროგრამა ხელს უწყობს ჯანმრთელობის პრევენციულ ღონისძიებებსა და მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლებას, რაც დღემდე არცერთი სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამის ფარგლებში არ დაფინანსებულა.
- ბოლო წლებში პროგრამა ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას და ხელმისაწვდომობის ზრდას.

ჯანმრთელობის საყოველთაო დაზღვევის სუსტი მხარეები:

- პროგრამაში ჩართული ბენეფიციარების დიფერენცირების შემდგომ პროგრამის მიღმა დარჩენილი ადამიანები; მათი რაოდენობა 32 ათასია. ამ მოქალაქეებს ონკოლოგიური დაავადებების სახელმწიფო დაფინანსების მოპოვების შესაძლებლობაც ეზღუდებოდათ 2024 წლამდე;
- პროგრამაში ჩართული ბენეფიციარების დიფერენცირების შემდგომ ბენეფიციართა დიდი, მათ შორის ყველაზე მოწვლადი ნაწილი სარგებლობს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეზღუდული ან მცირედ შეაღწეული სერვისებით;
- 2017 წლის 9 თებერვალს მიიღებული დადგენილება, რომლითაც გაიმიჯნა საყოველთაო ჯანდაცვისა და კერძო დაზღვევის პაკეტი. ამის შემდეგ, დაახლოებით 150 ათასი ადამიანი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიღმა დარჩა.
- სახელმწიფოს მხრიდან ამა თუ იმ სამედიცინო მომსახურებაზე თანხების ანაზღაურება ხორციელდება არა კონკრეტული სამედიცინო დაწესებულებიდან წარმოდგენილი ფასების შესაბამისად, არამედ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით დადგენილი სატარიფო არეალის ან დაფინანსების DRG სისტემის მიხედვით, რაც უმეტეს შემთხვევაში ნაკლებია სამედიცინო დაწესებულებიდან წარმოდგენილ ფასზე.
- გახშირდა სამედიცინო დაწესებულებების მიერ შემთხვევების ხელოვნურად დამძიმების ფაქტები;
- ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის ტენდენცია; პროგრამისთვის გამოყოფილი თანხის არაეფექტური ხარჯვა.
- ერთი გადამხდელით დაფინანსების არაკონკურენტული სისტემა
- გართულებული თანხების მიზნობრივად ხარჯვის გაკონტროლება. შემთხვევების გაურგენტულების პრევენციის მიზნით მთავრობის წარმომადგენელთა მიერ გაჟღერდა ინიციატივა ურგენტული შემთხვევების მაღალი დონის ცენტრებში (თბილისში 6-7 ასეთი ცენტრის არსებობაა დაგეგმილი) კონცენტრირების თაობაზე. მათი აზრით მსგავსი შეზღუდვა (მხოლოდ დიდ ქალაქებში) იძლევა კონტროლის გაძლიერების საშუალებას.
- **ფინანსური შეზღუდვები:** პროგრამა შეიძლება შეზღუდული იყოს ფინანსური რესურსების მხრივ, რაც გამოიწვევს რიგი სერვისების ხელმისაწვდომობის შემცირებას.
- **ხარისხის პრობლემები:** ზოგიერთ შემთხვევაში სამედიცინო სერვისების ხარისხი შეიძლება არ იყოს საკმარისი, რაც მოსახლეობის უკმაყოფილებას იწვევს.

- **დაბალი ინფორმირებულობა:** ბევრ ადამიანს არ აქვს სრული ინფორმაცია პროგრამის შესაძლო სარგებლობის შესახებ, რაც მის ეფექტიანობას ამცირებს.
- **ზოგადი ადმინისტრაციის პრობლემები:** პროგრამის განხორციელებაში არსებობს რეგულაციების და ადმინისტრაციული პროცესების გაუმჯობესების საჭიროება.
ეს ფაქტორები მრავალმხრივ გავლენას ახდენენ საქართველოში საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაზე და მის განვითარებაზე.

4.5 სამედიცინო დაზღვევის რეგულირება და კანონმდებლობა საქართველოში

სამედიცინო დაზღვევის რეგულირება საქართველოში ხორციელდება შემდეგი კანონებისა და მუხლების საშუალებით:

საქართველოს კონსტიტუცია მუხლი 37:

1. ყველას აქვს უფლება ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაზღვევით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების საშუალებით. კანონით დადგენილი წესით განსაზღვრულ პირობებში უზრუნველყოფილია უფასო სამედიცინო დახმარება.
2. სახელმწიფო აკონტროლებს ჯანმრთელობის დაცვის ყველა დაწესებულებას, სამკურნალო საშუალებათა წარმოებას და ამ საშუალებებით ვაჭრობას.
3. ყველას აქვს უფლება ცხოვრობდეს ჯანმრთელობისათვის უვნებელ გარემოში, სარგებლობდეს ბუნებრივი და კულტურული გარემოთი. ყველა ვალდებულია გაუფრთხილდეს ბუნებრივ და კულტურულ გარემოს.
4. სახელმწიფო ახლანდელი და მომავალი თაობების ინტერესების გათვალისწინებით უზრუნველყოფს გარემოს დაცვას და ბუნებრივი რესურსებით რაციონალურ სარგებლობას, ქვეყნის მდგრად განვითარებას საზოგადოების ეკონომიკური და ეკოლოგიური ინტერესების შესაბამისად ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველსაყოფად.
5. ყველას აქვს უფლება, დროულად მიიღოს სრული და ობიექტური ინფორმაცია გარემოს მდგომარეობის შესახებ.

1997 წლის 10 დეკემბერს ძალაში შევიდა კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, რომელიც არეგულირებს ურთიერთობებს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო ხელისუფლების ორგანოებს, ფიზიკურ და იურიდიულ პირებს შორის. აღნიშნულ კანონში დაფინანსების საკითხები განხილულია მე-2 თავში, კერძოდ :

მუხლი 4.

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპებია:

მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობა სახელმწიფოს ნაკისრი სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების გათვალისწინებული ვალდებულების ფარგლებში.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის შესაბამისობა ქვეყნის ეკონომიკური განვითარების სტრატეგიასთან და მისი მართვადობის უზრუნველყოფა.

მოსახლეობის სრული ინფორმირება სამედიცინო დახმარების ყველა არსებულ ფორმასა და მიღების შესაძლებლობის შესახებ.

სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობასა და ხარისხზე.

სამედიცინო მომსახურების სფეროში საკუთრებისა და ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმების მრავალფეროვნება და თანაბარუფლებიანობის არსებობა.

სახელმწიფოს მიერ პროგრამული და მიზნობრივ-პროგრამული წესით ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ კანონში განსაზღვრულია ჯანდაცვის სისტემაში საქმიანობის ფორმები და პასუხისმგებლობები. კერძოდ კანონი განსაზღვრავს მოქალაქეთა უფლებებს. ამ კანონის ძალით:

მუხლი 5.

საქართველოს მოქალაქეებს უფლება აქვთ ისარგებლონ დადგენილი წესით დამტკიცებული ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო

დახმარებით, რასაც განახორციელებს სათანადო სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტი, განურჩევლად საკუთრებისა და ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმისა.

მუხლი 14.

პაციენტს აქვს უფლება აირჩიოს ან შცვალს სამედიცინო პერსონალი ან და სამედიცინო დაწესებულება სადაზღვევო ხელშეკრულების პირობების გათვალისწინებით. ხელშეკრულება უნდა იძლეოდეს არჩევანის შესაძლებლობას.

ამ კანონმდებლობის მე-3 თავით რეგულირდება ასევე ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვა, ორგანიზაცია და დაფინანსება. კერძოდ:

მუხლი 16.

სამედიცინო პროგრამების შემუშავება და განხორციელება.

მუხლი 19.

მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევა წესრიგდება საქართველოს კანონით „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“.

მუხლი 21.

სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტს, რომელიც დადგენილი წესით მონაწილეობს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში, შესრულებული სამუშაო ანაზღაურდება სახელმწიფოს მიერ დამტკიცებული ტარიფების წესის შესაბამისად. სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სამუშაოების მოცულობა უნდა შეესაბამებოდეს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული სამედიცინო დახმარების სტანდარტების მოთხოვნებს.

1997 წლის 2 მაისს ამოქმედდა საქართველოს კანონი „დაზღვევის შესახებ“- ეს კანონი აწესრიგებს ურთიერთობებს დაზღვევის სფეროში სადაზღვევო ორგანიზაციებსა და იურიდიულ და ფიზიკურ პირებს შორის, აგრეთვე თვით სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის, ადგენს სადაზღვევო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების ძირითად პრინციპებს.

1997 წლის 18 აპრილს ძალაში შევიდა საქართველოს კანონი „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“, რომელიც განსაზღვრავს საქართველოში მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის სამართლებრივ,

ეკონომიკურ და ორგანიზაციულ საფუძვლებს, მიმართულია საბაზრო ეკონომიკის პირობებში მისი ჯანმრთელობის დასაცავად სახელმწიფოს დასაცავად სახელმწიფოს დამქირავებლის პასუხისმგებლობისა და დაინტერესების გაზრდისკენ, უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული საქართველოს მოქალაქეთა კონსტიტუციური უფლების განხორციელებას.

თავი 5. კვლევის შედეგები.

5.1. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლეთა კმაყოფილების კვლევა, ამავე პროგრამის ფარგლებში მიღებული გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებით თბილისში და რეგიონებში

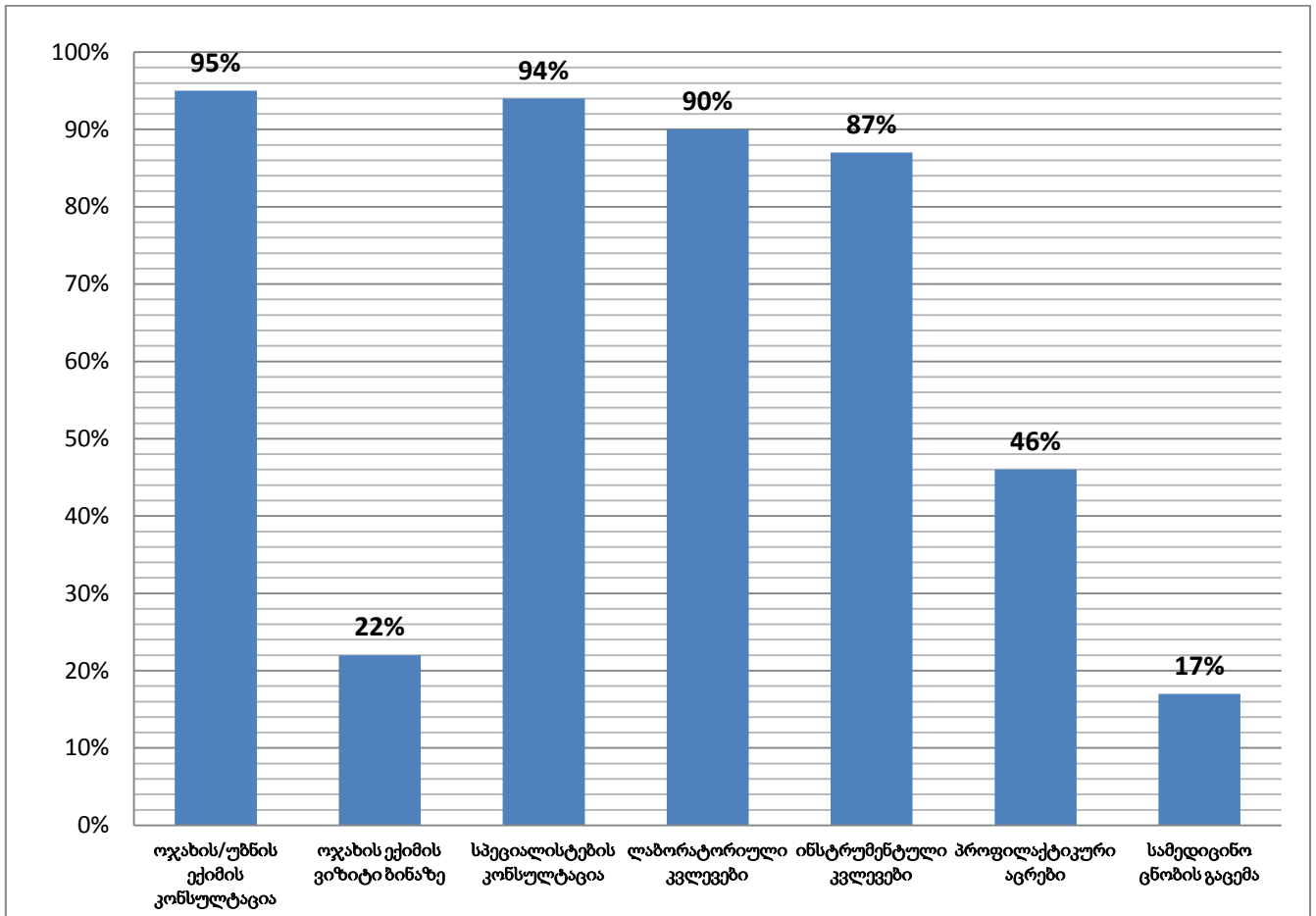
კვლევის შედეგად გამოკითხვის აღწერულობითი მახასიათებლები მოყვანილია ცხრილში 19.

ცხრილი 19. კვლევის მახასიათებლები.

სრულად შეესებულებული კითხვარი	1250 (66.5%)
არასრულად შეესებულებული კითხვარი	100 (5.3%)
უარი კვლევაში მონაწილეობაზე	150 (7.9%)
არ არის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარი	250 (13.3%)
არ უსარგებლია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში	130 (6.9%)
სულ	1880 (100.0%)

რესპოდენტთა უმრავლესობა მდედრობითი სქესის (83%), 61 წელს ზემოთ (38%), ქალაქში მაცხოვრებელი (93%), დაოჯახებული (60%), პენსიონერი (44%), უმაღლესი განათლებით (66%) , უნარშეზღუდვის გარეშეა(100%). რესპოდენტებს ვთხოვეთ დაესახელებინათ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებები (ინფორმირებულობის დონის გასარკვევად). პასუხების გადანაწილება მოყვანილია დიაგრამაზე 4.

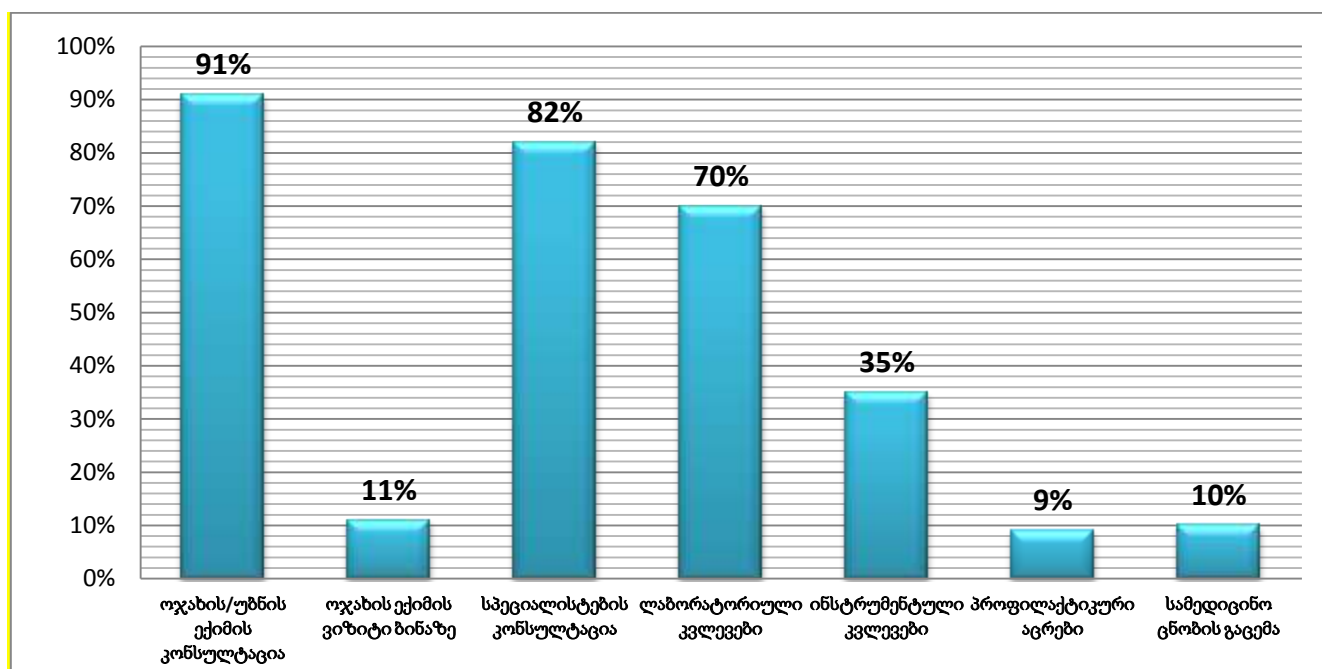
დიაგრამა 4. ინფორმირებულობის დონე საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებების შესახებ.



გამოკითხულთა უმრავლესობამ იცის, რომ გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების ფარგლებში ეკუთვნით ოჯახის/უბნის ექიმის კონსულტაცია (95%), სპეციალისტების კონსულტაცია (94%), ლაბორატორიული (90%) და ინსტრუმენტული (87%) კვლევები. ყველაზე დაბალი პროცენტული წილები აქვს სამედიცინო ცნობის გაცემას - 17%, ოჯახის ექიმის ვიზიტი ბინაზე - 22% და პროფილაქტიკური აცრები - 46%.

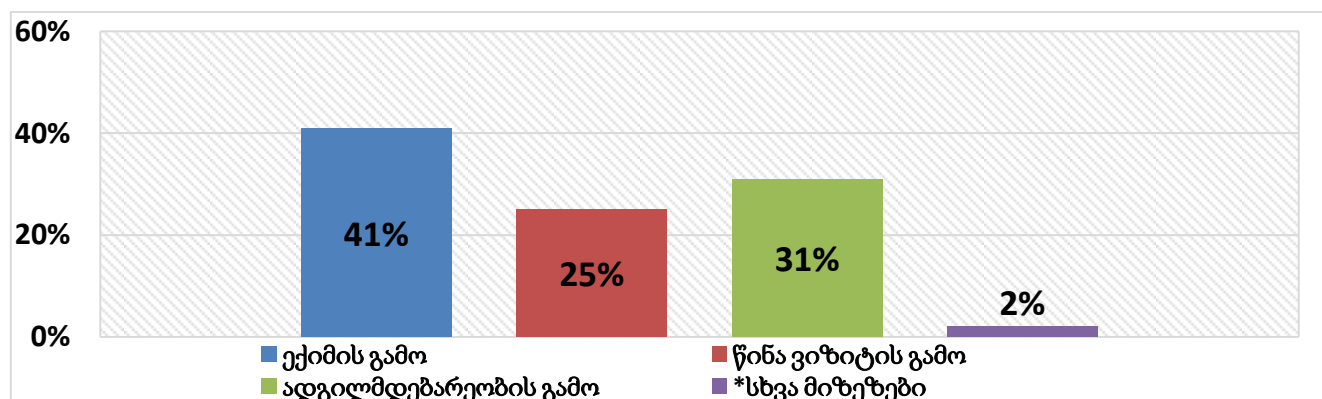
კითხვაზე რომელი ტიპის გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებით გისარგებლიათ ყველაზე ხშირად რესპოდენტთა უმრავლესობამ აღნიშნა: ოჯახის ექიმის კონსულტაცია, სპეციალისტების კონსულტაცია, კლინიკურ - ლაბორატორიული გამოკვლევები, ყველაზე დაბალი პროცენტული წილი კი აქვს პროფილაქტიკურ აცრებს და სამედიცინო ცნობის გაცემას (დიაგრამა 5).

დიაგრამა 5. გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებებით სარგებლობის დონე.



კითხვაზე, თუ რის საფუძველზე აირჩიეს ბენეფიციარებმა კონკრეტული ამბულატორია, სადაც მომსახურება მიიღეს, აღმოჩნდაა რომ ყველაზე მაღალ პროცენტულ წილში (41%) ამბულატორიის არჩევა მოხდა ექიმის გამო (დიაგრამა 6).

დიაგრამა 6. ამბულატორიის არჩევის მიზეზი.



*სხვა მიზეზებად გამოკითხულთა უმრავლესობამ, მესამე პირის რჩევა დაასახელა.

კითხვაზე იყავით თუ არა ჩართული გადაწყვეტილების მიღების პროცესში სამედიცინო ჩარევების/მკურნალობის ტაქტიკის შემუშავების დროს, რესპოდენტთა უმრავლესობამ აღნიშნა რომ იყო ჩართული (89%). რესპოდენტებს ვთხოვეთ 5 ბალიანი შკალის მიხედვით, სადაც სადაც 1

-ნიშნავს ძალიან უკმაყოფილო, ხოლო 5 - ძალიან კმაყოფილი, შეევსოთ შემდეგი კითხვარი (ცხრილი 20).

ცხრილი 20. რესპოდენტთა კმაყოფილება გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების სხვადასხვა კომპონენტით

	1 ძალიან უკმაყოფილო	2 უკმაყოფილო	3 ნეიტრალური	4 კმაყოფილი	5 ძალიან კმაყოფილი
დაწესებულების ზოგადი ინფრასტრუქტურა	2%	2%	17%	46%	34%
არსებული სამედიცინო აღჭურვილობა	1%	2 %	16%	49%	32%
ოჯახის/უბნის ექიმის კვალიფიკაცია , პროფესიული დონე	0 %	3%	14%	49%	34%
ოჯახის/უბნის ექიმის დამოკიდებულება პაციენტისადმი და მასზე დახარჯული დრო	0%	2%	13%	42%	44%
ლოდინის პერიოდი საჭირო მომსახურების მიღებამდე	6%	18%	37%	26%	12%
ექიმ-სპეციალისტების ხელმისაწვდომობა	0%	6%	10%	54%	30%
ექიმ-სპეციალისტების დამოკიდებულება პაციენტისადმი და მასზე დახარჯული დრო	0%	3%	14%	50%	32%
ზოგადად როგორ შეაფასებდით ამბულატორიულ მომსახურებას	2%	8%	21%	42%	27%

ბენეფიციართა უმრავლესობა კმაყოფილია ან ძალიან კმაყოფილი გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებით, ყოველი მე-4 რესპოდენტი კი ნეიტრალურად განწყობილი, უკმაყოფილო ან ძალიან უკმაყოფილოა აღნიშნული მომსახურებით. ყველაზე მაღალი უკმაყოფილების და ნეიტრალურად განწყობის ტალღა, განპირობებულია ლოდინის პერიოდი საჭირო მომსახურების მიღებამდე.

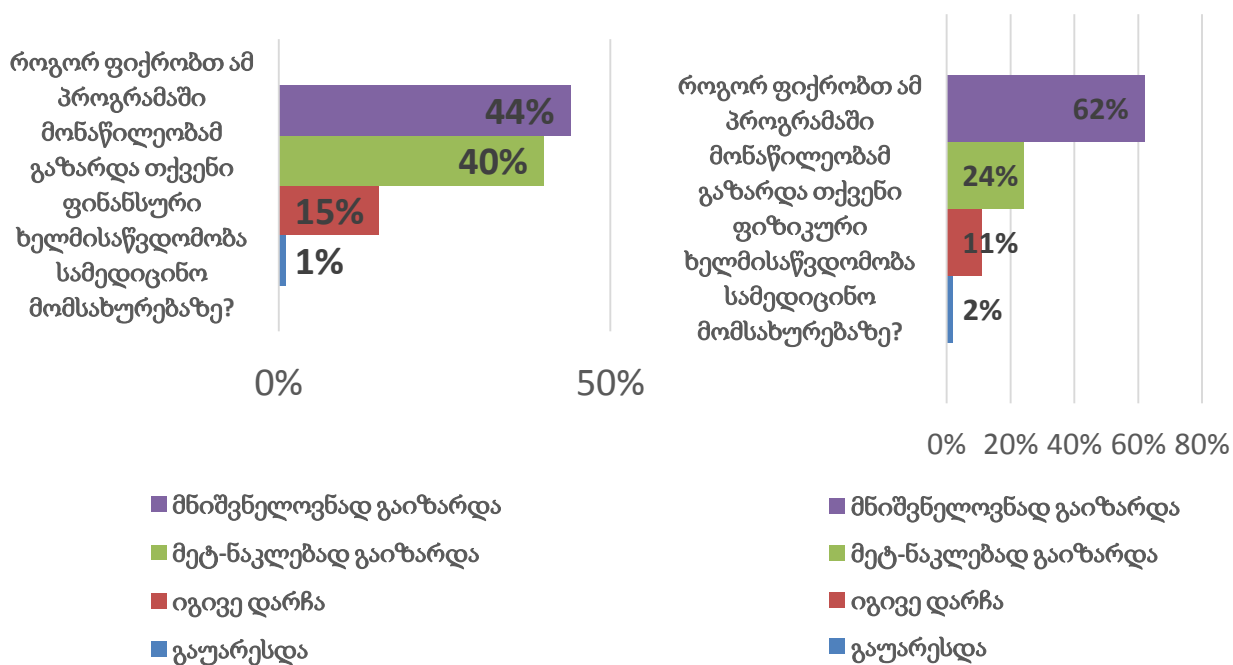
კითხვაზე, გქონიათ თუ არა შემთხვევა, როდესაც გესაჭიროებოდათ გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება, მაგრამ არ ან ვერ მიიღეთ და რა იყო დაბრკოლების მიზეზი რესპოდენტთა უმრავლესობამ განაცხადა, რომ არ ჰქონია (89%), 11%-მა კი აღნიშნა რომ ჰქონია. მიზეზები კი შემდეგნაირად გადანაწილდა :

- ვიცოდი რომ არ მეკუთვნოდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში, თანხაც არ მქონდა საკმარისი - 36%
- სოციალური მომსახურების სააგენტომ/საავადმყოფომ უარი მითხრა მომსახურების გაწევაზე - 43%
- არ/ვერ მოხერხდა ექიმთან ვიზიტის დროულად დანიშვნა - 21%

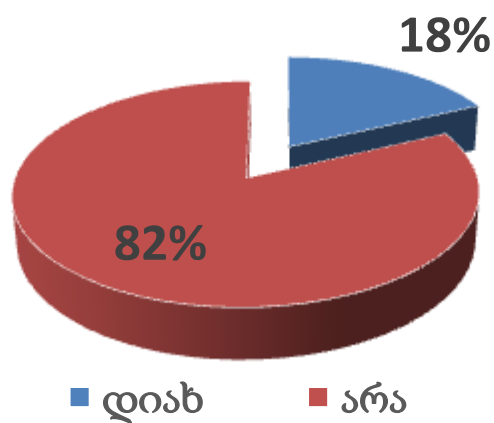
რესპოდენტთა უმრავლესობა თვლის რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში მონაწილეობამ გაზარდა ან მნიშვნელოვნად გაზარდა, მათი ფინანსური და ფიზიკური ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე.

კითხვაზე, გაქვთ თუ არა კერძო დაზღვევის სურვილი, პასუხების გადანაწილება წარმოდგენილია დიაგრამაზე 8.

დიაგრამა 7. რესპოდენტთა ფინანსური და ფიზიკური ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე.



დიაგრამა 8. კერძო დაზღვევის სურვილი რესპოდენტთა შორის.

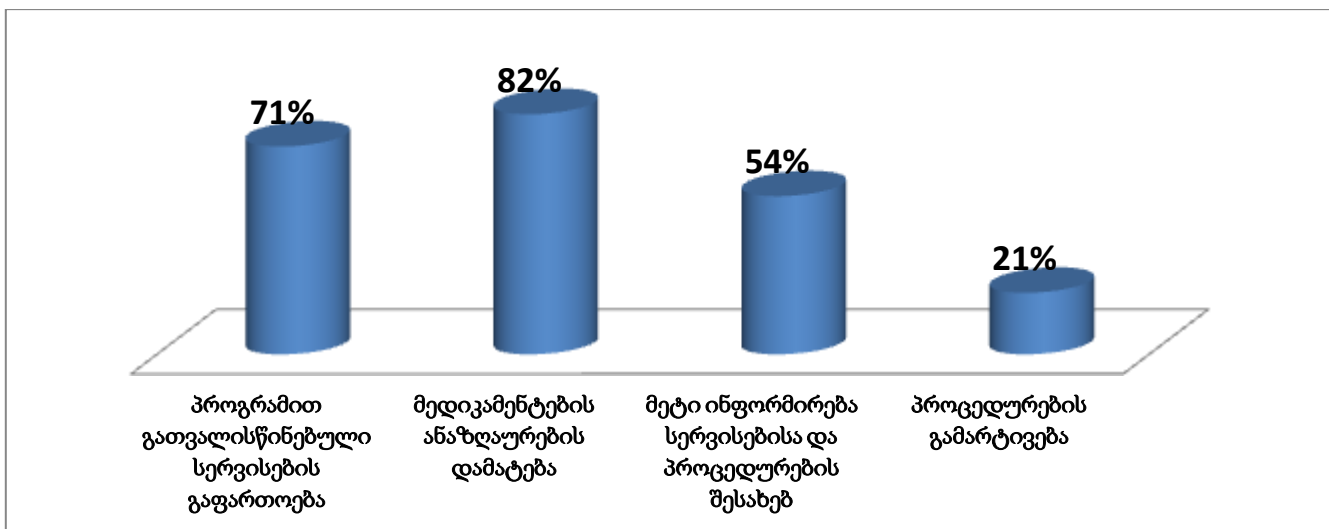


ცხრილი 21. კერძო დაზღვევის სურვილის მიზეზები

დიახ (რატომ?)	არა (რატომ?)
გამონაკლისი დიაგნოზებისა და ჩარევების შესვლის მიზნით - 68%	თანხის დამატება მომიწევს, არ მაქვს საშუალება - აღწ 13%- მა რესპოდენტმა
დაუსაბუთებლად - 32%	დარჩენილ რესპოდენტებს მიზეზი არ დაუსაბუთებია

კითხვაზე, რომელ კომპონენტს გააუმჯობესებდით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში,(პასუხის რამოდენიმე ვარიანტის მონიშვნა იყო შესაძლებელი) ბენეფიციართა უმრავლესობას სურს მედიკამენტების ანაზღაურების დამატება - 82%, პროგრამით გათვალისწინებული სერვისების გაფართოება - 71% და მეტი ინფორმირება სერვისებისა და პროცედურების შესახებ - 54%.

დიაგრამა 9. რესპოდენტთა აზრით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გასაუმჯობესებელი კომპონენტები,



5.2. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციართა კმაყოფილების კვლევა, ამავე პროგრამის ფარგლებში მიღებული გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურებებით თბილისში და რეგიონებში

კვლევის შედეგად გამოკითხვის აღწერულობითი მახასიათებლები მოყვანილია ცხრილში 22.

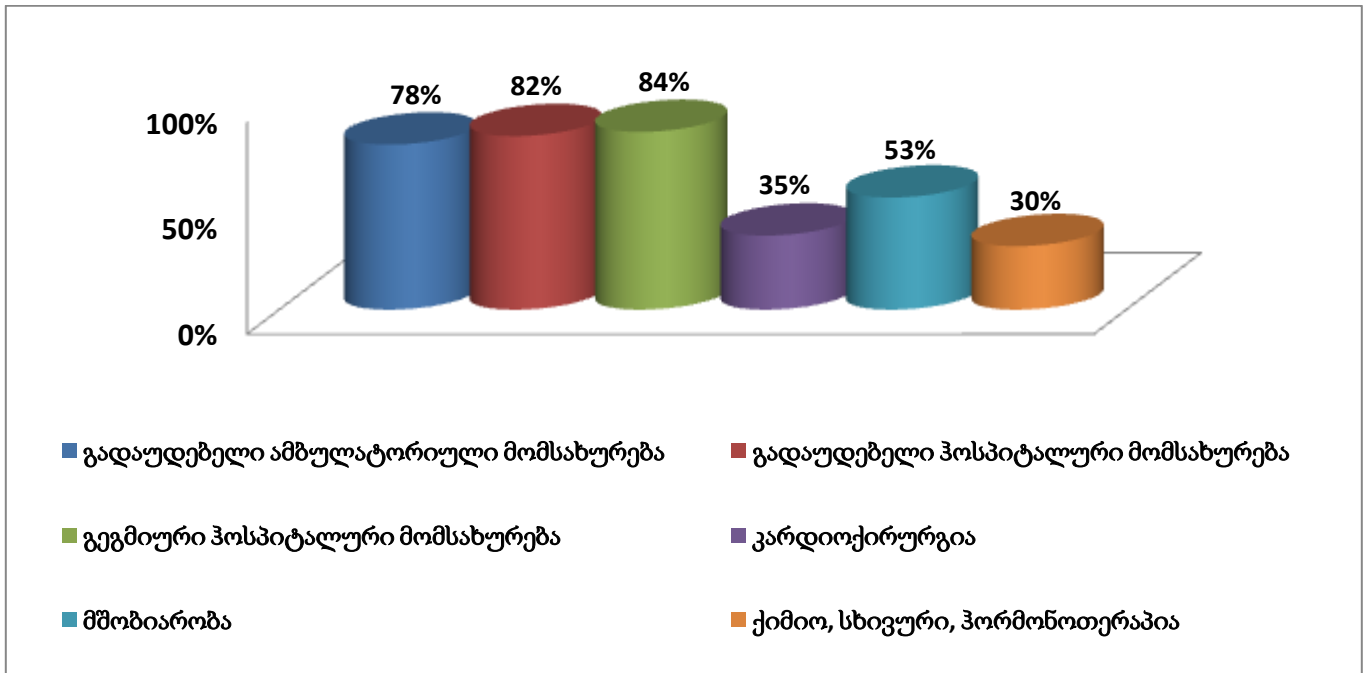
ცხრილი 22. კვლევის მახასიათებლები.

სრულად შევსებული კითხვარი	1190 (72.1%)
არასრულად შევსებული კითხვარი	90 (5.5%)
უარი კვლევაში მონაწილეობაზე	70 (4.2%)
არ არის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარი	180 (10.9%)
არ უსარგებლია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში	120 (7.3%)
სულ	1650 (100.0%)

რესპოდენტთა უმრავლესობა მდედრობითი სქესის (64%), 36 – 60 წლამდე (46%), ქალაქად მაცხოვრებელი (87%), პენსიონერი (36%), უმაღლესი განათლებით (61%), 100 % უნარშეზღუდვის გარეშეა.

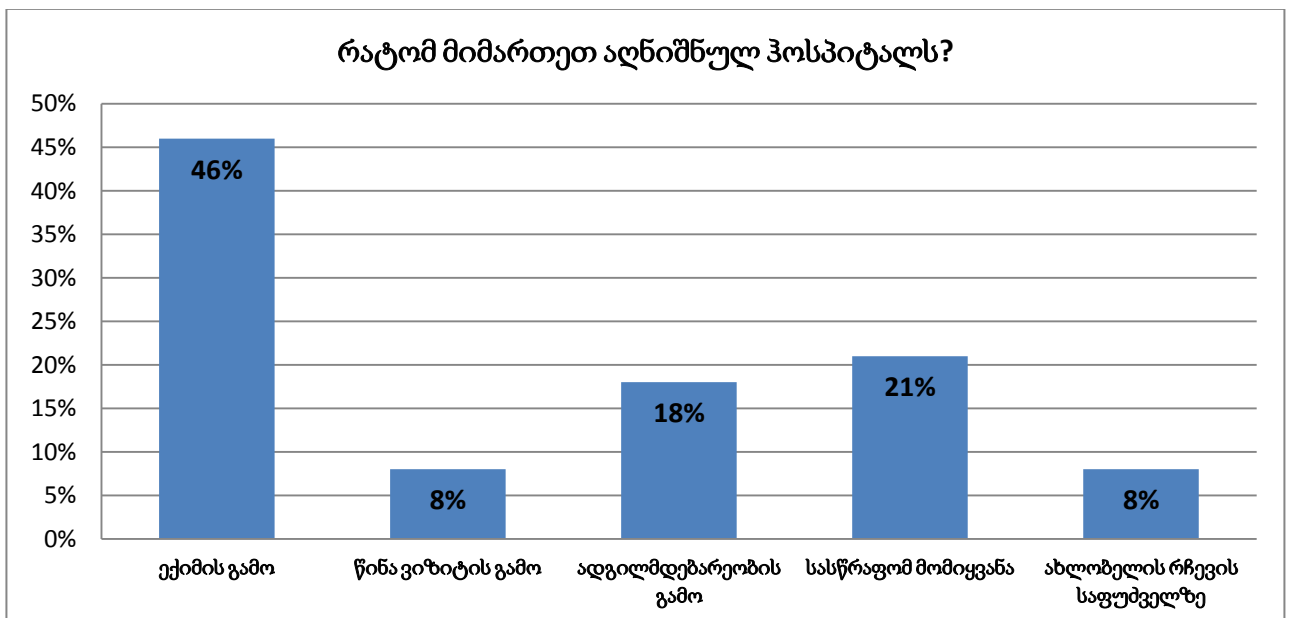
რესპოდენტებს ვთხოვეთ დაესახელებინათ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული სტაციონარული მომსახურებები, მათი ინფორმირებულობის დონის გასარკვევად, უმრავლესობამ 84 % - დაასახელა გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება, 82% - გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება, 78% - გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება, 53% - მშობიარობა, ყველაზე დაბალი პროცენტული წილი 30% - ქიმიო, სხივურ, ჰორმონოთერაპიას, 35% - კარდიოქირურგიას ერგო (დიაგრამა 10).

დიაგრამა 10. ინფორმირებულობის დონე საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული სტაციონარული მომსახურებების შესახებ.



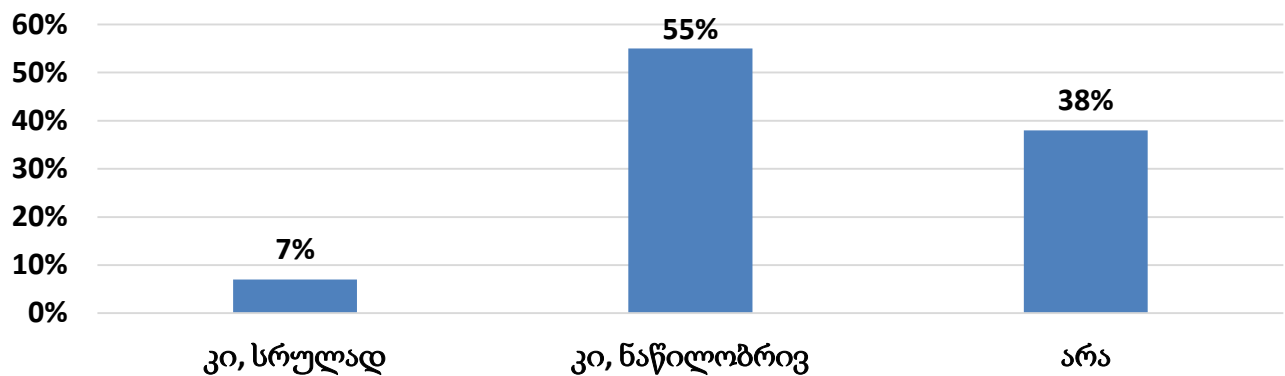
კითხვაზე, თუ რატომ მომართეს აღნიშნულ ჰოსპიტალს, ყველაზე მაღალი პროცენტული წილი „ექიმის გამო“ ერგო (45%; დიაგრამა 11).

დიაგრამა 11. ჰოსპიტალის არჩევის მიზეზები.



ბენეფიციართა უმრავლესობას ჰოსპიტალური მომსახურების მისაღებად ნაწილობრივ მოუხდათ ფულის გადახდა - 55% (დიაგრამა 12).

დიაგრამა 12. ჰოსპიტალური მომსახურების ანაზღაურებაში ბენეფიციართა წილობრივი მონაცემები.



რესპოდენტებს ვთხოვეთ 5 ბალიანი შკალის მიხედვით, სადაც სადაც 1 - ნიშნავს ძალიან უკმაყოფილოს, ხოლო 5 - ძალიან კმაყოფილს, შეევსოთ კითხვარი. მიღებული პასუხები იხილეთ ცხრილში 23).

მოსარგებლეთა უმრავლესობა ზოგად კმაყოფილებას გამოთქვამს ჰოსპიტალური მომსახურებებით, ყოველი მე-5 კი ნეიტრალურად არის განწყობილი ან უკმაყოფილოა აღნიშნული მომსახურებით. ყველაზე მაღალი პროცენტული წილი უკმაყოფილების და ნეიტრალურად განწყობის მოდის საავადმყოფოს მიერ უზრუნველყოფილი საკვების ხარისხსა (23%) და პაციენტის თავდგომისთვის კომფორტულ გასათევზე (24%). ასევე ექთნების პროფესიონალიზმსა(20%) და ექთნების დამოკიდებულებაზე პაციენტებისადმი (20%).

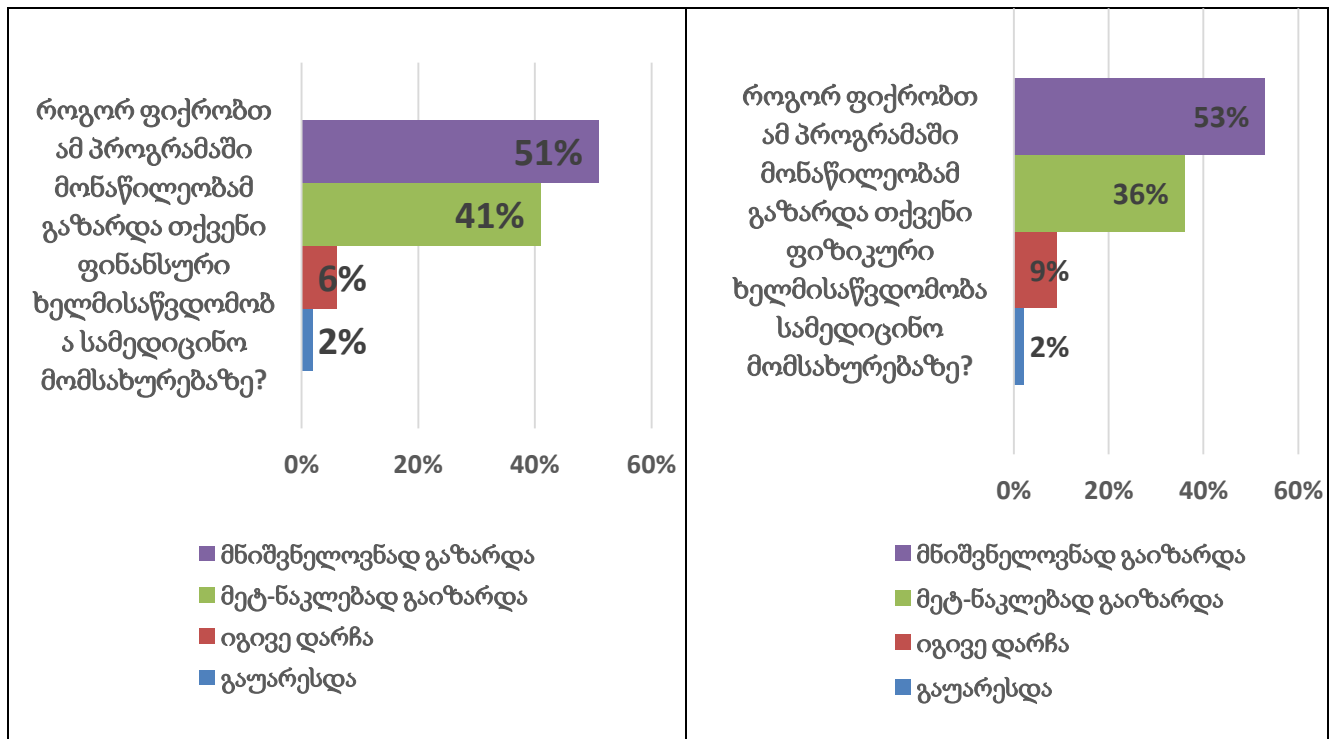
დასმულ კითხვაზე, გქონიათ თუ არა ისეთი შემთხვევა, როდესაც გესაჭიროებოდათ ჰოსპიტალური მომსახურების მიღება, მაგრამ არ ან ვერ მიიღეთ და რა იყო ამის მიზეზი, რესპოდენტთა უმრავლესობამ უპასუხა რომ არ ჰქონია - 82%.

ცხრილი 23. რესპოდენტთა კმაყოფილება გადაუდებელი ამბულატორიული და ჰოსპიტალური მომსახურების სხვადასხვა კომპონენტით

შეკითხვა	1 ძალიან უკმაყოფილო	2 უკმაყოფილო	3 ნეიტრალური	4 კმაყოფილი	5 ძალიან კმაყოფილი
ჰოსპიტალის ტერიტორიული ხელმისაწვდომობა		2%	7%	55%	35%
საავადმყოფოში მიღების პროცედურების სისწრაფე		3%	6%	56%	34%
საავადმყოფოს/კლინიკის მიმღების პერსონალის თავაზიანობა/ყურადღება		4%	5%	55%	36%
პალატის ზოგადი მდგომარეობა (კედლების, იატაკი, ჭერი და ა.შ)		5%	9%	49%	37%
სისუფთავე/სანიტარული ნორმები		5%	7%	50%	38%
ექიმების დამოკიდებულება (ყურადღება, თავაზიანობა)		3%	6%	56%	34%
ექიმების პროფესიონალიზმი		4%	6%	57%	33%
ექთნების დამოკიდებულება (ყურადღება, თავაზიანობა)		8%	12%	56%	24%
ექთნების პროფესიონალიზმი		8%	12%	51%	29%
საავადმყოფოს მიერ უზრუნველყოფილი საკვების ხარისხი	2%	8%	13%	57%	22%
პაციენტის თავდგომისთვის კომფორტული გასათევი	2%	9%	13%	52%	24%
მკურნალი ექიმის მიერ პაციენტისთვის დათმობილი დრო		4%	7%	51%	38%
საავადმყოფოს პერსონალის რეაგირება პაციენტის მოთხოვნებზე		3%	8%	55%	34%
ზოგადი კმაყოფილება ჰოსპიტალური მომსახურებით		5%	13%	51%	31%

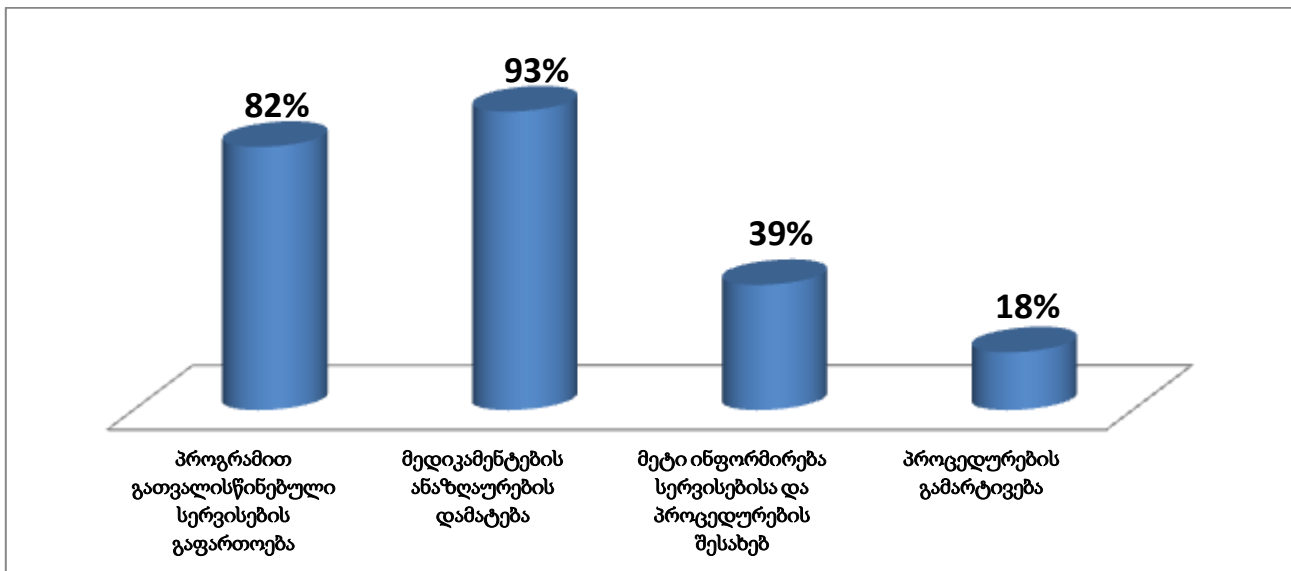
მოსარგებლეთა უმრავლესობა ფიქრობს, რომ ამ პროგრამაში მონაწილეობამ მნიშვნელოვნად გაზარდა მათი ფიზიკური და ფინანსური ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე.

დიაგრამა 13. მოსარგებლეთა აზრი სამედიცინო მომსახურებაზე ფიზიკური და ფინანსური ხელმისაწვდომობის დინამიკა.



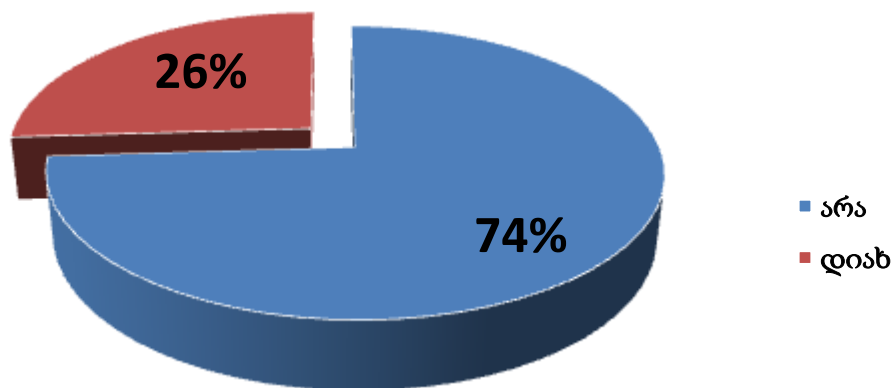
კითხვაზე, რომელ კომპონენტს გააუმჯობესებდით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, ბენეფიციართა უმრავლესობას სურს მედიკამენტების ანაზღაურების დამატება - 93%, პროგრამით გათვალისწინებული სერვისების გაფართოება 82% (დიაგრამა 14).

დიაგრამა 14. მოსარგებლეთა აზრი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გასაუმჯობესებელი კომპონენტების შესახებ.



დასმულ კითხვაზე, გაქვთ თუ არა კერძო დაზღვევის სურვილი, რესპოდენტთა უმრავლესობამ - 74%-მა უარი განაცხადა, ყოველმა მე-4 კი გამოთქვა სურვილი, მათგან ვინც უარი განაცხადა კერძო დაზღვევის სურვილზე - 26% თანხის დამატების გამო იკავებს თავს.

დიაგრამა 15. რესპოდენტთა აზრი კერძო დაზღვევით სარგებლობის შესახებ.



ცხრილი 24. კერძო დაზღვევის სურვილის მიზეზები

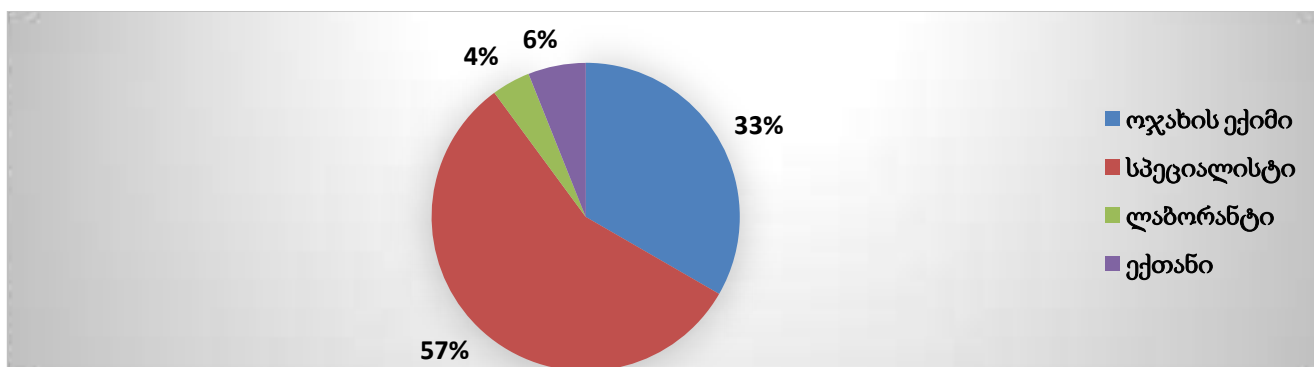
დიახ (რატომ?)	არა (რატომ?)
გამონაკლისი დიაგნოზების, ჩარევების, მედიკამენტებ ანაზღაურების მიზნით - აღნიშნა 82%-მა	თანხის დამატება მომიწევს, არ მაქვს საშუალება -აღნიშნა 26%-მა
კომენტარის გარეშე -18%	მაკმაყოფილებს საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის მიერ შემოთავაზებული პაკეტი - 47%
	კომენტარის გარეშე - 27%

5.3. საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციური მახასიათებლებით სამედიცინო პერსონალის კმაყოფილების დონის განსაზღვრა თბილისში და რეგიონებში

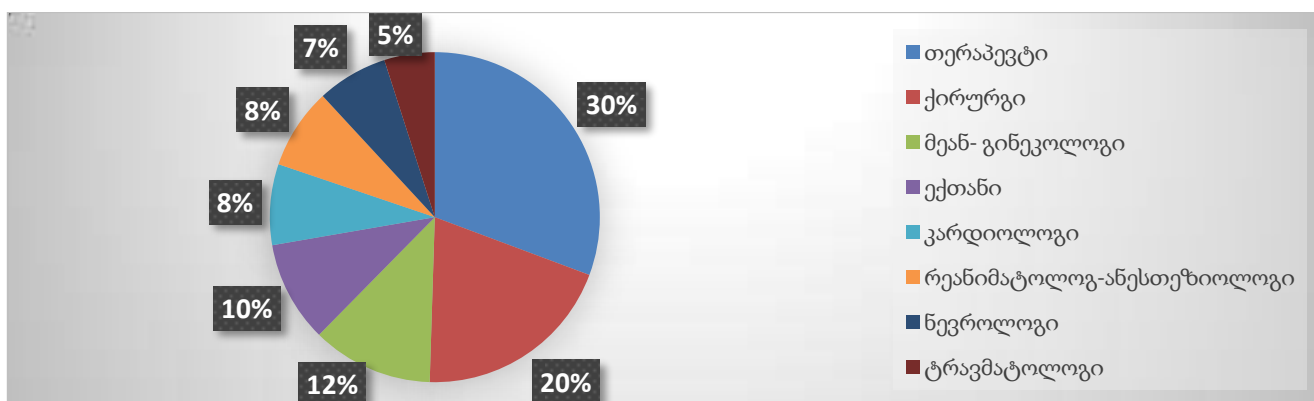
გამოკითხულთა უმრავლესობა მდებრობითი სქესის (87%), 36 – 55 (40%) წლის ასაკის რესპოდენტი. სამედიცინო პერსონალის სტატუსის მიხედვით 240(82%) - ექიმი, 52 (13%) -ექთანი, 11 (3%) -უმცროსი ექიმი. მუშაობის სტაჟის მიხედვით 10 წელზე მეტი -60% რესპოდენტი, 1-10 წლამდე - 25%, 1 – 5 წლამდე - 10%, 1წლამდე - 5%.

დიაგრამა 16-ზე მოყვანილია ამბულატორიულ დაწესებულებებში დასაქმებული გამოკითხული ექიმების გადანაწილება სპეციალობების მიხედვით, დიაგრამა 17-ზე კი - სტაციონარულ დაწესებულებებში დასაქმებული გამოკითხული ექიმების გადანაწილება სპეციალობების მიხედვით,

დიაგრამა 16. ამბულატორიულ დაწესებულებებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი.



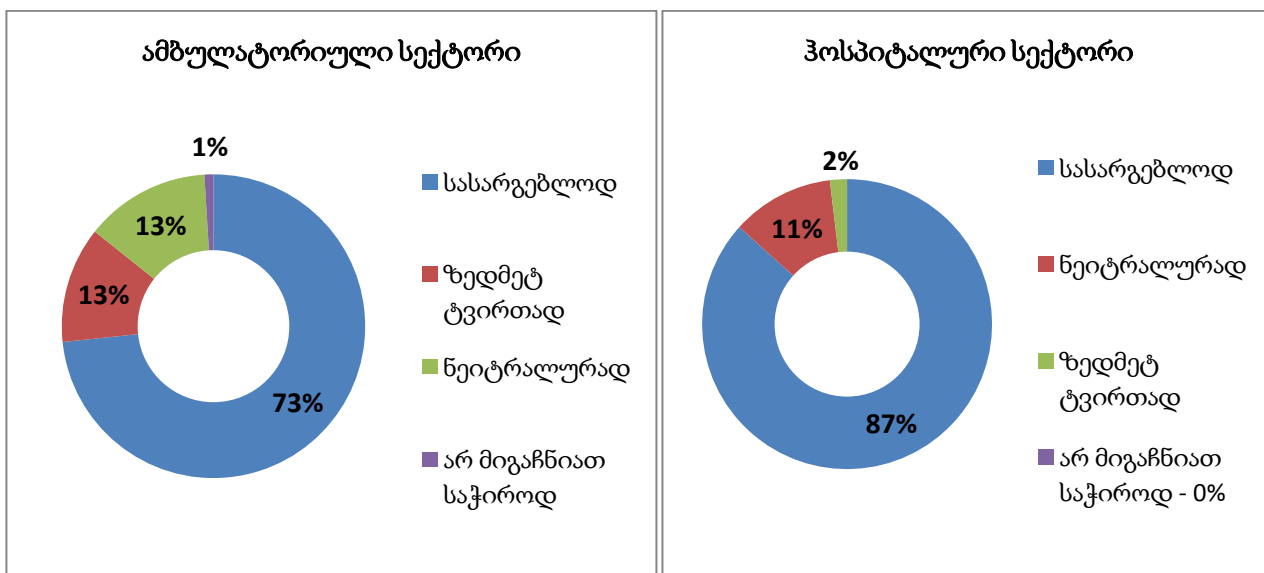
დიაგრამა 17. ჰოსპიტალური სექტორში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი



დასმულ კითხვაზე თქვენთვის სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევასთან თანამშრომლობა მიგაჩნიათ : ა) სასარგებლოდ ბ) ზედმედ ტვირთად გ) ნეიტრალურად დ) არ მიგაჩნიათ საჭიროდ, პასუხები ამბულატორიულ და ჰოსპიტალურ სექტორებში განსხვავებულად გადანაწილდა (დიაგრამა 18).

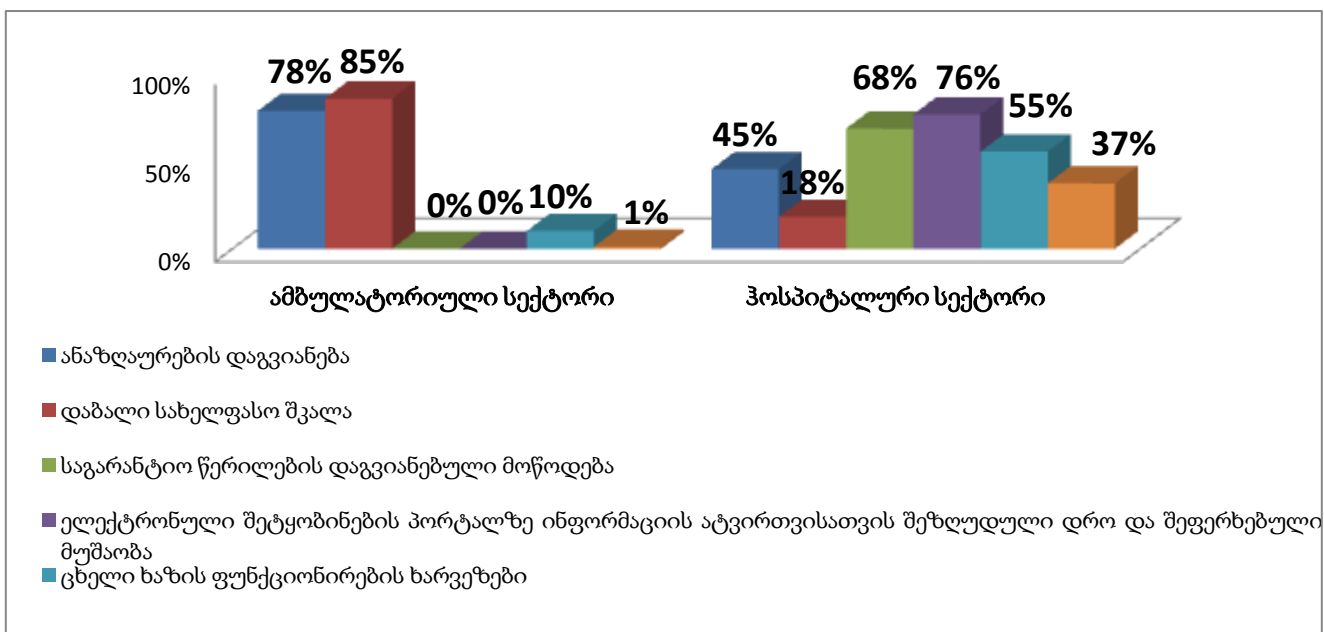
კითხვაზე, რამდენად მარტივია საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით მუშაობა, როგორც ამბულატორიულ ასევე ჰოსპიტალურ სექტორში დასაქმებულმა სამედიცინო პერსონალის 270-მა (90%) უპასუხა რომ მარტივია, მხოლოდ 33 (10%) მიიჩნევდა, რომ არ არის მარტივი (მიზეზის დაუსაბუთებლად)

დიაგრამა 18. სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევასთან ექიმების თანამშრომლობის შედეგები.

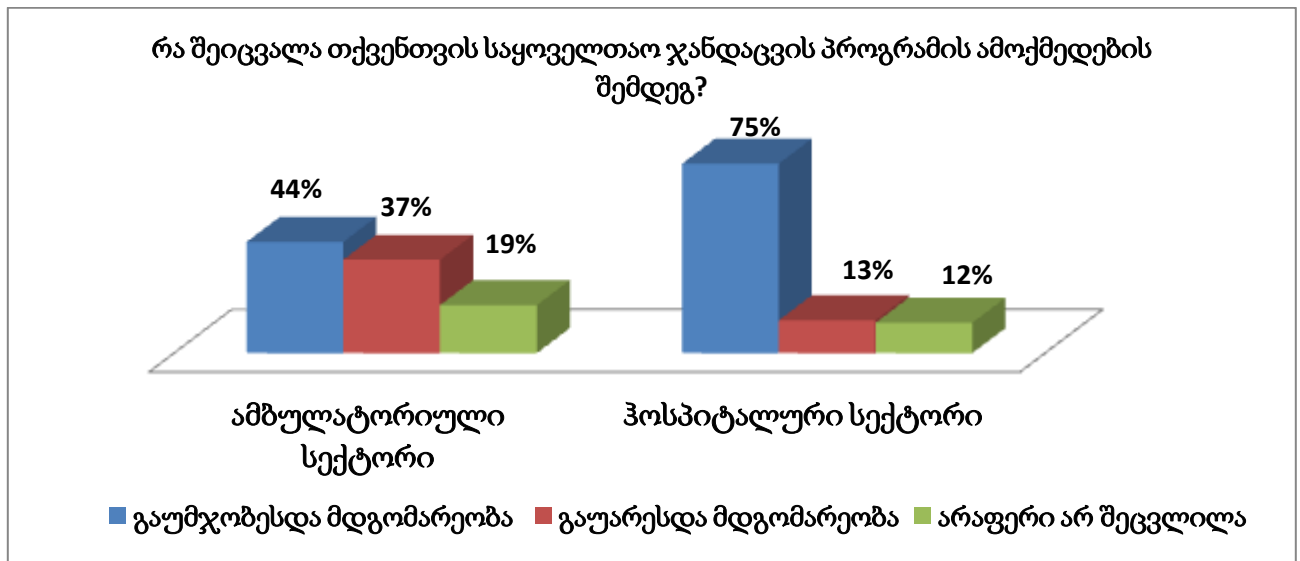


კითხვაზე რა წინააღმდეგობას აწყდებით სოციალური მომსახურების სააგენტოსთან თანამშრომლობის დროს, (შესაძლებელი იყო რამოდენიმე ვარიანტის არჩევა) პასუხები გადანაწილდა დიაგრამაზე 19 მოყვანილი პროცენტული მაჩვენებლებით.

დიაგრამა 19. სოციალური მომსახურების სააგენტოსთან თანამშრომლობის პრობლემური საკითხები.



დიაგრამა 20. მომსახურებების შედეგების დინამიკა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ.



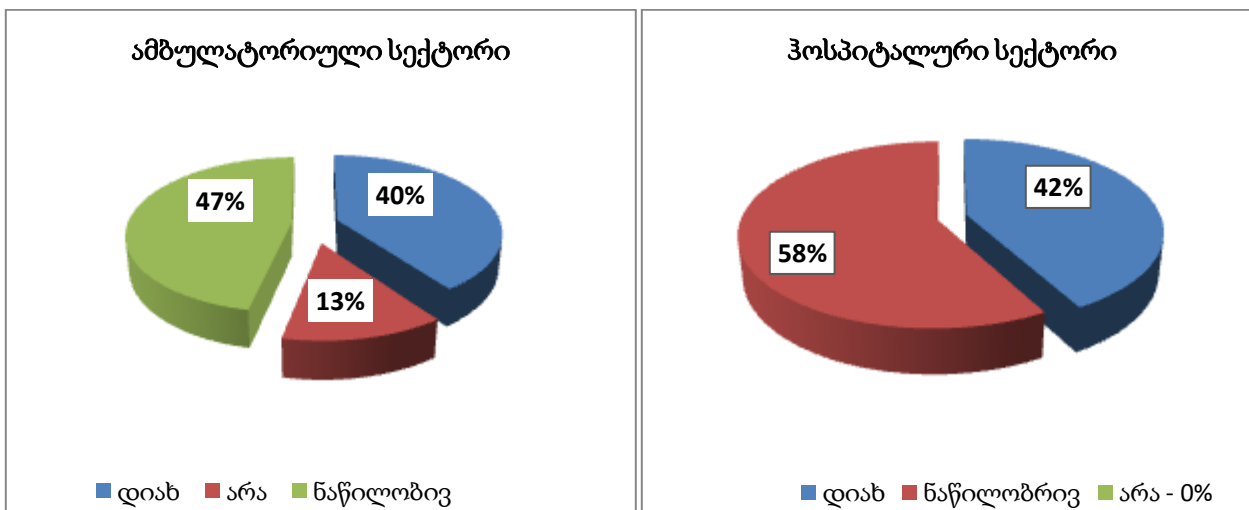
მდგომარეობის გაუმჯობესების ან გაუარესების მონაცემები მოყვანილია ცხრილში 26.

ცხრილი 26. მდგომარეობის გაუმჯობესების ან გაუარესების მონაცემები ამბულატორიულ და ჰოსპიტალურ სექტორებში.

	ამბულატორიული სექტორი	ჰოსპიტალური სექტორი
გაუმჯობესდა მდგომარეობა (რა მხრივ?)	58% -ი მიზეზად პაციენტთა რიცხვის მომატებას აღნიშნავს, 42%- კომენტარის გარეშე	67% პაციენტთა რიცხვის მომატებას აღნიშნავს 33%- კომენტარის გარეშე
გაუარესდა მდგომარეობა (რა მხრივ?)	აბსოლუტური უმრავლესობა აღნიშნავს რომ მოიმატა პაციენტთა რიცხვმა, ანაზღაურებამ კი არა	კომენტარის გარეშე

კითხვაზე, უზრუნველყოფს თუ არა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნებას და დაცვას, პასუხები გადანაწილება იხილეთ დიაგრამაზე 21.

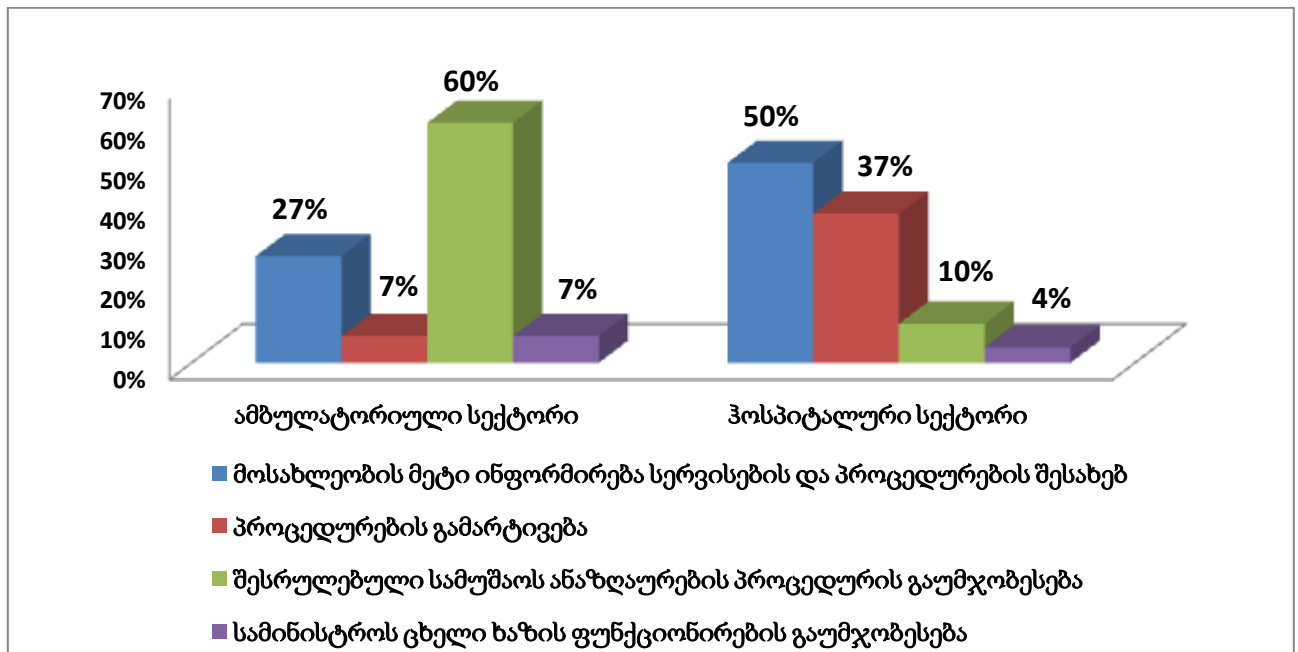
დიაგრამა 21. მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შენარჩუნებას და დაცვაში საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის როლი.



კითხვაზე, არსებობს თუ არა, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის მიერ ხელის შემშლელი ფაქტორები, პაციენტების სრულყოფილი მომსახურების თვალსაზრისით, ორვე სექტორში დასაქმებულმა სამედიცინო პერსონალის აბსოლიტურმა უმრავლესობამ 89%-მა აღნიშნა, რომ არსებობს და განპირობებულია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფუნქციური არასრულფასოვნებით (გამონაკლისი დიაგნოზები, ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევების შეზღუდული ჩამონათვალი).

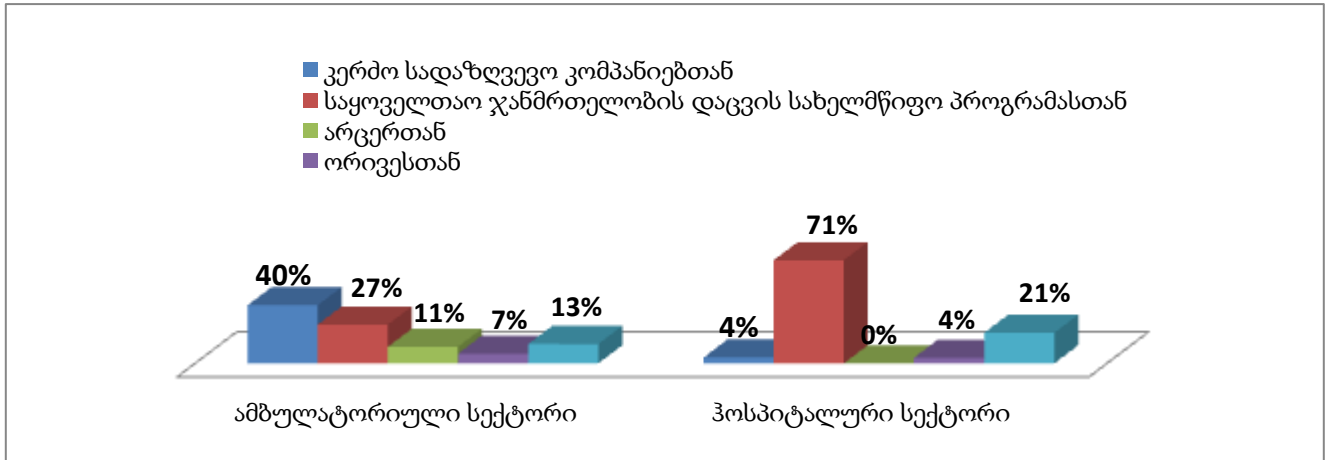
კითხვაზე, რომელი კომპონენტის გაუმჯობესება/შეცვლა მიგაჩნიათ საჭიროდ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამასთან მიმართებაში, ამბულატორიაში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის უმეტესობა (60%) შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურების პროცედურების გამარტივებას მიიჩნევს, ჰოსპიტალური სექტორი კი მოსახლეობის მეტ ინფორმირებულებას სერვისებისა და პროცედურების შესახებ (დიაგრამა 22).

დიაგრამა 22. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გასაუმჯობესებელი/შესაცვლელი კომპონენტები ამბულატორიული და სტაციონარული სექტორის ექიმების აზრით.



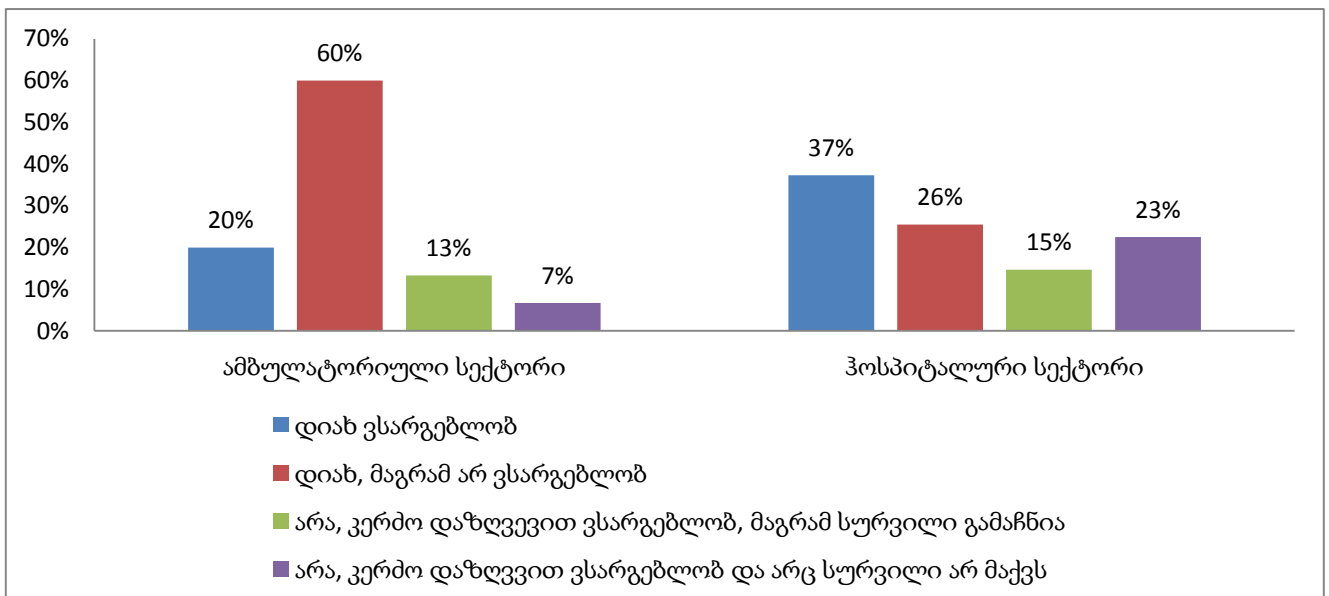
კითხვაზე თქვენთვის კერძო სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობა უფრო სასარგებლო და ადვილია თუ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამასთან, ამბულატორიაში დასაქმებულმა სამედიცინო პერსონალის 40%-მა კერძო სადაზღვევო კომპანიები აირჩია, ხოლო ჰოსპიტალურ სექტორში დასაქმებულმა სამედიცინო პერსონალის 71%-მა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამასთან თანამშრომლობა (დიაგრამა 23).

დიაგრამა 23. კერძო სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობისა და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამასთან თანამშრომლობის სარგებლიანობა.



კითხვაზე, თავად თუ ბრძანდებით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარები და თუ სარგებლობთ აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში, პასუხების გადანაწილება იხილეთ დიაგრამაზე 24.

დიაგრამა 24. გამოკითხულთა განაწილება კერძო სადაზღვევო კომპანიებისა და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარობის მიხედვით.



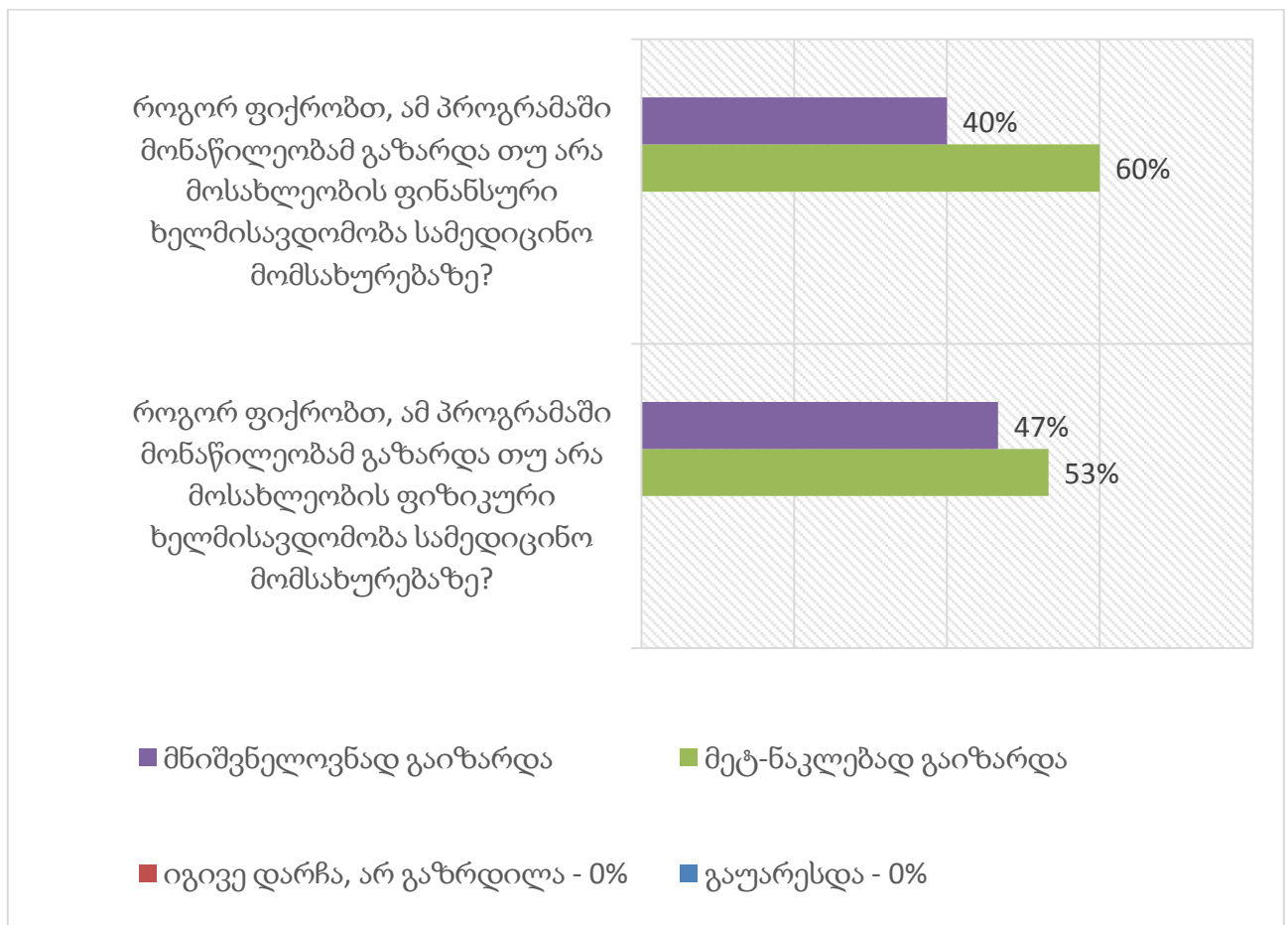
სამედიცინო პერსონალს, რომელიც სარგებლობს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით, ვთხოვეთ თავად შეეფასებინათ, როგორც ბენეფიციარებს სამედიცინო სერვისები 5 ბალიანი შკალით (ცხრილი 27).

ცხრილი 27. სამედიცინო პერსონალის კმაყოფილება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში მიღებული სამედიცინო სერვისებით.

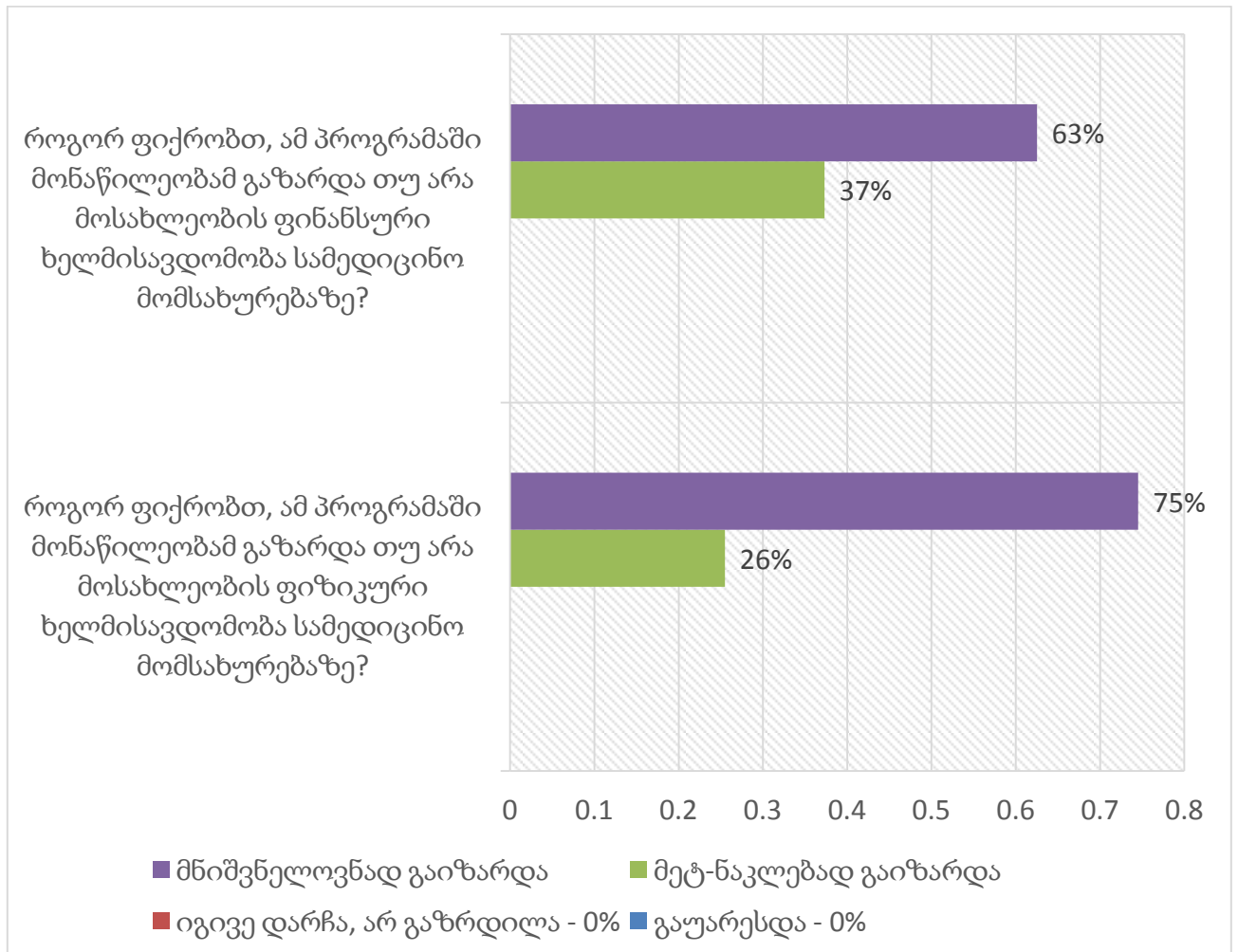
დიახ, ვსარგებლობ (28% ორივე სექტორში) ამათგან:	
გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება ისარგებლა - 22.3%მა	50% ნეიტრალური 50% კმაყოფილი
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება - 14%მა	25% უკმაყოფილი 75% კმაყოფილი
გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება- 17%მა	20% უკმაყოფილო 80% კმაყოფილი
გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება -18%მა	20% ნეიტრალური 20% კმაყოფილი 60% ძალიან კმაყოფილი
მშობიარობა -11%მა	50% ძალიან კმაყოფილი 35% კმაყოფილი 15% ნეიტრალური
ქიმიო, სხივური, ჰორმონოთერაპია -15.25%მა	40% ნეიტრალური 55% ძალიან კმაყოფილი 5% უკმაყოფილო

კითხვებზე, როგორ ფიქრობთ ამ პროგრამაში მონაწილეობამ გაზარდა თუ არა მოსახლეობის ფინანსური და ფიზიკური ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე, ამბულატორიულ სექტორში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ მეტ - ნაკლებად გაზარდა, ხოლო ჰოსპიტალურ სექტორში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის უმრავლესობა ფიქრობს რომ მნიშვნელოვნად გაზარდა (დიაგრამა 25).

დიაგრამა 25. სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ფინანსური და ფიზიკური ხელმისაწვდომობის დინამიკა ამბულატორიულ სექტორში დასაქმებული გამოკითხულების აზრით.

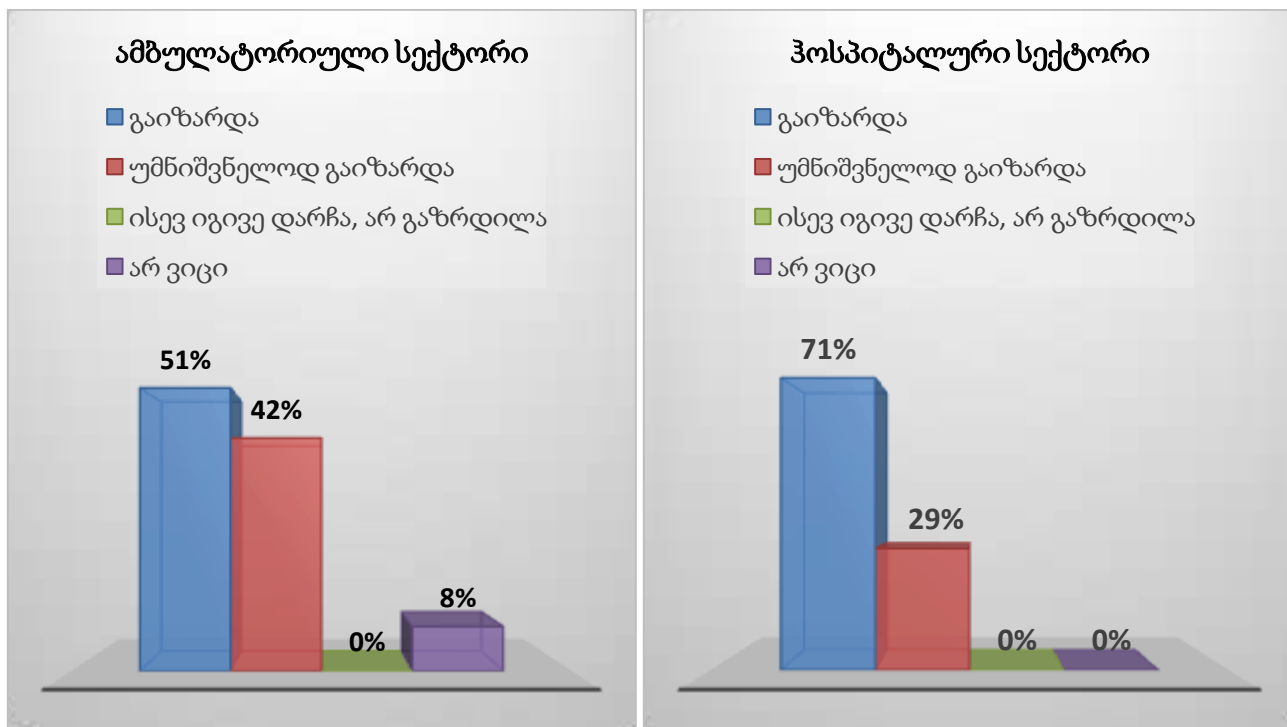


დიაგრამა 26. სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ფინანსური და ფიზიკური ხელმისაწვდომობის დინამიკა ჰოსპიტალურ სექტორში დასაქმებული გამოკითხულების აზრით.



კითხვაზე, გაიზარდა თუ არა თქვენს სამუშაო დაწესებულებაში პაციენტთა მომართვიანობა, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, ორივე სექტორში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის უმრავლესობა თვლის რომ გაიზარდა (დიაგრამა 27).

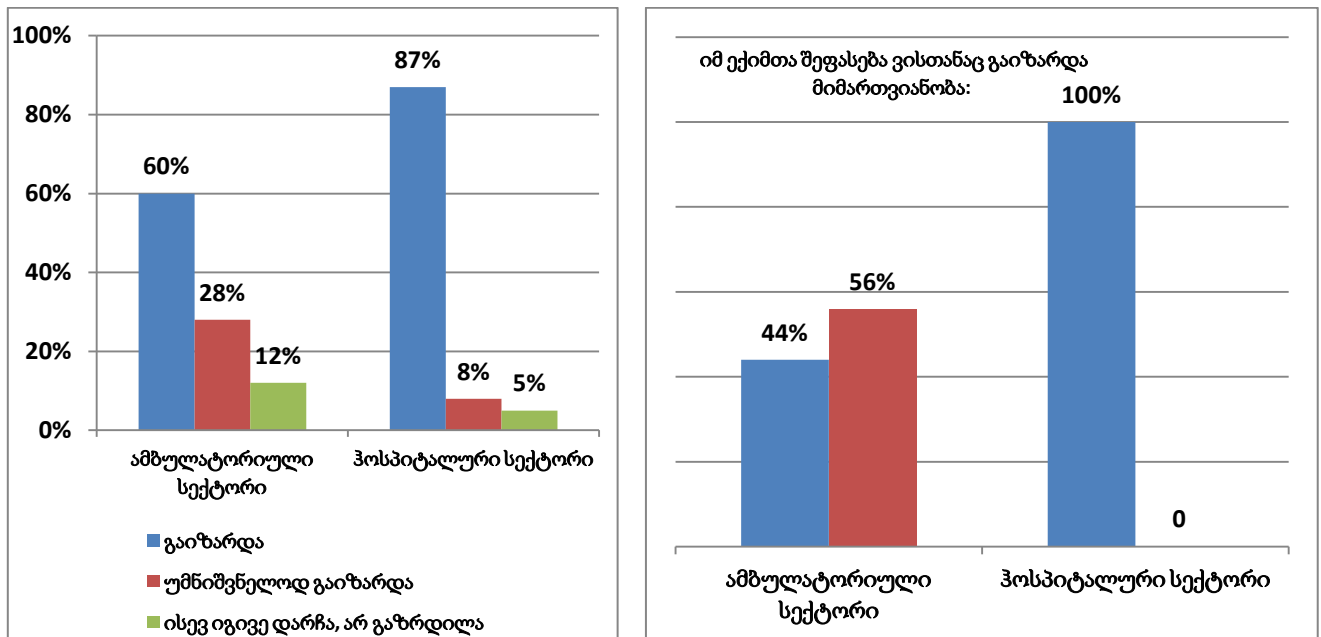
დიაგრამა 27. პაციენტთა მომართვიანობის დინამიკა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ ორივე სექტორში დასაქმებული გამოკითხულების აზრით.



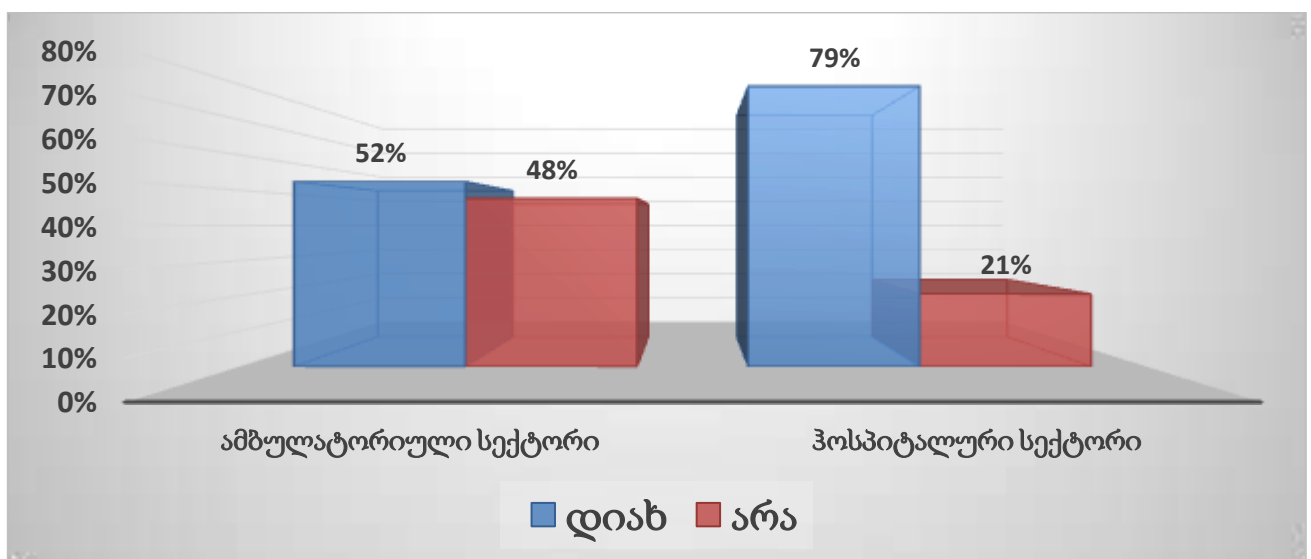
კითხვაზე, გაიზარდა თუ არა პირადად თქვენთან პაციენტთა მომართვიანობა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, ორივე სექტორში დასაქმებულმა სამედიცინო პერსონალის უმრავლესობამ აღნიშნა, რომ გაიზარდა, თუმცა კითხვაზე, გაზრდის შემთხვევაში როგორ შეაფასებდით აღნიშნულ ფაქტს პროცენტული წილი განსხვავებულად გადანაწილდა. ამბულატორიულ სექტორში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის უმრავლესობა 56% უარყოფითად აფასებს აღნიშნულ ფაქტს, ხოლო ჰოსპიტალური სექტორის აბსოლუტური უმრავლესობა დადებითად (დიაგრამა 28).

კითხვაზე, ზოგადად როგორ შეაფასებთ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას, ჯერჯერობით წარმატებულია, ამბულატორიულ სექტორში თითქმის თანაბრად გადანაწილდა პროცენტული წილები დიახ - 52%, არა - 48%, ხოლო ჰოსპიტალური სექტორის სამედიცინო პერსონალის უმრავლესობა - 79% მიიჩნევს რომ წარმატებულია (დიაგრამა 29).

დიაგრამა 28. პაციენტთა მომართვიანობის დინამიკა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ ორივე სექტორში დასაქმებულ გამოკითხულებთან.



დიაგრამა 29. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის წარმატების მონაცემები ორივე სექტორში დასაქმებულ გამოკითხულთა აზრით.



თავი 6. დასკვნები და პრაქტიკული რეკომენდაციები

დასკვნები

- ❖ ამბულატორიულ სექტორში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალი, უფრო ნაკლებ კმაყოფილია საყოველთაო ჯანდაცვის ფუნქციური მახასიათებლებით(73%), ვიდრე ჰოსპიტალურ სექტორში(83%), რაც ძირითადად, ამბულატორიულ სექტორში დასაქმებულთა დაბალი სახელფასო შკალითა და სამუშაო გარემოთი არის განპირობებული. ამის მიზეზი არის ის, რომ პროგრამის ბიუჯეტი არაეფექტიანად ნაწილდება – ზოგიერთი სეგმენტი ფინანსურად გადატვირთულია, ხოლო ზოგიერთი დაფინანსების დეფიციტს განიცდის.
- ❖ გამოკითხვისა და ინტერვიუს გზით მიღებული შედეგებით სამედიცინო დაწესებულებებში პაციენტთა მიმართვიანობა გაიზარდა, აღნიშნულით უკმაყოფილოა ამბულატორიაში დასაქმებული თითქმის მთლიანი სამედიცინო პერსონალი(99,8%), ჰოსპიტალური სექტორის სამედიცინო პერსონალის უმრავლესობა(87%), კი დადებითად აღნიშნავს ამ ფაქტს.
- ❖ სამედიცინო დაწესებულებაში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის ძირითად პრობლემას წარმოადგენს, სხვადასხვა ბიუროკრატიულ პროცესებზე ზედმეტად დახარჯული დრო-68%, გეგმიურ სერვისებზე დაფინანსების დაგვიანებული მიწოდება-7%, მაღალტექნოლოგიური კვლევების დეფიციტი-15% და სხვა-10%;
- ❖ ამბულატორიული სექტორის სამედიცინო პერსონალის 40%-ს, კერძო სადაზღვევო კომპანიებთან ურჩევნიათ თანამშრომლობა, ჰოსპიტალურს კი სახელმწიფო დაზღვევასთან-71%;
- ❖ სამედიცინო პერსონალის უმრავლესობა(60%) ფიქრობს, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელწიფო პროგრამამ გაზარდა მოსახლეობის ფიზიკური და ფინანსური ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე, ხოლო 40% ფიქრობს, რომ მნიშვნელოვნად გაზარდა;
- ❖ ბენეფიციართა უმრავლესობა კმაყოფილია გეგმიური(69%) და გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურებებით(82%)
- ❖ ბენეფიციართა ინფორმირებულობის დონე მაღალია პროგრამით გათვალისწინებული სერვისებისა და ჩარევების შესახებ, თუმცა სელექციურად: გეგმიური ამბულატორია17%-95%, ჰოსპიტალური30%-84%;

- ❖ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, ბენეფიციართა უმრავლესობის ფიზიკური და ფინანსური ხელმისაწვდომობა გაიზარდა სამედიცინო მომსახურებაზე: გეგმიური ამბულატორია 69%, ჰოსპიტალური მომსახურება-82%;
- ❖ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა სრულად ვერ უზრუნველყოფს მოსახლეობის მოთხოვნილებებს (გამონაკლისი დიაგნოზები 82%, მედიკამენტების ანაზღაურების პრობლემა 93%, ინფრასტრუქტურა-5% ხანგრძლივი მოცდის პერიოდი მომსახურების მიღებამდე 3%).
- ❖ საქართველოს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის შედეგები დადებითად აისახება მოსახლეობის ჯანმრთელობის ინდიკატორებზე, თუმცა არსებობს საჭიროება სხვადასხვა მიმართულებით განუწყვეტელი მუშაობისთვის, რათა გაიზარდოს ჯანდაცვის ხარისხი და ხელმისაწვდომობა.

პრაქტიკული რეკომენდაციები

- ❖ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის არსებული მოდელი ვერ უზრუნველყოფს გრძელვადიან მდგრადობას და ეფექტურობას, თუ ძირეული ცვლილებები არ მოხდება, განსაკუთრებით ფინანსური მენეჯმენტის რეფორმირების მიმართულებით, ამისათვის კი სახელმწიფო ფინანსური პოლიტიკა საჭიროებს გადახედვას, რომ ბიუჯეტი უფრო ოპტიმალურად გადანაწილდეს.
- ❖ პრიორიტეტების გადახედვა – შეიძლება გაიზარდოს დაფინანსება პირველადი ჯანდაცვის მიმართულებით, რაც უფრო ეფექტიანად შეამცირებს სამედიცინო ხარჯებს გრძელვადიან პერსპექტივაში.
- ❖ აუცილებელია, პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომუშავე სამედიცინო პერსონალის კმაყოფილების გაზრდა, სახელფასო შკალის გადახედვა, რათა გაიზარდოს მათი დაინტერესება და სამედიცინო მომსახურების ხარისხი, შედეგად კი შენარჩუნდეს სისტემის მდგრადობა.
- ❖ პროგრამის დაფინანსების გაზრდა და მრავალწყაროვანი მოდელი:
 - დამატებითი ფინანსური წყაროების ჩართვა, კერძო სექტორთან უფრო მჭიდრო თანამშრომლობა;
 - თანადაფინანსების მექანიზმის გადახედვა, რათა პაციენტის მიერ გადასახდელი ნაწილი შემცირდეს.

- მონიტორინგისა და გამჭვირვალობის მექანიზმების გაძლიერება, რათა დაფინანსების ხარვეზები დროულად აღმოიფხვრას.
- პროგრამის ადმინისტრირების ხარვეზების აღმოფხვრა, რომლებიც ხელს უშლის ხარისხიანი მომსახურების მიწოდებას და საჭიროებს ფინანსური მენეჯმენტის რეფორმას.
- ❖ ინფრასტრუქტურის გაძლიერება:
 - კლინიკების აღჭურვა თანამედროვე ტექნოლოგიებით, განსაკუთრებით რეგიონებში;
 - რეგიონებში დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის წახალისება (საცხოვრებელი, ხელფასის დანამატები).
- ❖ განათლება და ინფორმირებულობა:
 - მოსახლეობისთვის პროგრამის ყველა სერვისის შესახებ ვრცელი ინფორმაციის მიწოდება;
 - სამედიცინო პერსონალის უწყვეტი პროფესიული გადამზადება და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლება.
- ❖ მართვის პროცესის გამარტივება:
 - ბიუროკრატიული პროცესების შემცირება (ონლაინ წარდგენის სისტემების სრულყოფა, ელექტრონული ჩანაწერების გამარტივება);
 - მკაფიო ხარისხის კონტროლის მექანიზმი, რომ სერვისები იყოს ერთნაირად ხელმისაწვდომი და ხარისხიანი ყველგან.
- ❖ აუცილებელია, მოსახლეობის მოთხოვნილებისა და საჭიროებისამებრ შემხვედრი ნაბიჯების გადადგმა.
- ❖ საჭიროა, მუდმივი მუშაობა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში, სერვისებისა და ჩარევების გაფართოვების მიზნით.
- ❖ აუცილებელია, სახელმწიფოს პერმანენტული ძალისხმევა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში არსებული პრობლემების აღმოსაფხვრელად მონიტორინგისა და გამჭვირვალობის მექანიზმების გაძლიერებით.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- გამყრელიძე ა., გოგინაშვილი ქ. ჯანმრთელობა, როგორც ეკონომიკური კატეგორია. მაკრო-მიკრო ეკონომიკა. 2004;9(82):36-41
- გერზმავა ო., ვასაძე ო., ვესტი დ. *საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი*, 2003
- გერზმავა ო. *საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი*, 2008
- გოცაძე თ., რუხაძე ნ., ტურმელაძე თ. საქართველოში მედიკამენტების ფასები, ფიზიკური და ფინანსური ხელმისაწვდომობა. საერთაშორისო ფონდი “კურაციო”. 2010წ.
<https://curatiofoundation.org/wp-content/uploads/2016/02/172.pdf>
- დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, პროფესიულ დაავადებათა პრევენცია
<https://test.ncdc.ge/Pages/User/Documents.aspx?ID=5bff7157-506d-4eb1-b1f5-f042dbc32423>
- ვერულავა თ. DRG – ქართული ჯანდაცვის სისტემაში. თბილისის უნივერსიტეტი 21.11.2022 <https://tsu.media/drg-jandacva/>
- ვერულავა თ. *ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის ძირითადი თავისებურებები*.
<http://heconomic.wordpress.com/2010/07/11/tengiz-verulava-12/>
- ვერულავა თ. *ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა*.
<http://heconomic.wordpress.com/2010/07/12/tengiz-verulava-13/>
- ვერულავა თ. ჯანმრთელობის დაზღვევის ისტორია.
<https://heconomic.wordpress.com/2010/07/09/tengiz-verulava-11/>
- ვერულავა თ. „რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის ევროპული გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები“. საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალების კრებული. გვ. 323-326. ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტი. თბილისი. 2014.
- ვერულავა თ. ჯანდაცვის დანახარჯები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებით და საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსება. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI), 2015.
- ვერულავა თ. პირველადი ჯანდაცვა სისტემის სამირკველია. ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა, N 2. 2015 წ.

- ვერულავა თ. სამედიცინო ორგანიზაციების მესაკუთრეობის ფორმები, მსოფლიო პრაქტიკა და საქართველო. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). საქართველო 2015.
- ვერულავა თ. ჯანდაცვის დანახარჯები ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებით და საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსება. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი (IDFI). საქართველო 2020. თბილისი 2020.
- კვარაცხელია ვ. 2016 წელს საქართველოს თანამედროვე ტექნოლოგიებით აღჭურვილი 4 კლინიკა შეემატება. Ipress. 10. 12. 2015.
- კუკავა მ. მოქალაქეთა დამოკიდებულება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმართ. საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო. 2015.
- მურჯიკნელი მ, ჯიბუტი მ. *სამედიცინო დაზღვევა საქართველოში*. 2003
- ონიანი ი, ახვლედიანი ნ. მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურების ზოგიერთი სტატისტიკური მაჩვენებლები საქართველოში. თბილისი, საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტი, ჟურნალი ბიზნეს-ინჟინერინგი, 2021;3-4:158.
- რაიონულმა კლინიკებმა შესაძლოა გადაუდებელი პაციენტების მომსახურებაზე უარი თქვან. 01-04-2015. შესაძლებელია: <http://rustavi2.com/ka/news/13115>
- საერთაშორისო სავალუტო ფონდი. საქართველოში მიმოხილვის დასრულების ეტაპზე საერთაშორისო სავალუტო ფონდის მისიის განცხადება. პრეს-რელიზი 15/552. 8.12. 2015. <https://www.imf.org/external/lang/Georgian/np/sec/pr/2015/pr15552g.pdf>
- საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36 2013 წლის 21 თებერვალი ქ. თბილისი; http://www.moh.gov.ge/files/01_GEO/Kanonmdbloba/Dadgenileba/N36-2013.pdf
- საქართველოს მთავრობის დადგენილება №165 2012 წლის 7 მაისი ქ. თბილისი; <http://insurance.org.ge/admin/editor/uploads/files/%5B165%5D%20Code%2007.27.2012%20N308.pdf>
- საქართველოს მთავრობის დადგენილება N218 2009 წლის 9 დეკემბერი ქ. თბილისი; <http://insurance.org.ge/admin/editor/uploads/files/%5B218%5DCode%2008.22.2012%20N%20337.pdf>
- საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (2010-2022). ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები. თბილისი, საქართველო.

- საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში 1990-2010;
<http://www.psidiscourse.ge/files/files/pdfs/Insurance%20I%20Final.pdf>
- საქართველოს კანონი დაზღვევის შესახებ. საქართველოს პარლამენტის ბიბლიოთეკა,
http://nbg.gov.ge/uploads/legalacts/dazghveva/11dazgvevis_kanoni
- საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“ ;
<http://www.healthrights.ge/6-1-patients-rights/>
- საქართველოს კანონი „სამედიცინო დაზღვევის შესახებ“. თბილისი, კანონი №690, 1997.
- საქართველოს კანონი“ ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“. 1997.
<http://www.mof.ge/show Law.aspx?id=355>
- საქართველოს ეროვნული ბანკი, სადაზღვევო ბაზრის სტატისტიკური მაჩვენებლები.
<http://www.nbg.gov.ge/index.php?m=489>
- საქართველოს კონსტიტუცია (1995 წელი 24 აგვისტო)
<http://www.parliament.ge/ge/kanonmdebloba/constitution-of-georgia-68>
- საქართველოს პარლამენტის ეროვნული ბიბლიოთეკა. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მდგომარეობა საქართველოში. www.nplg.gov.ge (2006)
- საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2013 წლის ანგარიში. www.moh.gov.ge
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის პირველი ეტაპის შესახებ
http://www.moh.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=29&info_id=2364
- საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური, სტატისტიკური ინფორმაცია, მოსახლეობა; http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=151&lang=geo
- საქართველოში ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარების მოკლე ისტორია.
<http://www.psidiscourse.ge/geo/history.php?id=1%20>
- საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა: პრობლემები და რეკომენდაციები. <http://transparency.ge/blog/saqoveltao-janmrteლობის-datsvis-sakhelmtsipo-programa-problemebi-da-rekomendatsiebi?page=2>
- სახელმწიფო პროგრამები 2012 / http://www.georgia-ccm.ge/?page_id=109
- სერგეენკო დ. პირველადი ჯანდაცვა სერიოზულ რეფორმას საჭიროებს. Ipress.ge

- სოციალური მომსახურების სააგენტო, ბავშვთა ონკოპემატოლოგიური მომსახურება.
http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=884
- სოციალური მომსახურების სააგენტო, ჯანდაცვის პროგრამები
http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=804
- ჯანდაცვა, სტატისტიკური ცნობარი, 2012. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. თბილისი. 2013 წ. გვ. 28.
- Bdrnighausen T, Sauerborn R. One Hundred and Eighteen Years of the German Health Insurance System: Are There Any Lessons for Middle- and Low-Income Countries?” Social Science and Medicine 2002;54(10):1559–87.
- Belli P, Gotsadze G, Shahriari H. Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. Health Policy. 2004;70:109–123.
- Bochorishvili E, Peradze N. Georgia’s Healthcare Sector. Galt & Taggart. 2020.
<https://galtandtaggart.com/upload/reports/18868.p>
- Bodenheimer TS, Grumbach K. Understanding Health Policy. Fifth edition. 2009
- Busse R, Nolte E. New Citizens: East Germans in a United Germany. In: Healy J, McKee M, eds. Accessing Healthcare — Responding to diversity. Accessing Healthcare: Responding to Diversity. Oxford University Press, Oxford, 2004; pp.127-144. Available on: <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/15534>. Assessed in January 31, 2022.
- Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- Available on: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107630/HiT-6-9-2004-eng.pdf?sequence=26&isAllowed=y>. Assessed in January 31, 2022.
- Busse R, Schreyögg J, Gericke C. Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries, 2007, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank

- Carrin G. et al. Social Health Insurance Development in low-income developing countries Building Social Security: the challenge of privatisation, X. Scheil-Adlung (ed.). Transactions Publication, London 2001
- Carrin G, James C. Social Health Insurance as a Pathway to Universal Coverage: Key Design Features in the Transition Period. Health Financing Technical Paper, World Health Organization, Geneva. 2004;
- Cascade PN et al. Ineffective use of radiology: the hidden cost. Am J Radiol. 1998;170:56.
- Chanturidze T, Ugulava T, Duran A, Richardson E. Georgia: Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.
- Clougherty T. Of Bismarck and Beveridge
<http://www.adamsmith.org/blog/healthcare/of-bismarck-and-beveridge/>
- Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. JAMA. 1989;261:75.
- Eisenberg JM. Doctors' Decisions and the Cost of Medical Care. Chicago, IL: Health Administration Press; 1986
- Enthoven A, Kronick R. A consumer choice health plan for the 1990s: Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy (Parts 1 and 2). N Engl J Med. 1989;320:29.
- Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. Health care systems in transition: Netherlands. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
- Fisher ES et al. The implications of regional variation in Medicare spending. Ann Intern Med. 2003;138:273.
- Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditures and mortality experience. J Fam Pract. 1998;47:105.
- Fuchs, Victor R. 1990. The Health Economy, Harvard University Press, Cambridge, 1986. Japanese trans. Koichi Emi. Tuttle-Mori Agency Inc., Tokyo 1990.
- Gottret P, Schieber G. Health Financing Revisited, World Bank, 2006.

- Health care systems – the four basic model
<http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/sickaroundtheworld/countries/models.html>
- Hellinger FJ. The impact of financial incentives on physician behavior in managed care plans: A review of the evidence. *Med Care Res Rev.* 1996;53:294.
- Heinemann S, Leiber S, Gress S. Managed competition in the Netherlands-a qualitative study. *Health Policy.* 2013;109(2):113-21. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.08.025.
- Kukava M. Public opinion on the universal healthcare program. Available at: <https://transparency.ge/en/blog/public-opinion-universal-healthcare-program>. Assessed on October 15, 2015
- Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy* 2001;56:171–204.
- Legorreta AP et al. Increased cholecystectomy rate after the introduction of laparoscopic cholecystectomy. *JAMA.* 1993;270:1429.
- Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003 Jun;38(3):831-65.
- McKee M, Delnoij D, Brand H. Prevention and Public Health in Social Health Insurance Systems.” In R. B. Saltman, R. Busse, and J. Figueras, eds., *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies. Berkshire, U.K.: Open University Press, 2004.
- Newhouse JP et al. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *N Engl J Med.* 1981;305:1501
- Rice TH. Containing health care costs. In: Andersen RM, Rice TH, Kominski GF, eds. *Changing the U.S. Health Care System*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1996.
- Rice TH, Labelle RJ. Do physicians induce demand for medical services? *J Health Polit Policy Law.* 1989;14:587.

- Sandier S, Paris V, Polton D. Health care systems in transition: France. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
- Schutte S, Acevedo PNM, Flahaut A. Health systems around the world – a comparison of existing health system rankings. J Glob Health 2024; 8(1):010407.
- Wallace LS. A View Of Health Care Around The World. Ann Fam Med. 2013;11(1):84. doi: 10.1370/afm.1484.
- White CC, Koplan JP, Orenstein WA. Benefits, risks, and costs of immunization for measles, mumps, and rubella. Am J Public Health. 1985;75:739.
- WHO. HEALTH FINANCING STRATEGY: A REFERENCE GUIDE. WHO. HEALTH FINANCING GUIDANCE NO. 3. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254757/9789241512107-eng.pdf?sequence=1&ua=1>
- WHO, Regional Overview of Social Health Insurance in South-East Asia, 2004.
- Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein D. Costs of health care administration in the United States and Canada. N Engl J Med. 2003;349:768.
- Виттер С, Енсор Т. Введение в Экономику Здравоохранения для Стран Восточной Европы и СНГ. Уорк, ВВ: Центр Экономики Здравоохранения Университет Уорка. 2002
- Шейман ИМ. Экономика Здравоохранения. Москва: ТЕИС. 2001