

გერმანიის ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემის მიმოხილვა

თინათინ შარიფაშვილი¹, რამაზ ურუშაძე²

ბრემენის უნივერსიტეტი¹,

საქართველოს უნივერსიტეტი, ჯანმრთელობის მეცნიერებათა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სკოლა²

¹სტუდენტი ბაკალავრი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვა; ²ხელმძღვანელი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დეპარტამენტის უფროსი

სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო სისტემა გერმანიის ფედერაციულ რესპუბლიკაში 130 წელს ითვლის. ის ჯერ კიდევ 1883 წელს, კანცლერ Otto Bismark-ის მიერ იქნა შექმნილი, რომლის მთავარი მიზანი დასაქმებულთა სოლიდარობის პრინციპზე დაფუძნებულ ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში მათი გაერთიანება იყო. იგი ორგანიზებული .ე.წ. “კლასიკური” სოციალური დაზღვევის მაგალითია და ცნობილია, როგორც “ზისმარკის” მოდელი. ამჟამინდელი კანონმდებლობის მიხედვით 2009 წლიდან ყველა მოქალაქის დაზღვევა მანდატორულია. დღესდღეობით სახელმწიფო სადაზღვევო სისტემას წამყვანი როლი უკავია ზოგადად სადაზღვევო სისტემაში. ქვეყნის მოსახლეობის დაახლოებით 90% სახელმწიფო სადაზღვევო სისტემაშია გაწევრებული. სახელმწიფო სადაზღვევო სისტემის პარალელურად 1945 წლიდან კერძო სადაზღვევო სისტემა ამოქმედდა, რომლის ამოცანა იმ შემთხვევათა დაფარვაა, რისიც დაზღვეულთა მიერ ფაქტობრივად ვერ ხდებოდა. დასავლეთ გერმანიაში კერძო სადაზღვევო სისტემის ჩამოყალიბებაში წვლილი არასახელმწიფო სექტორში მომუშავეებმა შეიტანეს. კერძო სადაზღვევო სისტემა, თავიდან მხოლოდ ყოფილი საბჭოთა კავშირის ზონაში, ანუ გერმანიის დემოკრატიულ რესპუბლიკაში არ მოქმედებდა. ამ ორ სექტორს შორის განსხვავება საკმაოდ ნათელი იყო. სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო სისტემის დაფინანსება შემოსავლებით ხდება. შემოსავლებში ძირითადად იგულისხმება, დასაქმებულის დარიცხული ხელფასის 7,3% და დამსაქმებლის მიერ გადახდილი 14,6 %. ეს შენატანები თავს იყრის ჯანდაცვის ფონდში, ე.წ. “სავადმყოფო სალაროებში” და საჭიროების შემთხვევაში სახელმწიფო სადაზღვევო სისტემის მიერ ხდება მითი გადანაწილება რისკების მიხედვით და მომსახურების შესყიდვა. კერძო სადაზღვევო სისტემაში, ამჟამად გერმანიის მოსახლეობის მხოლოდ 10%-ია გაერთიანებული, რომელთა დიდი ნაწილს ფინანსურად შეძლებული და კერძო სექტორში მომუშავენი შეადგენენ. იმისათვის რომ დაცულ იქნას სოლიდარობის პრინციპი, კერძო სადაზღვევო სისტემაში დაზღვეული დასაქმებული პირები იხდიან მეტ გადასახადს ვიდრე სხვა კონტინგენტი. დაზღვევის სახელმწიფო სისტემა სოციალური დაზღვევის ნაწილია, რომელიც მოწოდებულია მოსახლეობის ინტერესების გათვალისწინებით უზრუნველყოს ყოველი მოქალაქის კონსტიტუციური უფლებები ისარგებლოს სამედიცინო მომსახურებით. სადაზღვევო სისტემის ძირითადი პრინციპი - სოლიდარობის პრინციპია, რომელიც შემოსავლების მიუხედავად საზოგადოების ყველა წევრის ერთ და იგივე გადასახადს გულისხმობს. კერძო სადაზღვევო სისტემა არ წარმოადგენს სახელმწიფო სოციალური დაზღვევის ნაწილს, ეს არის კერძო ბიზნესსაქმიანობა, რომელიც წმინდა ეკონომიკურ მოგებას ემსახურება. სახელმწიფო სადაზღვევო სისტემის და კერძო სადაზღვევო სისტემის დაფინანსება სწორედ ამ ნიშნით განსხვავდება ერთმანეთისგან, სადაც სახელმწიფო სადაზღვევო სისტემის დაფინანსება ინდივიდუალურად, შემოსავლების მიხედვით ხდება და ყველა სახელმწიფო სადაზღვევო სისტემაში დაზღვეულს ერთი და იგივე პირობებს სთავაზობენ, ხოლო კერძო სადაზღვევო სისტემაში კი გადასახადები ინდივიდუალურად პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით ისაზღვრება. რაც უფრო მეტის გადახდა შეუძლია კერძოდ დაზღვეულს მით უფრო მეტ შემოთავაზებებს მიიღებს სადაზღვევო სისტემის გეგმით. სხვა ქვეყნებისაგან განსხვავებით გერმანიაში ფუნქციონირებს სამედიცინო დაზღვევის როგორც სახელმწიფო, ასევე კერძო სისტემა. მოქმედი კანონმდებლობით 2007-2009 წლების განმავლობაში ქვეყნის ყველა მოქალაქე უნდა ყოფილიყო დაზღვეული კერძო, ან სახელმწიფო სადაზღვევო სისტემაში. მიუხედავად ერთნაირი მიზნებისა, განსხვავება ამ ორ საფეხურიან სისტემას შორის საკმაოდ დიდია კერძო სადაზღვევო სისტემის პაციენტებს არ უწევთ ჰოსპიტალიზაციის ლოდინი, მასში გაერთიანებულ ექიმთა მომსახურება კერძო პაციენტების შემთხვევაში მაღალანაზღაურებადია. ეს გარემოება გარკვეულ უკმაყოფილებას იწვევს საზოგადოებაში. ცხადია, რომ სახელმწიფო სადაზღვევო სისტემას გარკვეული ხარვეზებიც გააჩნია- ხანგძლივი რიგები ჰოსპიტალიზაციასთვის. გერმანიაში, სამომავლო ალტერნატივად ე.წ. (Bürgerversicherung) სახალხო დაზღვევის სისტემაზე გადასვლა მიიჩნევა.