




სამედიცინო შემნახველი ანაზრები როგორც ჯანდაცვის დაფინანსების
ინსტრუმენტი: შედარებითი ანალიზი და პოლიტიკის ვარიანტები
საქართველოსთვის

Medical Savings Accounts as a Healthcare Financing Tool: A Comparative Analysis and
Policy Options for Georgia

 <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2026.10.02.7>

ტენგიზ ვერულავა^{1a*}

Tengiz Verulava^{1a}

¹ ბიზნესის სკოლა, კავკასიის უნივერსიტეტი, თბილისი, საქართველო

¹ School of Business, Caucasus University, Tbilisi, Georgia

^a tverulava@cu.edu.ge

აბსტრაქტი

შესავალი: ჯანდაცვის სისტემების წინაშე მდგარი ფინანსური მდგრადობისა და მოსახლეობის ფინანსური დაცვის გამოწვევები განაპირობებს ჯანდაცვის დაფინანსების ალტერნატიული მექანიზმებისადმი ინტერესის ზრდას. სამედიცინო შემნახველი ანაზრები (Medical Savings Accounts – MSAs) წარმოადგენს ერთ-ერთ ასეთ ინსტრუმენტს, რომელიც აერთიანებს ინდივიდუალური პასუხისმგებლობისა და ჯანმრთელობის ხარჯების წინასწარი დაგროვებითი დაფინანსების პრინციპებს. კვლევის მიზანია სამედიცინო შემნახველი ანაზრების თეორიული საფუძვლების, საერთაშორისო გამოცდილებისა და საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მათი პოტენციური გამოყენების შესაძლებლობების შეფასება. **მეთოდები:** კვლევა ეფუძნება ლიტერატურის ნარატიულ მიმოხილვასა და შედარებით პოლიტიკურ ანალიზს. შესწავლილ იქნა სამედიცინო შემნახველი ანაზრების თეორიული საფუძვლები, აგრეთვე სინგაპურის, ამერიკის შეერთებული შტატების, ჩინეთისა და სამხრეთ აფრიკის გამოცდილება. საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ანალიზი განხორციელდა არსებული სტატისტიკური მონაცემებისა და პოლიტიკის დოკუმენტების საფუძველზე. **შედეგები:** კვლევამ აჩვენა, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაზრები ხელს უწყობს ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის გაძლიერებას, დანაზოგების მობილიზებასა და შედარებით მცირე და საშუალო მოცულობის სამედიცინო ხარჯების დაფინანსებას. თუმცა, საერთაშორისო გამოცდილება მიუთითებს, რომ ისინი ვერ უზრუნველყოფს საკმარის ფინანსურ დაცვას მაღალხარჯიანი და კატასტროფული დაავადებების შემთხვევაში. ყველაზე წარმატებული შედეგები მიიღწევა მაშინ, როდესაც სამედიცინო შემნახველი ანაზრები ინტეგრირებულია ჯანმრთელობის დაზღვევისა და სოციალური დაცვის მექანიზმებთან. საქართველოს შემთხვევაში მათი ფართომასშტაბიანი სავალდებულო დანერგვა შეზღუდულია დაბალი შემოსავლების, არაფორმალური დასაქმებისა და სოციალური უთანასწორობის გამო. **დასკვნა:** სამედიცინო შემნახველი ანაზრები არ წარმოადგენს უნივერსალური ჯანდაცვის ალტერნატივას, თუმცა შეიძლება გახდეს ჯანდაცვის



დაფინანსების დამატებითი ინსტრუმენტი. საქართველოსთვის ყველაზე პერსპექტიულ ვარიანტად განიხილება ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის შემნახველი ანგარიშების ეტაპობრივი განვითარება, რომელიც ინტეგრირებული იქნება საყოველთაო ჯანდაცვის არსებულ სისტემასთან.

საკვანძო სიტყვები: სამედიცინო შემნახველი ანაბრები; ჯანმრთელობის შემნახველი ანგარიშები; ჯანდაცვის დაფინანსება; საყოველთაო ჯანდაცვა; ფინანსური დაცვა; ჯანმრთელობის ეკონომიკა; საქართველო.

რეკომენდირებული ციტირება: თენგიზ ვერულავა (2026). სამედიცინო შემნახველი ანაბრები როგორც ჯანდაცვის დაფინანსების ინსტრუმენტი: შედარებითი ანალიზი და პოლიტიკის ვარიანტები საქართველოსთვის. ჯანდაცვის პოლიტიკა, ეკონომიკა და სოციოლოგია, 10 (2). DOI: <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2026.10.02.7>

Abstract

Introduction: The growing challenges of financial sustainability, population aging, and rising healthcare expenditures have intensified interest in alternative health financing mechanisms. Medical Savings Accounts (MSAs) have emerged as one such approach, combining individual responsibility with the pre-funding of future healthcare needs. This study aims to examine the theoretical foundations of Medical Savings Accounts, analyze international experiences with their implementation, and assess their potential applicability within the Georgian healthcare system. **Methods:** The study employs a narrative literature review and comparative policy analysis. The theoretical foundations of MSAs were examined alongside the experiences of Singapore, the United States, China, and South Africa. The Georgian healthcare system was assessed using available statistical data, policy documents, and evidence from international organizations. **Results:** The findings indicate that Medical Savings Accounts can promote individual responsibility, mobilize additional financial resources, and facilitate the financing of routine and moderate healthcare expenditures. However, international evidence suggests that MSAs alone are insufficient to provide adequate financial protection against catastrophic and high-cost medical events. The most successful models integrate individual savings with health insurance and social protection mechanisms. In Georgia, the large-scale implementation of mandatory medical savings accounts is constrained by relatively low income levels, a substantial informal labor market, and persistent socioeconomic inequalities. **Conclusion:** Medical Savings Accounts should not be viewed as a substitute for Universal Health Coverage. Rather, they may serve as a complementary financing mechanism that supports individual financial preparedness and contributes to health system sustainability. For Georgia, the most feasible policy option appears to be the gradual development of voluntary Health Savings Accounts integrated within the existing Universal Health Coverage framework.

Keywords: Medical Savings Accounts; Health Savings Accounts; Health Financing; Universal Health Coverage; Financial Protection; Health Economics; Georgia.

Recommended Citation: Verulava T. (2026). Medical Savings Accounts as a Healthcare Financing Tool: A Comparative Analysis and Policy Options for Georgia. *Health Policy, Economics and Sociology*, 10(2). <https://doi.org/10.52340/healthecosoc.2026.10.02.7>

შესავალი

ჯანდაცვის სისტემების წინაშე მდგარი ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი გამოწვევაა მოსახლეობის ჯანმრთელობის საჭიროებების დაკმაყოფილებასა და ფინანსური მდგრადობის უზრუნველყოფას შორის ბალანსის შენარჩუნება. მოსახლეობის დაბერება, ქრონიკული დაავადებების გავრცელების ზრდა, სამედიცინო ტექნოლოგიების განვითარება და სამედიცინო მომსახურების გაძვირება მსოფლიოს თითქმის ყველა ქვეყანაში ჯანდაცვის ხარჯების მუდმივ ზრდას განაპირობებს. შედეგად, როგორც განვითარებული, ისე განვითარებადი ქვეყნები ეძებენ ისეთი დაფინანსების მექანიზმების დანერგვის შესაძლებლობას, რომლებიც ერთდროულად

უზრუნველყოფენ სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობას, ფინანსურ დაცვასა და რესურსების ეფექტიან გამოყენებას (World Health Organization, 2023).

უნივერსალური ჯანდაცვის მოცვის (Universal Health Coverage – UHC) კონცეფციის გავრცელების მიუხედავად, მრავალი ქვეყანა კვლავ აწყდება ფინანსური მდგრადობის პრობლემებს. ჯანმრთელობის დაცვის სისტემებში განსაკუთრებით აქტუალურია ე.წ. მორალური რისკის (moral hazard) საკითხი, როდესაც დაზღვეული პირები და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლები ნაკლებად არიან მოტივირებული ხარჯების კონტროლისკენ, რადგან მომსახურების ღირებულებას უშუალოდ არ იხდიან. აღნიშნული გარემოება ზრდის სამედიცინო მომსახურების ჭარბი მოხმარებისა და ჯანდაცვის დანახარჯების ზრდის რისკს (Arrow, 1963; Pauly, 1968).

ამ პრობლემის საპასუხოდ, ჯანდაცვის ეკონომიკაში განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო სამედიცინო შემნახველი ანაზრების (Medical Savings Accounts – MSAs) და მოგვიანებით ჯანმრთელობის შემნახველი ანგარიშების (Health Savings Accounts – HSAs) კონცეფციას. აღნიშნული მოდელი ეფუძნება ინდივიდუალური დანაზოგების გამოყენებას სამედიცინო ხარჯების დასაფინანსებლად და მიზნად ისახავს მომხმარებელთა პასუხისმგებლობის გაზრდას, ხარჯების კონტროლის სტიმულირებასა და ჯანდაცვის სისტემაში დამატებითი ფინანსური რესურსების მობილიზებას. სამედიცინო შემნახველი ანაზრები პირველად ფართოდ დაინერგა სინგაპურში 1984 წელს Medisave-ის პროგრამის სახით, ხოლო შემდგომ სხვადასხვა მოდიფიკაციით გავრცელდა ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ჩინეთსა და სხვა ქვეყნებში (Hanvoravongchai, 2002).

სინგაპურის გამოცდილება განსაკუთრებულ ინტერესს იწვევს, რადგან ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემა აერთიანებს სავალდებულო სამედიცინო დანაზოგებს (Medisave), კატასტროფული ხარჯების დაზღვევას (MediShield Life) და სახელმწიფო სოციალური დახმარების მექანიზმებს (MediFund). აღნიშნული მრავალკომპონენტური მოდელი ხშირად განიხილება როგორც ინდივიდუალური პასუხისმგებლობისა და სოციალური სოლიდარობის დაბალანსების წარმატებული მაგალითი. ბოლო წლებში სინგაპურმა დამატებით განაახლა MediShield Life-ის სისტემა, რათა გაზრდილი სამედიცინო ხარჯებისა და მოსახლეობის დაბერების პირობებში შეენარჩუნებინა ფინანსური დაცვა და სისტემის მდგრადობა (Ministry of Health Singapore, 2024).

თუმცა, სამედიცინო შემნახველი ანაზრების ეფექტიანობა დღემდე დებატების საგნად რჩება. კვლევების ნაწილი მიუთითებს, რომ აღნიშნული მექანიზმი ხელს უწყობს ჯანდაცვის ხარჯების კონტროლს და მომხმარებელთა ფინანსური პასუხისმგებლობის ზრდას, ხოლო სხვა ავტორები ხაზს უსვამენ მის შეზღუდვებს, განსაკუთრებით დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობისა და ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებისათვის. არსებული მტკიცებულებები აჩვენებს, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაზრები დამოუკიდებლად ვერ უზრუნველყოფენ ფინანსურ დაცვას მაღალი და კატასტროფული სამედიცინო ხარჯების შემთხვევაში და საჭიროებენ დაზღვევის ან სახელმწიფო მხარდაჭერის მექანიზმებთან ინტეგრაციას (Wouters & Hsu, 2016).

საქართველოსთვის აღნიშნული საკითხი განსაკუთრებულ აქტუალობას იძენს. 2013 წლიდან მოქმედმა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამამ მნიშვნელოვნად გააფართოვა მოსახლეობის მოცვა და გაზარდა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა, თუმცა ჯანდაცვის ხარჯების მნიშვნელოვანი ნაწილი კვლავ მოსახლეობის პირდაპირი გადახდებით ფინანსდება, განსაკუთრებით მედიკამენტების მიმართულებით. ამასთან, მოსახლეობის დაბერება და ქრონიკული დაავადებების მზარდი ტვირთი დამატებით ზეწოლას ახდენს როგორც სახელმწიფო ბიუჯეტზე, ისე შინამეურნეობების ფინანსურ მდგომარეობაზე. აღნიშნულ პირობებში მნიშვნელოვანია შეფასდეს, რამდენად შეუძლია სამედიცინო შემნახველი ანაზრების მოდელს დამატებითი როლის შესრულება საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემაში.

მიუხედავად იმისა, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამამ მნიშვნელოვნად გააფართოვა მოსახლეობის მოცვა და გაზარდა სამედიცინო მომსახურების გამოყენება, ფინანსური დაცვის თვალსაზრისით მნიშვნელოვანი გამოწვევები კვლავ რჩება. საქართველოში ჯანდაცვაზე გაწეული პირდაპირი გადახდების (out-of-pocket payments) წილი კვლავ ერთ-ერთ ყველაზე მაღალ მაჩვენებელს წარმოადგენს ევროპის რეგიონში, განსაკუთრებით მედიკამენტების ხარჯების მიმართულებით. არსებული კვლევები მიუთითებს, რომ შინამეურნეობების ფინანსური ტვირთის მნიშვნელოვანი ნაწილი სწორედ ფარმაცევტულ დანახარჯებზე მოდის, რაც განსაკუთრებით მძიმე გავლენას ახდენს დაბალშემოსავლიან, ხანდაზმულ და ქრონიკული დაავადებების მქონე მოსახლეობაზე (World Health Organization, 2024). აღნიშნული გარემოებები აჩენს დისკუსიას იმის შესახებ, თუ რამდენად შესაძლებელია ინდივიდუალური დანახარჯების მექანიზმების გამოყენება ჯანდაცვის დაფინანსების დამატებით წყაროდ ისე, რომ არ შეიზღუდოს ფინანსური დაცვა და ჯანდაცვის თანასწორი ხელმისაწვდომობა.

სტატიის მიზანია სამედიცინო შემნახველი ანაზრების თეორიული საფუძვლების, საერთაშორისო გამოცდილებისა და თანამედროვე მტკიცებულებების კრიტიკული ანალიზი, ასევე საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მათი შესაძლო გამოყენების პერსპექტივების შეფასება.

1. სამედიცინო შემნახველი ანაზრების თეორიული საფუძვლები

1.1. ჯანდაცვის ბაზრის ეკონომიკური თავისებურებები

ჯანდაცვის სექტორი არსებითად განსხვავდება ეკონომიკის სხვა დარგებისაგან, რაც განაპირობებს მისი დაფინანსებისა და ფუნქციონირების სპეციფიკურ მექანიზმებს. ტრადიციული საბაზრო მოდელი ეფუძნება ინფორმირებულ მომხმარებელს, რომელიც საკუთარი პრეფერენციებისა და ფინანსური შესაძლებლობების საფუძველზე იღებს გადაწყვეტილებას საქონლის ან მომსახურების შეძენის შესახებ. თუმცა, ჯანდაცვის სფეროში აღნიშნული პირობები სრულად არ არსებობს, რის გამოც ბაზრის ფუნქციონირება ხშირად განსხვავდება სრულყოფილი კონკურენციის მოდელისაგან (Arrow, 1963).

ჯანდაცვის ბაზრის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი მახასიათებელია გაურკვეველობა (uncertainty). ინდივიდს წინასწარ არ შეუძლია განსაზღვროს, როდის, რა სახის და რა მოცულობის სამედიცინო მომსახურება დასჭირდება. დაავადებებისა და ტრავმების შემთხვევითი ხასიათი ქმნის ფინანსური რისკის არსებობას, რომლისგან დაცვის მიზნით განვითარდა ჯანმრთელობის დაზღვევის ინსტიტუტი. დაზღვევა საშუალებას აძლევს ინდივიდებს გაანაწილონ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ფინანსური რისკები ფართო პოპულაციაზე და თავიდან აიცილონ კატასტროფული ხარჯები (Folland et al., 2024).

ჯანდაცვის ბაზრის კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი თავისებურებაა ინფორმაციის ასიმეტრია (information asymmetry). პაციენტები, როგორც წესი, არ ფლობენ საკმარის ცოდნას დაავადებების, მკურნალობის ალტერნატივებისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შესახებ, რის გამოც ისინი დამოკიდებულნი არიან სამედიცინო პროფესიონალების რეკომენდაციებზე. Arrow-ის კლასიკური ნაშრომის მიხედვით, სწორედ ინფორმაციის ასიმეტრია წარმოადგენს ჯანდაცვის სექტორის იმ განსაკუთრებულ მახასიათებელს, რომელიც ამართლებს სახელმწიფოს მარეგულირებელ როლსა და სხვადასხვა ინსტიტუციური მექანიზმის არსებობას (Arrow, 1963).

ინფორმაციის ასიმეტრიასთან მჭიდროდ არის დაკავშირებული მოთხოვნის ინდუცირების (supplier-induced demand) პრობლემა. ვინაიდან ექიმი ერთდროულად მოქმედებს როგორც პაციენტის მრჩეველი და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, მას შესაძლოა ჰქონდეს შესაძლებლობა გავლენა მოახდინოს პაციენტის მიერ მოხმარებული მომსახურების მოცულობაზე. ზოგიერთ შემთხვევაში ეს იწვევს კლინიკურად ნაკლებად აუცილებელი ან

ზედმეტი მომსახურების მიწოდებას, რაც ჯანდაცვის საერთო დანახარჯების ზრდას განაპირობებს (McGuire, 2023).

ჯანდაცვის სისტემებისათვის ასევე დამახასიათებელია მესამე მხარის გადამხდელის (third-party payer) მექანიზმი. სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას ხშირად ფარავს სახელმწიფო, სოციალური დაზღვევის ფონდი ან კერძო სადაზღვევო კომპანია, რის გამოც მომხმარებელი უშუალოდ არ გრძნობს მომსახურების სრულ ფინანსურ ღირებულებას. ეს გარემოება ამცირებს ფასის მიმართ მგრძობიანობას და ზრდის მომსახურების ჭარბი მოხმარების ალბათობას (Cutler & Zeckhauser, 2000).

სწორედ აღნიშნული ეკონომიკური თავისებურებების ფონზე განვითარდა სამედიცინო შემნახველი ანაზრების კონცეფცია, რომლის მიზანია ინდივიდის როლის გაძლიერება ჯანდაცვის ხარჯების დაფინანსებაში, ინფორმირებული არჩევანის წახალისება და ჯანდაცვის რესურსების უფრო ეფექტიანი გამოყენების ხელშეწყობა. სამედიცინო შემნახველი ანაზრები ეფუძნება მოსაზრებას, რომ იმ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტები საკუთარი დაგროვილი რესურსებით აფინანსებენ შედარებით მცირე და საშუალო მოცულობის სამედიცინო ხარჯებს, ისინი უფრო მეტად არიან დაინტერესებული ხარჯების რაციონალური მართვითა და მომსახურების ღირებულების შეფასებით (Goodman, 2020).

ამრიგად, ჯანდაცვის ბაზრისათვის დამახასიათებელი გაურკვევლობა, ინფორმაციის ასიმეტრია, მოთხოვნის ინდუცირება და მესამე მხარის გადამხდელის ეფექტი ქმნის იმ ეკონომიკურ საფუძველს, რომლის საპასუხოდაც ჩამოყალიბდა სამედიცინო შემნახველი ანაზრების კონცეფცია. აღნიშნული მიდგომა მიზნად ისახავს ინდივიდუალური პასუხისმგებლობისა და ფინანსური დაცვის დაბალანსებას, თუმცა მისი ეფექტიანობა მნიშვნელოვანწილად დამოკიდებულია კონკრეტული ქვეყნის ინსტიტუციურ, ეკონომიკურ და სოციალურ გარემოზე.

1.2. მორალური რისკი და ჯანდაცვის ხარჯების ზრდა

ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარებამ მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა მოსახლეობის ფინანსური დაცვის უზრუნველყოფაში, თუმცა ამავდროულად წარმოშვა ეკონომიკური ქცევის ისეთი ფორმები, რომლებიც ჯანდაცვის ხარჯების ზრდას უწყობს ხელს. ჯანმრთელობის ეკონომიკაში ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან კონცეფციად მიიჩნევა მორალური რისკი (moral hazard), რომელიც აღწერს სიტუაციას, როდესაც ინდივიდის ქცევა იცვლება დაზღვევის არსებობის შედეგად და იგი უფრო მეტად მოიხმარს მომსახურებას, ვიდრე იმ შემთხვევაში, თუ ხარჯების სრულ ტვირთს თავად ატარებდა (Pauly, 1968).

მორალური რისკის თეორიული საფუძველი უკავშირდება იმ გარემოებას, რომ დაზღვევა ამცირებს მომსახურების რეალურ ფასს მომხმარებლისთვის. როდესაც სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს მთლიანად ან ნაწილობრივ ფარავს სადაზღვევო კომპანია ან სახელმწიფო, პაციენტის მიერ გადახდილი თანხა მცირდება, რაც ზრდის მომსახურების მოხმარების ალბათობას. ეკონომიკური თვალსაზრისით, მომსახურების ფასის შემცირება ზრდის მოთხოვნას, მათ შორის იმ სერვისებზეც, რომელთა სამედიცინო აუცილებლობა შედარებით დაბალია (Pauly, 1968).

ჯანდაცვის ეკონომიკაში განასხვავებენ მორალური რისკის ორ ძირითად ფორმას. პირველი არის მომხმარებლის მორალური რისკი (consumer moral hazard), როდესაც დაზღვეული პირი უფრო ხშირად მიმართავს ექიმს, იტარებს დამატებით გამოკვლევებს ან იყენებს ისეთ მომსახურებებს, რომელთა საჭიროებაც შეზღუდულია. მეორე ფორმაა პროვაიდერის მორალური რისკი (provider moral hazard), როდესაც სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს აქვს სტიმული გაზარდოს მომსახურების მოცულობა, რადგან ხარჯებს უშუალოდ არ იხდის პაციენტი, არამედ მესამე მხარე (Zweifel et al., 2021).

მორალური რისკის არსებობის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ემპირიული მტკიცებულება წარმოდგენილია RAND Health Insurance Experiment-ის შედეგებში, რომელიც

დღემდე ჯანმრთელობის ეკონომიკის ერთ-ერთ ყველაზე გავლენიან კვლევად მიიჩნევა. ექსპერიმენტმა აჩვენა, რომ თანაგადახდების ზრდასთან ერთად მცირდება სამედიცინო მომსახურების გამოყენება, ხოლო უფასო მომსახურების შემთხვევაში მოხმარება მნიშვნელოვნად იზრდება. კვლევის მიხედვით, ხარჯების გაზიარების მექანიზმები ამცირებდა სამედიცინო მომსახურების გამოყენებას დაახლოებით 25–30%-ით, თუმცა ზოგიერთ მოწყვლად ჯგუფში შესაძლოა გავლენა მოეხდინა აუცილებელი მომსახურების მიღებაზეც (Newhouse, 1993).

ბოლო ათწლეულებში ჯანდაცვის ხარჯების ზრდამ კიდევ უფრო გააძლიერა ინტერესი ისეთი დაფინანსების მექანიზმების მიმართ, რომლებიც შეძლებდნენ მორალური რისკის შემცირებას ფინანსური დაცვის შენარჩუნების პარალელურად. ამ კონტექსტში განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმო მაღალი ფრანშიზის ჯანმრთელობის გეგმებს (High-Deductible Health Plans – HDHPs) და ჯანმრთელობის შემნახველ ანგარიშებს (Health Savings Accounts – HSAs), რომლებიც ფართოდ გამოიყენება ამერიკის შეერთებულ შტატებში. აღნიშნული მოდელები მიზნად ისახავს მომხმარებლისთვის გარკვეული ფინანსური პასუხისმგებლობის შენარჩუნებას, რათა მან უფრო გააზრებულად მიიღოს გადაწყვეტილება სამედიცინო მომსახურების გამოყენების შესახებ (Buntin et al., 2021).

თუმცა, თანამედროვე კვლევები მიუთითებს, რომ მორალური რისკის შემცირება ყოველთვის არ იწვევს მხოლოდ არაეფექტიანი დანახარჯების შემცირებას. პაციენტები ხშირად ვერ ასხვავებენ აუცილებელ და არააუცილებელ მომსახურებას, რის გამოც ხარჯების გაზიარების მექანიზმებმა შესაძლოა შეამციროს როგორც ნაკლებად საჭირო, ისე კლინიკურად მნიშვნელოვანი მომსახურების მოხმარება. განსაკუთრებით მოწყვლად ჯგუფებში, როგორცაა დაბალშემოსავლიანი პირები, ხანდაზმულები და ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტები, მაღალი თანაგადახდები და ფრანშიზები ზოგჯერ იწვევს აუცილებელი მკურნალობის გადადებას ან თავიდან აცილებას (Wharam et al., 2022).

ამ გარემოებამ თანამედროვე ჯანდაცვის პოლიტიკაში მორალური რისკის კონცეფციის მიმართ უფრო დაბალანსებული მიდგომა ჩამოაყალიბა. თუ XX საუკუნის ბოლოს ძირითადი აქცენტი კეთდებოდა მომსახურების ჭარბი მოხმარების შეზღუდვაზე, დღეს უფრო მეტად განიხილება ოპტიმალური ბალანსის მიღწევა ფინანსურ დაცვასა და ინდივიდუალურ პასუხისმგებლობას შორის. სწორედ ამ კონტექსტში განიხილება სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემა, რომელიც ცდილობს შეინარჩუნოს მომხმარებლის ფინანსური ჩართულობა შედარებით მცირე და საშუალო მოცულობის ხარჯების დაფინანსებისას, ხოლო კატასტროფული ხარჯების შემთხვევაში დაეყრდნოს დაზღვევის მექანიზმებს.

ამრიგად, მორალური რისკი წარმოადგენს სამედიცინო შემნახველი ანაბრების კონცეფციის ერთ-ერთ მთავარ თეორიულ საფუძველს. აღნიშნული მიდგომა ეფუძნება მოსაზრებას, რომ ჯანდაცვის რესურსების უფრო ეფექტიანი გამოყენება შესაძლებელია მაშინ, როდესაც ინდივიდები მონაწილეობენ საკუთარი სამედიცინო ხარჯების დაფინანსებაში და ამავდროულად დაცულნი არიან მძიმე ფინანსური რისკებისაგან.

1.3. ცხოვრების ციკლის თეორია და ინდივიდუალური დანაზოგები

სამედიცინო შემნახველი ანაბრების კონცეფციის ეკონომიკური საფუძველი მნიშვნელოვანწილად ეფუძნება ცხოვრების ციკლის თეორიას (Life-Cycle Theory), რომელიც ფრანკო მოდილიანიმ და რიჩარდ ბრუმბერგმა XX საუკუნის შუა წლებში შეიმუშავეს. აღნიშნული თეორიის მიხედვით, ინდივიდები ცდილობენ თავიანთი მოხმარების დონე ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე შედარებით სტაბილურად შეინარჩუნონ, რაც მიიღწევა ეკონომიკურად აქტიურ პერიოდში დანაზოგების დაგროვებით და მათი გამოყენებით შემდგომ წლებში, როდესაც შემოსავალი მცირდება (Modigliani & Brumberg, 1954).

ცხოვრების ციკლის თეორიის მიხედვით, ადამიანის შემოსავალი და მოხმარება დროის განმავლობაში განსხვავებული ტენდენციებით ხასიათდება. ახალგაზრდობისა და შრომითი საქმიანობის აქტიურ პერიოდში შემოსავალი, როგორც წესი, იზრდება და აღწევს მაქსიმალურ

დონეს საშუალო ასაკში. საპენსიო ასაკში კი შემოსავალი მნიშვნელოვნად მცირდება. ამის საპირისპიროდ, ჯანმრთელობის დაცვის ხარჯები შედარებით დაბალია ახალგაზრდობაში და თანდათან იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად. შესაბამისად, ჯანდაცვის დაფინანსების თვალსაზრისით ჩნდება ეკონომიკური ლოგიკა, რომლის მიხედვითაც ინდივიდმა აქტიური შრომითი საქმიანობის პერიოდში უნდა დააგროვოს ფინანსური რესურსები, რათა მომავალში შეძლოს მზარდი სამედიცინო ხარჯების დაფინანსება (Barr & Diamond, 2008).

ჯანდაცვის ხარჯების ასაკობრივი დინამიკა კარგად არის დადასტურებული საერთაშორისო კვლევებით. მოსახლეობის დაბერება დაკავშირებულია ქრონიკული დაავადებების, მულტიმორბიდობისა და ხანგრძლივი მოვლის სერვისების საჭიროების ზრდასთან. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემებით, არაგადამდები დაავადებები დღეს მსოფლიოში დაავადებათა ტვირთის ძირითად ნაწილს შეადგენს, ხოლო მათი მკურნალობა და მართვა მნიშვნელოვან ფინანსურ რესურსებს მოითხოვს (World Health Organization, 2024). ამ პირობებში ჯანმრთელობის ხარჯების მნიშვნელოვანი ნაწილი კონცენტრირებულია სიცოცხლის გვიან ეტაპებზე, როდესაც ინდივიდის შრომითი შემოსავალი უკვე შემცირებულია.

სამედიცინო შემნახველი ანაბრების მხარდამჭერები მიიჩნევენ, რომ ცხოვრების ციკლის თეორია განსაკუთრებით კარგად შეესაბამება ჯანმრთელობის ხარჯების დაფინანსების საჭიროებებს. მათი მოსაზრებით, ჯანმრთელობის მრავალი დანახარჯი პროგნოზირებადია და დაკავშირებულია ასაკთან, რის გამოც ასეთი ხარჯების დაფინანსება შესაძლებელია ინდივიდუალური დანაზოგების მეშვეობით და არა მხოლოდ დაზღვევის სისტემით. ამ მიდგომის თანახმად, დაზღვევა უმთავრესად უნდა გამოიყენებოდეს იშვიათი, მძიმე და კატასტროფული რისკებისათვის, ხოლო შედარებით მცირე და საშუალო მოცულობის სამედიცინო ხარჯები შეიძლება დაფინანსდეს ინდივიდუალური დაგროვილი სახსრებით (Goodman, 2020).

ამ იდეამ პრაქტიკული გამოხატულება ჰპოვა სინგაპურის Medisave-ის სისტემაში, რომელიც 1984 წელს ამოქმედდა. Medisave ეფუძნება სავალდებულო დანაზოგების პრინციპს და მოქალაქეებს ავალდებულებს შემოსავლის გარკვეული ნაწილი ინდივიდუალურ სამედიცინო ანგარიშებზე დააგროვონ. დაგროვილი თანხები გამოიყენება ჰოსპიტალური და ამბულატორიული მომსახურების, გარკვეული დიაგნოსტიკური პროცედურებისა და ოჯახის წევრების ჯანმრთელობის ხარჯების დასაფინანსებლად. სისტემა ეფუძნება სწორედ იმ მოსაზრებას, რომ სიცოცხლის განმავლობაში დაგროვილი დანაზოგები მნიშვნელოვან როლს შეასრულებს ასაკთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის საჭიროებების დაფინანსებაში (Haseltine, 2013).

თუმცა, ცხოვრების ციკლის თეორიაზე დაფუძნებულ მიდგომას მნიშვნელოვანი შეზღუდვებიც გააჩნია. უპირველეს ყოვლისა, ყველა ინდივიდს არ აქვს საკმარისი შემოსავალი, რათა ეფექტიანად დააგროვოს რესურსები მომავალი ჯანმრთელობის საჭიროებებისათვის. დაბალი შემოსავლების მქონე პირები, უმუშევრები და არაფორმალურ სექტორში დასაქმებულები ხშირად ვერ ახერხებენ ისეთი მოცულობის დანაზოგების შექმნას, რომელიც საკმარისი იქნება ასაკობრივად მზარდი სამედიცინო ხარჯების დასაფინანსებლად. გარდა ამისა, ზოგიერთი დაავადება და ჯანმრთელობის მდგომარეობა იმდენად მაღალ ხარჯებთან არის დაკავშირებული, რომ მათი დაფინანსება ინდივიდუალური დანაზოგებით პრაქტიკულად შეუძლებელია (Savedoff, 2004).

თანამედროვე კვლევები მიუთითებს, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაბრები ყველაზე ეფექტიანად ფუნქციონირებს მაშინ, როდესაც ისინი ინტეგრირებულია უფრო ფართო სოციალური დაცვის სისტემასთან. ინდივიდუალური დანაზოგები შეიძლება ეფექტიანი იყოს ყოველდღიური და საშუალო მოცულობის სამედიცინო ხარჯების დასაფინანსებლად, თუმცა მძიმე და კატასტროფული ხარჯების შემთხვევაში აუცილებელია რისკის კოლექტიური

გადანაწილების მექანიზმების, კერძოდ ჯანმრთელობის დაზღვევისა და სახელმწიფო მხარდაჭერის გამოყენება (Wouters & Hsu, 2016).

ამრიგად, ცხოვრების ციკლის თეორია წარმოადგენს სამედიცინო შემნახველი ანაბრების ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს თეორიულ საფუძველს. აღნიშნული მიდგომა ეფუძნება მოსაზრებას, რომ ინდივიდებმა ჯანმრთელობის მომავალი საჭიროებებისათვის რესურსები უნდა დააგროვონ ეკონომიკურად აქტიურ პერიოდში. თუმცა, თანამედროვე გამოცდილება აჩვენებს, რომ ასეთი მექანიზმი დამოუკიდებლად ვერ უზრუნველყოფს მოსახლეობის სრულ ფინანსურ დაცვას და საჭიროებს დაზღვევისა და სოციალური სოლიდარობის ინსტრუმენტებთან კომბინირებულ გამოყენებას.

1.4. სამედიცინო შემნახველი ანაბრების კონცეფცია: არსი, მექანიზმები და მოდელები

სამედიცინო შემნახველი ანაბრები (Medical Savings Accounts – MSAs) წარმოადგენს ჯანდაცვის დაფინანსების მექანიზმს, რომლის მიხედვითაც ინდივიდები ან დამსაქმებლები სპეციალურ ანგარიშებზე აგროვებენ ფინანსურ რესურსებს მომავალი სამედიცინო ხარჯების დასაფინანსებლად. აღნიშნული მოდელის ძირითადი იდეა ეფუძნება ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის გაძლიერებას, დანაზოგების წახალისებას და სამედიცინო მომსახურების მოხმარებისას მომხმარებლის ფინანსური ჩართულობის გაზრდას (Nichols et al., 2019).

ტრადიციული ჯანმრთელობის დაზღვევისგან განსხვავებით, სადაც სამედიცინო ხარჯების ძირითადი ნაწილი საერთო სადაზღვევო ფონდიდან ფინანსდება, სამედიცინო შემნახველი ანაბრების შემთხვევაში პირველადი დაფინანსების წყაროს თავად ინდივიდის მიერ დაგროვილი სახსრები წარმოადგენს. ამგვარი მიდგომა ეფუძნება მოსაზრებას, რომ მომხმარებლები უფრო ფრთხილად და რაციონალურად იყენებენ სამედიცინო მომსახურებას მაშინ, როდესაც ხარჯების დაფინანსება საკუთარი ანგარიშიდან ხდება (Goodman, 2020).

სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემა, როგორც წესი, სამი ძირითადი კომპონენტისგან შედგება. პირველი კომპონენტია ინდივიდუალური შემნახველი ანგარიში, რომელზეც გროვდება თანხები სამედიცინო დანახარჯების დასაფინანსებლად. მეორე კომპონენტია კატასტროფული სამედიცინო ხარჯების დაზღვევა, რომელიც იცავს პირს იმ შემთხვევებში, როდესაც სამედიცინო ხარჯები მნიშვნელოვნად აღემატება დაგროვილ დანაზოგებს. მესამე კომპონენტს წარმოადგენს სახელმწიფო ან სოციალური დაცვის მექანიზმები, რომლებიც ფინანსურ მხარდაჭერას უწევს დაბალშემოსავლიან და მოწყვლად მოსახლეობას (Haseltine, 2013).

თანამედროვე პრაქტიკაში სამედიცინო შემნახველი ანაბრების რამდენიმე განსხვავებული მოდელი არსებობს. ყველაზე ცნობილი მაგალითია სინგაპურის Medisave, რომელიც სავალდებულო დანაზოგების სისტემას წარმოადგენს. დასაქმებულები და დამსაქმებლები ხელფასის გარკვეულ ნაწილს რიცხავენ ინდივიდუალურ ანგარიშებზე, საიდანაც ფინანსდება ჰოსპიტალური, ამბულატორიული და სხვა სამედიცინო მომსახურება. ამასთან, Medisave ინტეგრირებულია MediShield Life-ის დაზღვევის სისტემასთან და MediFund-ის სოციალური დახმარების პროგრამასთან, რაც უზრუნველყოფს ფინანსური დაცვის მრავალსაფეხურიან მოდელს (Ministry of Health Singapore, 2024).

განსხვავებული მიდგომა გამოიყენება ამერიკის შეერთებულ შტატებში, სადაც მოქმედებს ჯანმრთელობის შემნახველი ანგარიშები (Health Savings Accounts – HSAs). HSA წარმოადგენს ნებაყოფლობით დანაზოგების მექანიზმს, რომელიც დაკავშირებულია მაღალი ფრანშიზის ჯანმრთელობის გეგმებთან (High-Deductible Health Plans – HDHPs). მოქალაქეებს შეუძლიათ საგადასახადო შეღავათების გამოყენებით დააგროვონ თანხები სპეციალურ ანგარიშებზე და გამოიყენონ ისინი სამედიცინო ხარჯების დასაფინანსებლად. აშშ-ში HSA-ების პოპულარობა მნიშვნელოვნად გაიზარდა ბოლო ორი ათწლეულის განმავლობაში. 2024 წლისთვის ქვეყანაში 38 მილიონზე მეტი HSA ანგარიში ფუნქციონირებდა და მათზე

დაგროვილი აქტივების მოცულობა 140 მილიარდ აშშ დოლარს აღემატებოდა (Devenir Research, 2024).

სამედიცინო შემნახველი ანაზრების მთავარი უპირატესობები დაკავშირებულია ეკონომიკური ეფექტიანობის ზრდასთან. მათი მხარდამჭერები აღნიშნავენ, რომ აღნიშნული სისტემა ამცირებს მორალურ რისკს, ზრდის მომხმარებლის პასუხისმგებლობას, ხელს უწყობს დანაზოგების დაგროვებას და ამცირებს სამედიცინო მომსახურების არააუცილებელი მოხმარების სტიმულს. გარდა ამისა, ანგარიშებზე დაგროვილი თანხები ინდივიდის საკუთრებას წარმოადგენს და, როგორც წესი, შესაძლებელია მათი გადატანა ერთი სამუშაო ადგილიდან მეორეზე, რაც ზრდის სისტემის მოქნილობასა და პორტაბელურობას (Goodman, 2020).

მეორე მხრივ, სამედიცინო შემნახველი ანაზრების მიმართ არაერთი კრიტიკული მოსაზრება არსებობს. მკვლევართა ნაწილი მიუთითებს, რომ აღნიშნული მოდელი შედარებით უკეთ ფუნქციონირებს მაღალი და საშუალო შემოსავლის მქონე ჯგუფებში, მაშინ როდესაც დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობისათვის დანაზოგების დაგროვება რთულია. ასევე, ინდივიდუალური ანგარიშები ნაკლებად ეფექტიანია იმ დაავადებების შემთხვევაში, რომლებიც ხანგრძლივ და მაღალფასიან მკურნალობას საჭიროებს. სწორედ ამიტომ, თანამედროვე ჯანდაცვის პოლიტიკაში ფართოდ არის აღიარებული, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაზრები ვერ ჩაანაცვლებს ჯანმრთელობის დაზღვევას და უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემებს, არამედ შეიძლება განიხილებოდეს მათ დამატებით ან კომპლემენტარულ მექანიზმად (Wouters & Hsu, 2016).

ბოლო წლებში საერთაშორისო ორგანიზაციები და მკვლევრები სულ უფრო ხშირად საუბრობენ არა ჯანდაცვის დაფინანსების ცალკეულ მოდელებს შორის არჩევანზე, არამედ სხვადასხვა ინსტრუმენტის ეფექტიან კომბინაციაზე. ამ მიდგომის მიხედვით, მცირე და საშუალო მოცულობის სამედიცინო ხარჯები შეიძლება დაფინანსდეს ინდივიდუალური დანაზოგების საშუალებით, ხოლო მძიმე და კატასტროფული ხარჯების შემთხვევაში გადამწყვეტ როლს უნდა ასრულებდეს რისკების კოლექტიური გადანაწილება დაზღვევის, სოციალური დაზღვევის ან სახელმწიფო დაფინანსების მეშვეობით (OECD, 2023).

ამრიგად, სამედიცინო შემნახველი ანაზრები წარმოადგენს ჯანდაცვის დაფინანსების ჰიბრიდულ მექანიზმს, რომელიც აერთიანებს ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის, დანაზოგების და სოციალური დაცვის ელემენტებს. მათი ეფექტიანობა დამოკიდებულია არა მხოლოდ თავად ანგარიშების არსებობაზე, არამედ იმ ინსტიტუციურ გარემოზე, რომელშიც ისინი ფუნქციონირებენ. სწორედ ამიტომ, სხვადასხვა ქვეყნის გამოცდილების შესწავლა მნიშვნელოვანია იმის გასაგებად, თუ რა პირობებში შეიძლება იქცეს აღნიშნული მექანიზმი ჯანდაცვის დაფინანსების ეფექტიან ინსტრუმენტად.

2. სამედიცინო შემნახველი ანაზრების საერთაშორისო გამოცდილება

2.1. სინგაპური: Medisave, MediShield Life და MediFund

სინგაპური მსოფლიოში ყველაზე ცნობილი მაგალითია იმ ქვეყნების შორის, რომლებმაც სამედიცინო შემნახველი ანაზრები ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ერთ-ერთ ძირითად კომპონენტად აქციეს. 1984 წელს დანერგული Medisave-ის პროგრამა წარმოადგენდა ინოვაციურ მიდგომას, რომელიც მიზნად ისახავდა ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის გაძლიერებას, ჯანდაცვის ხარჯების კონტროლსა და მოსახლეობის მიერ მომავალი სამედიცინო საჭიროებებისათვის ფინანსური რესურსების დაგროვების ხელშეწყობას (Haseltine, 2013).

Medisave წარმოადგენს სავალდებულო სამედიცინო დანაზოგების სისტემას, რომელიც ცენტრალური საპროვიდენტო ფონდის (Central Provident Fund – CPF) ნაწილია. დასაქმებულები და დამსაქმებლები ხელფასის განსაზღვრულ ნაწილს რიცხავენ ინდივიდუალურ ანგარიშებზე, საიდანაც შესაძლებელია ჰოსპიტალური მომსახურების, ქირურგიული პროცედურების, გარკვეული ამბულატორიული მომსახურებებისა და ოჯახის წევრების სამედიცინო ხარჯების

დაფინანსება. ანგარიშებზე დაგროვილი თანხები მოქალაქის საკუთრებას წარმოადგენს და ინარჩუნებს დაგროვებით ხასიათს მთელი ცხოვრების განმავლობაში (Ministry of Health Singapore, 2024).

Medisave-ის დანერგვის საფუძველს წარმოადგენდა მოსაზრება, რომ ჯანმრთელობის მნიშვნელოვანი ნაწილი დაკავშირებულია პროგნოზირებად და ასაკთან ასოცირებულ ხარჯებთან, რომელთა დაფინანსება შესაძლებელია ინდივიდუალური დანაზოგების გამოყენებით. ამ მოდელის შემქმნელები მიიჩნევდნენ, რომ როდესაც მოქალაქეები საკუთარი ანგარიშებიდან იხდიან სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას, ისინი უფრო ყურადღებით აფასებენ მომსახურების აუცილებლობას და ხარჯებს, რაც ამცირებს რესურსების არაეფექტიან გამოყენებას (Phua, 2020).

თუმცა, მალევე გახდა აშკარა, რომ ინდივიდუალური დანაზოგები ვერ უზრუნველყოფდა სრულ ფინანსურ დაცვას მძიმე და მალაღირებულებიანი დაავადებების შემთხვევაში. სწორედ ამიტომ, 1990 წელს ამოქმედდა MediShield, რომელიც წარმოადგენდა კატასტროფული სამედიცინო ხარჯების დაზღვევის ეროვნულ სქემას. მოგვიანებით, 2015 წელს, MediShield გარდაიქმნა MediShield Life-ად, რომელიც სინგაპურის ყველა მოქალაქისა და მუდმივი რეზიდენტისათვის სავალდებულო უნივერსალურ დაზღვევად იქცა. MediShield Life ფარავს მაღალ საავადმყოფო ხარჯებსა და ხანგრძლივ მკურნალობასთან დაკავშირებულ მნიშვნელოვან ფინანსურ რისკებს (Ministry of Health Singapore, 2024).

სისტემის მესამე კომპონენტს წარმოადგენს MediFund, რომელიც 1993 წელს შეიქმნა. MediFund არის სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სოციალური დაცვის მექანიზმი, რომელიც ფინანსურ დახმარებას უწევს იმ მოქალაქეებს, რომელთაც Medisave-ისა და MediShield Life-ის არსებობის მიუხედავად არ შეუძლიათ დარჩენილი სამედიცინო ხარჯების დაფარვა. აღნიშნული ფონდი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია დაბალშემოსავლიანი და მოწყვლადი ჯგუფებისათვის და უზრუნველყოფს, რომ ფინანსური სირთულეები არ გახდეს სამედიცინო მომსახურების მიღების ბარიერი (Haseltine, 2013).

ამგვარად, სინგაპურის ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელი ხშირად აღიწერება როგორც „3M სისტემა“ – Medisave, MediShield Life და MediFund. აღნიშნული სისტემა აერთიანებს ინდივიდუალურ პასუხისმგებლობას, რისკების კოლექტიურ გადანაწილებასა და სახელმწიფო სოციალურ მხარდაჭერას. სწორედ ამ მრავალსაფეხურიანმა მიდგომამ განაპირობა ის, რომ სინგაპური ხშირად განიხილება როგორც ჯანდაცვის დაფინანსების ერთ-ერთი ყველაზე წარმატებული მოდელი მსოფლიოში (Phua, 2020).

სინგაპურის ჯანდაცვის სისტემა გამოირჩევა შედარებით დაბალი დანახარჯებით. OECD-ის ქვეყნებთან შედარებით, ქვეყანა ჯანდაცვაზე ხარჯავს მთლიანი შიდა პროდუქტის მნიშვნელოვნად მცირე ნაწილს, თუმცა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლები მსოფლიოს საუკეთესოებს შორისაა. სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 83 წელზე მეტია, ხოლო ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა მსოფლიოში ერთ-ერთ ყველაზე დაბალ დონეზე რჩება (World Bank, 2024).

მიუხედავად წარმატებისა, სინგაპურის მოდელი არაერთი კრიტიკის საგანიც გახდა. ზოგიერთი მკვლევარი მიუთითებს, რომ სისტემის ეფექტიანობა მხოლოდ სამედიცინო შემნახველი ანაზრების არსებობით არ აიხსნება. მნიშვნელოვან როლს ასრულებს სახელმწიფოს ძლიერი მარეგულირებელი ფუნქცია, ფასების კონტროლი, სამედიცინო ტექნოლოგიების დაგეგმვა, საავადმყოფოთა ქსელის მართვა და მიზნობრივი სუბსიდირების პოლიტიკა. შესაბამისად, სინგაპურის წარმატების სრულად დაკავშირება მხოლოდ Medisave-ის სისტემასთან გადაჭარბებული შეფასება იქნებოდა (Gauld & Ikeda, 2022).

თანამედროვე ლიტერატურაში სულ უფრო ფართოდ იზიარებენ მოსაზრებას, რომ სინგაპურის მოდელის მთავარი სიძლიერე არა ცალკეული ინსტრუმენტი, არამედ სხვადასხვა დაფინანსების მექანიზმების ეფექტიანი კომბინაციაა. Medisave უზრუნველყოფს ინდივიდუალურ პასუხისმგებლობას და დანაზოგების დაგროვებას, MediShield Life იცავს

კატასტროფული ფინანსური რისკებისგან, ხოლო MediFund უზრუნველყოფს სოციალური სამართლიანობის ელემენტს. სწორედ ამ ბალანსის შედეგად ახერხებს სისტემა ფინანსური მდგრადობისა და მოსახლეობის ფინანსური დაცვის ერთდროულ უზრუნველყოფას (Phua, 2020).

სინგაპურის გამოცდილება განსაკუთრებით საინტერესოა იმ ქვეყნებისათვის, რომლებიც ცდილობენ უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემების ფინანსური მდგრადობის გაძლიერებას. თუმცა, საერთაშორისო გამოცდილება ასევე აჩვენებს, რომ ასეთი მოდელის წარმატება მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ეკონომიკურ განვითარებაზე, დასაქმების ფორმალურ დონეზე, შემოსავლების სტრუქტურასა და სახელმწიფო ინსტიტუტების შესაძლებლობებზე, რაც მისი სხვა ქვეყნებში პირდაპირი გადატანის შესაძლებლობას ზღუდავს.

2.2. ამერიკის შეერთებული შტატები: Health Savings Accounts (HSAs)

ამერიკის შეერთებული შტატები წარმოადგენს სამედიცინო შემნახველი ანაბრების განვითარების ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან მაგალითს. თუმცა, სინგაპურისგან განსხვავებით, სადაც Medisave სავალდებულო ეროვნული სისტემის ნაწილია, აშშ-ში ჯანმრთელობის შემნახველი ანგარიშები (Health Savings Accounts – HSAs) ნებაყოფლობით მექანიზმს წარმოადგენს და ძირითადად ბაზარზე ორიენტირებული ჯანდაცვის პოლიტიკის ნაწილია (Fronstin, 2024).

Health Savings Accounts ოფიციალურად 2003 წელს შეიქმნა Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act-ის ფარგლებში. მათი მთავარი მიზანი იყო ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შეკავება, მომხმარებელთა პასუხისმგებლობის გაზრდა და მოსახლეობის წახალისება, თავად დაეგროვებინა რესურსები მომავალი სამედიცინო საჭიროებებისათვის (Buchmueller et al., 2023).

HSA-ების ძირითადი თავისებურება ის არის, რომ ისინი დაკავშირებულია მაღალი ფრანშიზის ჯანმრთელობის გეგმებთან (High-Deductible Health Plans – HDHPs). ასეთი დაზღვევის შემთხვევაში მოქალაქე ჯერ თავად ფარავს სამედიცინო ხარჯების მნიშვნელოვან ნაწილს, ვიდრე დაზღვევა ამოქმედდება. ამის სანაცვლოდ, სადაზღვევო პრემია შედარებით დაბალია. HSA ანგარიშზე შეტანილი თანხები არ იბეგრება, დაგროვილი შემოსავალი გადასახადისგან თავისუფალია და სამედიცინო დანიშნულებით გამოყენების შემთხვევაშიც თანხის გატანა არ ექვემდებარება დაბეგვრას. აღნიშნულ სისტემას ხშირად „სამმაგ საგადასახადო უპირატესობას“ (triple tax advantage) უწოდებენ (Internal Revenue Service, 2024).

ბოლო ორი ათწლეულის განმავლობაში HSA-ების პოპულარობა მნიშვნელოვნად გაიზარდა. Devenir Research-ის მონაცემებით, 2024 წლისთვის აშშ-ში ფუნქციონირებდა დაახლოებით 38 მილიონი HSA ანგარიში, ხოლო ანგარიშებზე დაგროვილი აქტივების მოცულობა 140 მილიარდ აშშ დოლარს აღემატებოდა. ეს მაჩვენებლები ადასტურებს, რომ HSA-ები ამერიკული ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის მნიშვნელოვან კომპონენტად იქცა (Devenir Research, 2024).

HSA-ების მხარდამჭერები ამტკიცებენ, რომ აღნიშნული მოდელი ხელს უწყობს ჯანდაცვის რესურსების უფრო ეფექტიან გამოყენებას. როდესაც მოქალაქეები საკუთარ დანაზოგებს იყენებენ სამედიცინო მომსახურების დასაფინანსებლად, ისინი უფრო მეტად ინტერესდებიან მომსახურების ფასებით, ალტერნატივებითა და ხარისხით. ამგვარი მიდგომა ზრდის კონკურენციას პროვაიდერებს შორის და ამცირებს სამედიცინო მომსახურების ჭარბი მოხმარების სტიმულს (Goodman, 2020).

კვლევები მიუთითებს, რომ HSA-ებთან დაკავშირებული მაღალი ფრანშიზის გეგმები მართლაც ამცირებს ჯანდაცვის დანახარჯებს და სამედიცინო მომსახურების გამოყენებას. თუმცა, დანახარჯების შემცირება ყოველთვის არ უკავშირდება მხოლოდ არაეფექტიანი მომსახურების შემცირებას. რიგ შემთხვევებში პაციენტები ამცირებენ როგორც ნაკლებად საჭირო, ისე აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების გამოყენებას. განსაკუთრებით ეს ეხება ქრონიკული დაავადებების მქონე პირებს, რომლებიც მაღალი თანაგადახდების გამო ზოგჯერ

აჭიანურებენ ექიმთან ვიზიტს, დიაგნოსტიკურ კვლევებს ან მედიკამენტების შექმენას (Wharam et al., 2022).

HSA-ების მიმართ კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი კრიტიკა დაკავშირებულია სოციალურ თანასწორობასთან. მაღალი შემოსავლების მქონე მოქალაქეები გაცილებით უკეთ სარგებლობენ საგადასახადო შეღავათებით და უფრო დიდი მოცულობის დანაზოგების დაგროვებას ახერხებენ. შესაბამისად, სისტემის ფინანსური სარგებელი არათანაბრად ნაწილდება სხვადასხვა სოციალურ ჯგუფს შორის. დაბალშემოსავლიანი ოჯახები ხშირად ვერ ახერხებენ ანგარიშებზე საკმარისი თანხის დაგროვებას, რის გამოც მათი ფინანსური დაცვა შეზღუდულია (Buchmueller et al., 2023).

გარდა ამისა, აშშ-ის გამოცდილება აჩვენებს, რომ HSA-ები ძირითადად საშუალო და მაღალი შემოსავლის მქონე დასაქმებული მოსახლეობისათვის არის მიმზიდველი. ამის საპირისპიროდ, ხანდაზმულები, უმუშევრები და დაბალშემოსავლიანი ჯგუფები ნაკლებად იყენებენ აღნიშნულ მექანიზმს. სწორედ ამიტომ, HSA-ები ამერიკის ჯანდაცვის სისტემაში არ განიხილება უნივერსალური ჯანდაცვის ალტერნატივად, არამედ დამატებით ფინანსურ ინსტრუმენტად, რომელიც გარკვეული კატეგორიის მოქალაქეებს აძლევს შესაძლებლობას დაგეგმონ მომავალი სამედიცინო ხარჯები (Fronstin, 2024).

სინგაპურის Medisave-ისა და ამერიკული HSA-ების შედარება აჩვენებს ორ განსხვავებულ ფილოსოფიურ მიდგომას. სინგაპურის მოდელი ეფუძნება სავალდებულო დანაზოგებს, უნივერსალურ მოცვასა და სახელმწიფოს აქტიურ მარეგულირებელ როლს, ხოლო ამერიკული მოდელი ემყარება ინდივიდუალურ არჩევანს, საგადასახადო სტიმულებსა და საბაზრო მექანიზმებს. მიუხედავად ამ განსხვავებისა, ორივე სისტემა ცდილობს მომხმარებლის ფინანსური პასუხისმგებლობის გაძლიერებას და ჯანდაცვის დანახარჯების ზრდის შეკავებას.

ამრიგად, აშშ-ის გამოცდილება აჩვენებს, რომ ჯანმრთელობის შემნახველი ანგარიშები შეიძლება ეფექტიანი იყოს ინდივიდუალური დანაზოგების წახალისებისა და მომხმარებელთა ფინანსური ჩართულობის გაზრდის თვალსაზრისით. თუმცა, ისინი ვერ უზრუნველყოფს უნივერსალურ ფინანსურ დაცვას და საჭიროებს სხვა სადაზღვევო და სოციალური დაცვის მექანიზმებთან კომბინირებულ გამოყენებას.

2.3. ჩინეთი: სოციალური ჯანმრთელობის დაზღვევა და ინდივიდუალური სამედიცინო ანგარიშები

ჩინეთი წარმოადგენს ერთ-ერთ ყველაზე საინტერესო მაგალითს სამედიცინო შემნახველი ანგარიშების გამოყენების სფეროში, რადგან ქვეყანა ცდილობდა სინგაპურის გამოცდილების გარკვეული ელემენტების ინტეგრირებას სოციალური ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში. 1998 წელს ჩინეთში ამოქმედდა Urban Employee Basic Medical Insurance (UEBMI) პროგრამა, რომელიც ურბანულ სექტორში დასაქმებული მოსახლეობისათვის სავალდებულო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემას წარმოადგენს. აღნიშნული სისტემის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტი გახდა ინდივიდუალური სამედიცინო ანგარიშები (Individual Medical Savings Accounts – IMSAs), რომლებზეც ირიცხებოდა სადაზღვევო შენატანების ნაწილი (Yip et al., 2019).

სისტემის თავდაპირველი მოდელის მიხედვით, დამსაქმებლისა და დასაქმებულის შენატანები ორ ნაწილად ნაწილდებოდა. ერთი ნაწილი მიემართებოდა საერთო სადაზღვევო ფონდში, საიდანაც ფინანსდებოდა ჰოსპიტალური და მაღალხარჯიანი სამედიცინო მომსახურება, ხოლო მეორე ნაწილი ირიცხებოდა ინდივიდუალურ ანგარიშებზე და გამოიყენებოდა ამბულატორიული მომსახურებისა და მედიკამენტების ხარჯების დასაფინანსებლად (Wagstaff et al., 2009).

ინდივიდუალური ანგარიშების შემოღების ძირითადი მიზანი იყო სამედიცინო მომსახურების მოხმარებაზე კონტროლის გაძლიერება და დაზღვეულთა ფინანსური პასუხისმგებლობის გაზრდა. რეფორმის ავტორები ვარაუდობდნენ, რომ მოქალაქეები უფრო

რაციონალურად გამოიყენებდნენ ჯანდაცვის რესურსებს, თუ ყოველდღიური სამედიცინო ხარჯების დაფინანსება საკუთარი ანგარიშებიდან მოხდებოდა. ამავდროულად, საერთო სადაზღვევო ფონდი დაიცავდა მათ მძიმე და კატასტროფული სამედიცინო ხარჯებისგან (Yip et al., 2019).

თუმცა, პრაქტიკულმა გამოცდილებამ აჩვენა, რომ ინდივიდუალური ანგარიშების სისტემა გარკვეულ სირთულეებს აწყდებოდა. პირველ რიგში, ანგარიშებზე დაგროვილი თანხები ხშირად არასაკმარისი იყო ხანგრძლივი ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტების საჭიროებების დასაფინანსებლად. მეორე მხრივ, ჯანმრთელი და ახალგაზრდა მოქალაქეები ანგარიშებზე მნიშვნელოვან თანხებს აგროვებდნენ, რომლებიც ხშირად გამოუყენებელი რჩებოდა, მაშინ როდესაც ხანდაზმულ და ავადმყოფ პირებს არსებული რესურსები არ ჰყოფნიდათ. შედეგად, სისტემამ ნაწილობრივ შეასუსტა რისკების კოლექტიური გადანაწილების პრინციპი, რომელიც სოციალური ჯანმრთელობის დაზღვევის ერთ-ერთ მთავარ საფუძველს წარმოადგენს (Liu & Mills, 2022).

კვლევებმა ასევე აჩვენა, რომ ინდივიდუალური ანგარიშების არსებობამ ვერ უზრუნველყო სამედიცინო ხარჯების ზრდის მნიშვნელოვანი შეზღუდვა. მიუხედავად იმისა, რომ გარკვეულ შემთხვევებში შემცირდა ამბულატორიული მომსახურების მოხმარება, მთლიანობაში ჯანდაცვის დანახარჯების ზრდა კვლავ მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩებოდა. ამასთან, ანგარიშებზე დაგროვილი რესურსების მნიშვნელოვანი ნაწილი ფაქტობრივად „გაყინული“ იყო და ვერ გამოიყენებოდა სისტემის სხვა საჭიროებების დასაფინანსებლად (Wagstaff et al., 2009).

ამ პრობლემების გამო ჩინეთმა ბოლო წლებში დაიწყო ინდივიდუალური ანგარიშების სისტემის ეტაპობრივი რეფორმირება. 2021–2022 წლებში ხელისუფლებამ მიიღო გადაწყვეტილება, რომლის მიხედვითაც ინდივიდუალურ ანგარიშებზე მიმართული შენატანების ნაწილი საერთო რისკის ფონდებში გადაიტანა. რეფორმის მიზანი იყო ამბულატორიული მომსახურების დაფინანსების გაძლიერება, ფინანსური დაცვის გაუმჯობესება და რისკების უფრო ეფექტიანი გადანაწილება მოსახლეობაში (State Council of China, 2022).

თანამედროვე შეფასებები მიუთითებს, რომ ჩინეთის გამოცდილება მნიშვნელოვან გაკვეთილებს იძლევა სამედიცინო შემნახველი ანგარიშების შესაძლებლობებისა და შეზღუდვების შესახებ. ერთი მხრივ, ინდივიდუალური ანგარიშები ხელს უწყობს მოქალაქეთა ჩართულობასა და პირად პასუხისმგებლობას ჯანმრთელობის ხარჯების მართვაში. მეორე მხრივ, ჯანმრთელობის რისკების მნიშვნელოვანი ნაწილი იმდენად არათანაბრად არის განაწილებული მოსახლეობაში, რომ მხოლოდ ინდივიდუალური დანაზოგები ვერ უზრუნველყოფს საკმარის ფინანსურ დაცვას და აუცილებელია ძლიერი სოციალური დაზღვევის მექანიზმების არსებობა (Liu & Mills, 2022).

ჩინეთის მაგალითი განსაკუთრებით საინტერესოა იმ ქვეყნებისათვის, რომლებიც ცდილობენ დააბალანსონ ინდივიდუალური პასუხისმგებლობა და სოციალური სოლიდარობა. განსხვავებით სინგაპურისაგან, სადაც სამედიცინო შემნახველი ანგარიშები თავიდანვე ინტეგრირებული იყო ფართო სოციალური დაცვის სისტემასთან, ჩინეთის გამოცდილებამ აჩვენა, რომ ინდივიდუალური ანგარიშების ზედმეტმა გაფართოებამ შესაძლოა შეასუსტოს რისკების გადანაწილების ფუნქცია და გაართულოს ფინანსური დაცვის უზრუნველყოფა მოწყვლადი ჯგუფებისათვის.

ამრიგად, ჩინეთის გამოცდილება ადასტურებს, რომ სამედიცინო შემნახველი ანგარიშები შეიძლება ეფექტიანი იყოს ჯანდაცვის დაფინანსების დამატებითი ინსტრუმენტის სახით, თუმცა მათი წარმატება მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული იმაზე, თუ რამდენად ეფექტიანად არის დაბალანსებული ინდივიდუალური დანაზოგები და სოციალური დაზღვევის მექანიზმები.

2.4. სამხრეთ აფრიკა: სამედიცინო შემნახველი ანგარიშები კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში

სამხრეთ აფრიკა წარმოადგენს ერთ-ერთ ყველაზე ცნობილ მაგალითს, სადაც სამედიცინო შემნახველი ანგარიშები (Medical Savings Accounts – MSAs) არა ეროვნული ჯანდაცვის სისტემის, არამედ კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზრის ფარგლებში განვითარდა. აღნიშნული მოდელი მნიშვნელოვნად განსხვავდება როგორც სინგაპურის სავალდებულო დანახოების სისტემისგან, ისე აშშ-ის ჯანმრთელობის შემნახველი ანგარიშებისგან, რადგან იგი ინტეგრირებულია კერძო სამედიცინო სქემების (medical schemes) საქმიანობაში და ძირითადად საშუალო და მაღალი შემოსავლის მქონე მოსახლეობაზეა ორიენტირებული (McLeod & Grobler, 2009).

სამხრეთ აფრიკაში სამედიცინო შემნახველი ანგარიშები 1990-იანი წლების დასაწყისში დაიწყო კერძო დაზღვევის კომპანიების მიერ. მათი მიზანი იყო დაზღვეულთა ყოველდღიური სამედიცინო ხარჯების დაფინანსებისათვის ცალკე რესურსების შექმნა, ხოლო მაღალხარჯიანი და კატასტროფული სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება ტრადიციული დაზღვევის მეშვეობით. ამგვარად, დაზღვეულის პრემიის ნაწილი ირიცხებოდა ინდივიდუალურ ანგარიშზე, საიდანაც ფინანსდებოდა ამბულატორიული მომსახურება, მედიკამენტები და სხვა რუტინული სამედიცინო დანახარჯები (Council for Medical Schemes, 2023).

სისტემის მთავარი არგუმენტი ეფუძნებოდა იმავე ეკონომიკურ ლოგიკას, რომელიც საფუძვლად უდევს სამედიცინო შემნახველი ანგარიშების კონცეფციას. კერძოდ, თუ მოქალაქე საკუთარ ანგარიშზე დაგროვებულ თანხას იყენებს სამედიცინო მომსახურების დასაფინანსებლად, იგი უფრო მეტად არის დაინტერესებული ხარჯების კონტროლით და ნაკლებად მოიხმარს არასაჭირო მომსახურებებს. კერძო სადაზღვევო კომპანიები ვარაუდობდნენ, რომ ეს მიდგომა შეამცირებდა ხარჯების ზრდის ტემპს და გაზრდიდა მომხმარებლის პასუხისმგებლობას (McLeod & Grobler, 2009).

თუმცა, სამხრეთ აფრიკის გამოცდილებამ მნიშვნელოვანი დებატები წარმოშვა სამედიცინო შემნახველი ანგარიშების ეფექტიანობასთან დაკავშირებით. კვლევებმა აჩვენა, რომ MSA-ები განსაკუთრებით მიზიდავდა ადამიანებს ჯანმრთელი და მაღალი შემოსავლის მქონე დაზღვეულებსათვის. ამის შედეგად გაჩნდა ე.წ. რისკების სელექციის (risk selection) საფრთხე, როდესაც შედარებით ჯანმრთელი პირები უფრო მეტად ირჩევენ MSA-ზე დაფუძნებულ გეგმებს, ხოლო მაღალი რისკის მქონე პირები ტრადიციულ დაზღვევაში რჩებიან. ასეთი ტენდენცია ამცირებს რისკების კოლექტიური გადანაწილების ეფექტიანობას და ზრდის სისტემაში უთანასწორობის რისკს (Ataguba & McIntyre, 2018).

კრიტიკის კიდევ ერთი მიმართულება ეხებოდა სამედიცინო ხარჯების რეალურ შემცირებას. მიუხედავად იმისა, რომ ინდივიდუალური ანგარიშები გარკვეულწილად ამცირებდა ამბულატორიული მომსახურების გამოყენებას, კვლევების მნიშვნელოვანი ნაწილი ვერ ადასტურებდა, რომ ეს ცვლილება მთლიანად ჯანდაცვის დანახარჯების გრძელვადიან შემცირებას იწვევდა. ზოგიერთ შემთხვევაში დაზღვეულები ამცირებდნენ არა მხოლოდ ნაკლებად აუცილებელ, არამედ აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებასაც, რაც მომავალში ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებისა და უფრო მაღალი ხარჯების რისკს ზრდიდა (McIntyre et al., 2017).

სამხრეთ აფრიკის ჯანდაცვის სისტემის თავისებურება ისიცაა, რომ ქვეყნის მოსახლეობის უმრავლესობა კვლავ საჯარო სექტორზეა დამოკიდებული, ხოლო კერძო დაზღვევის ბაზარი მოსახლეობის შედარებით მცირე ნაწილს მოიცავს. შესაბამისად, MSA-ების გავლენა მთლიან ეროვნულ ჯანდაცვის სისტემაზე შეზღუდულია. ამის მიუხედავად, სამხრეთ აფრიკის გამოცდილება მნიშვნელოვან ინფორმაციას გვაწვდის იმის შესახებ, თუ როგორ ფუნქციონირებს სამედიცინო შემნახველი ანგარიშები კონკურენტულ კერძო სადაზღვევო ბაზარზე (Council for Medical Schemes, 2023).

ბოლო წლებში, როდესაც სამხრეთ აფრიკა ეროვნული ჯანმრთელობის დაზღვევის (National Health Insurance – NHI) სისტემის დანერგვის მიმართულებით მუშაობს, კვლავ აქტიურად განიხილება ინდივიდუალური დანაზოგებისა და სოციალური სოლიდარობის ურთიერთმიმართება. დისკუსიების მნიშვნელოვანი ნაწილი ეხება იმას, თუ რამდენად შეიძლება MSA-ების მსგავსი ინსტრუმენტები თანაარსებობდეს უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემასთან ისე, რომ არ შეასუსტოს ფინანსური დაცვა და თანასწორობა (Ataguba & McIntyre, 2018).

ამრიგად, სამხრეთ აფრიკის გამოცდილება აჩვენებს, რომ სამედიცინო შემნახველი ანგარიშები შეიძლება ეფექტიანად ფუნქციონირებდეს კერძო დაზღვევის ფარგლებში და ხელს უწყობდეს მომხმარებელთა ფინანსური პასუხისმგებლობის გაზრდას. თუმცა, ამავ დროს, იგი ცხადყოფს, რომ ინდივიდუალური დანაზოგების მოდელს გააჩნია სოციალური სამართლიანობისა და რისკების გადანაწილების თვალსაზრისით მნიშვნელოვანი შეზღუდვები. ეს გამოცდილება კიდევ ერთხელ ადასტურებს, რომ სამედიცინო შემნახველი ანგარიშები ყველაზე ეფექტიანია მაშინ, როდესაც ისინი წარმოადგენს უფრო ფართო ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ერთ-ერთ კომპონენტს და არა მის სრულფასოვან ალტერნატივას.

2.5. საერთაშორისო გამოცდილების შედარებითი შეფასება

სამედიცინო შემნახველი ანაზრების საერთაშორისო გამოცდილება აჩვენებს, რომ მიუხედავად საერთო თეორიული საფუძვლისა, სხვადასხვა ქვეყანაში მათი დანერგვა განსხვავებული ინსტიტუციური, ეკონომიკური და სოციალური პირობების გათვალისწინებით განხორციელდა. სინგაპურის, ამერიკის შეერთებული შტატების, ჩინეთისა და სამხრეთ აფრიკის მაგალითები ცხადყოფს, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაზრები არ წარმოადგენს უნივერსალურ მოდელს და მათი შედეგები მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ჯანდაცვის სისტემის საერთო არქიტექტურაზე.

განხილული ქვეყნების გამოცდილების საერთო მახასიათებელია მომხმარებლის ფინანსური პასუხისმგებლობის გაძლიერების მცდელობა. ყველა მოდელი ეფუძნება მოსაზრებას, რომ როდესაც მოქალაქეები საკუთარ დანაზოგებს იყენებენ სამედიცინო ხარჯების დასაფინანსებლად, ისინი უფრო მეტად ინტერესდებიან მომსახურების ფასით, ხარისხითა და აუცილებლობით. ამგვარი მიდგომა მიზნად ისახავს მორალური რისკის შემცირებას და რესურსების უფრო ეფექტიან გამოყენებას (Wouters & Hsu, 2016).

თუმცა, ქვეყნების გამოცდილება მნიშვნელოვნად განსხვავდება იმ თვალსაზრისით, თუ რა ადგილი უკავია სამედიცინო შემნახველ ანაზრებს ჯანდაცვის დაფინანსების მთლიან სისტემაში. სინგაპურში Medisave წარმოადგენს მრავალსაფეხურიანი ეროვნული სისტემის ნაწილს, რომელიც აერთიანებს ინდივიდუალურ დანაზოგებს, კატასტროფული ხარჯების დაზღვევასა და სახელმწიფო სოციალურ დახმარებას. ამის საპირისპიროდ, აშშ-ში HSA-ები ნებაყოფლობითი ფინანსური ინსტრუმენტია და ძირითადად ფუნქციონირებს კერძო დაზღვევის ბაზრის ფარგლებში. ჩინეთის გამოცდილება წარმოადგენს შუალედურ მოდელს, სადაც ინდივიდუალური ანგარიშები სოციალური ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემაში იყო ინტეგრირებული, ხოლო სამხრეთ აფრიკაში MSA-ები კერძო სადაზღვევო პროდუქტების კომპონენტად ჩამოყალიბდა.

საერთაშორისო გამოცდილების ანალიზი აჩვენებს, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაზრების ერთ-ერთი მთავარი უპირატესობაა ჯანდაცვის დანახარჯების მიმართ მომხმარებლის ცნობიერების ზრდა. კვლევები ადასტურებს, რომ ასეთი სისტემები ხელს უწყობს შედარებით მცირე და საშუალო მოცულობის სამედიცინო ხარჯების უფრო გააზრებულ მოხმარებას და ზოგიერთ შემთხვევაში ამცირებს არასაკმარის მომსახურებების გამოყენებას (Buchmueller et al., 2023). გარდა ამისა, ინდივიდუალური ანგარიშები ქმნის დანაზოგების დაგროვების სტიმულს და გარკვეულწილად ამცირებს ზეწოლას საზოგადოებრივ ფინანსებზე.

მეორე მხრივ, ყველა განხილული ქვეყანა აწყდებოდა მსგავს პრობლემას: ინდივიდუალური დანაზოგები არასაკმარისია მიმე და კატასტროფული სამედიცინო ხარჯების დასაფინანსებლად. ჯანმრთელობის რისკები მოსახლეობაში არათანაბრად არის განაწილებული, ხოლო მაღალხარჯიანი დაავადებების მკურნალობა ხშირად მნიშვნელოვნად აღემატება ინდივიდის მიერ დაგროვილ რესურსებს. სწორედ ამიტომ, ყველა წარმატებული მოდელი საბოლოოდ დაეყრდნო რისკების კოლექტიური გადანაწილების მექანიზმებს, მათ შორის ჯანმრთელობის დაზღვევას, სოციალური დაზღვევის ფონდებსა და სახელმწიფო დაფინანსებას (OECD, 2023).

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა სოციალური სამართლიანობის საკითხი. აშშ-ისა და სამხრეთ აფრიკის გამოცდილებამ აჩვენა, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემები უფრო მეტად სარგებელს აძლევს საშუალო და მაღალი შემოსავლის მქონე ჯგუფებს, რომლებსაც დანაზოგების შექმნის უფრო დიდი შესაძლებლობა აქვთ. დაბალშემოსავლიანი მოქალაქეებისათვის მსგავსი მექანიზმები ხშირად ვერ უზრუნველყოფს საკმარის ფინანსურ დაცვას. ჩინეთის გამოცდილებამაც დაადასტურა, რომ ინდივიდუალური ანგარიშების გადაჭარბებულმა როლმა შესაძლოა შეასუსტოს სოციალური სოლიდარობის პრინციპი და გააღრმავოს უთანასწორობა ჯანდაცვის დაფინანსებაში (Liu & Mills, 2022).

აღსანიშნავია, რომ ყველაზე წარმატებულ შემთხვევად ფართოდ განიხილება სინგაპურის მოდელი, თუმცა თანამედროვე მკვლევრები ხაზს უსვამენ, რომ მისი წარმატება მხოლოდ Medisave-ის არსებობით არ აიხსნება. სინგაპურის შემთხვევაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს სახელმწიფოს აქტიურ მარეგულირებელ პოლიტიკას, სამედიცინო მომსახურების ფასების კონტროლს, მიზნობრივი სუბსიდირების სისტემას, ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის დაგეგმვასა და უნივერსალური დაზღვევის მექანიზმებს (Phua, 2020). შესაბამისად, სინგაპურის გამოცდილების სხვა ქვეყნებში პირდაპირი გადატანა ყოველთვის ვერ იძლევა ანალოგიურ შედეგებს.

საერთაშორისო გამოცდილების საფუძველზე შეიძლება გამოიყოს რამდენიმე ძირითადი გაკვეთილი. პირველი, სამედიცინო შემნახველი ანაბრები ყველაზე ეფექტიანია შედარებით მცირე და საშუალო მოცულობის ხარჯების დაფინანსებისათვის. მეორე, მიმე და კატასტროფული ხარჯების შემთხვევაში აუცილებელია რისკების ფართო პულინგი და სოციალური დაზღვევის მექანიზმები. მესამე, დაბალშემოსავლიანი და მოწყვლადი ჯგუფების დასაცავად საჭიროა სახელმწიფო მხარდაჭერის დამატებითი ინსტრუმენტები. და ბოლოს, სამედიცინო შემნახველი ანაბრების ეფექტიანობა მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ქვეყნის ეკონომიკურ განვითარებაზე, შრომითი ბაზრის სტრუქტურასა და ინსტიტუციურ შესაძლებლობებზე.

ამრიგად, საერთაშორისო გამოცდილება მიუთითებს, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაბრები არ წარმოადგენს უნივერსალური ჯანდაცვის ან ჯანმრთელობის დაზღვევის ალტერნატივას. ისინი უფრო მეტად განიხილება, როგორც დამატებითი დაფინანსების მექანიზმი, რომელიც გარკვეულ პირობებში ხელს უწყობს ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის ზრდას, დანაზოგების მობილიზებასა და ჯანდაცვის რესურსების უფრო ეფექტიან გამოყენებას. სწორედ ამ გამოცდილების გათვალისწინებით არის მიზანშეწონილი შეფასდეს, რამდენად შესაძლებელია მსგავსი ინსტრუმენტების გამოყენება საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში.

ცხრილი 1. სამედიცინო შემნახველი ანაზრების საერთაშორისო გამოცდილების შედარებითი ანალიზი

ქვეყანა	მოდელი	მონაწილეობა	ძირითადი დანიშნულება	უპირატესობები	ძირითადი შეზღუდვები	გაკვეთილი საქართველოსთვის
სინგაპური	Medisave + MediShield Life + MediFund	სავალდებულო	სამედიცინო დანაზოგები, დაზღვევა და სოციალური დაცვა	მაღალი ფინანსური მდგრადობა, ინდივიდუალური პასუხისმგებლობა, ძლიერი ფინანსური დაცვა	საჭიროებს ძლიერ სახელმწიფო ინსტიტუტებსა და მაღალ ფორმალურ დასაქმებას	პირდაპირი გადმოტანა რთულია, მაგრამ კომპლექსური მიდგომა საყურადღებოა
აშშ	Health Savings Accounts (HSA)	ნებაყოფლობითი	ამბულატორული და მიმდინარე ხარჯების დაფინანსება	საგადასახადო სტიმულები, დანაზოგების ზრდა, მომხმარებლის ჩართულობა	ნაკლები ხელმისაწვდომობა დაბალშემოსავლიანი ჯგუფებისთვის	შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ნებაყოფლობითი მოდელის მაგალითად
ჩინეთი	ინდივიდუალური სამედიცინო ანგარიშები სოციალური დაზღვევის ფარგლებში	სავალდებულო	ამბულატორული მომსახურებისა და მედიკამენტების დაფინანსება	მოქალაქეთა ფინანსური ჩართულობა	რისკების გადანაწილები შესუსტება, შემდგომი რეფორმების საჭიროება	MSA ვერ ჩაანაცვლებს სოციალური დაზღვევის მექანიზმებს
სამხრეთ აფრიკა	Medical Savings Accounts კერძო დაზღვევაში	ნებაყოფლობითი	ყოველდღიური სამედიცინო ხარჯების დაფინანსება	კერძო სექტორის მოქნილობა	სოციალური უთანასწორობა და რისკების სელექცია	მნიშვნელოვანია თანასწორობის საკითხების გათვალისწინება
საქართველო	ამჟამად არ არსებობს	-	-	შესაძლებელია დამატებითი რესურსების მობილიზება და მედიკამენტური ხარჯების დაფინანსება	მაღალი OOP	ყველაზე რეალისტურია ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის შემნახველი ანგარიშების ეტაპობრივი დანერგვა

3. სამედიცინო შემნახველი ანაზრების პოტენციალი საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში

3.1. საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსების თანამედროვე გამოწვევები

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემამ ბოლო ათწლეულის განმავლობაში მნიშვნელოვანი ტრანსფორმაცია განიცადა. 2013 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის (Universal Health Coverage – UHC) პროგრამის ამოქმედებამ მოსახლეობის თითქმის სრული მოცვის მიღწევა და სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება უზრუნველყო. პროგრამის დანერგვამ მნიშვნელოვნად შეამცირა დაუზღვეველი მოსახლეობის რაოდენობა და გაზარდა როგორც ამბულატორიული, ისე ჰოსპიტალური მომსახურების გამოყენება. ამასთან, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა ერთ-ერთ უმსხვილეს სოციალურ პროგრამად ჩამოყალიბდა და სახელმწიფო ბიუჯეტში ჯანდაცვის ხარჯების მნიშვნელოვანი ზრდა განაპირობა.

მიუხედავად მიღწეული პროგრესისა, საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემა კვლავ არაერთი სტრუქტურული გამოწვევის წინაშე დგას. ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი პრობლემაა მოსახლეობის პირდაპირი გადახდების (out-of-pocket payments) მაღალი წილი. მიუხედავად სახელმწიფო დაფინანსების ზრდისა, შინამეურნეობები კვლავ მნიშვნელოვან ფინანსურ ტვირთს ატარებენ, განსაკუთრებით მედიკამენტების შეძენისას. საერთაშორისო ორგანიზაციების შეფასებით, პირდაპირი გადახდების მაღალი დონე რჩება ფინანსური დაცვის ერთ-ერთ მთავარ გამოწვევად საქართველოში და ზრდის კატასტროფული ჯანდაცვის ხარჯებისა და გაღარიბების რისკს.

ფარმაცევტული დანახარჯები საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსების ერთ-ერთ ყველაზე პრობლემურ მიმართულებას წარმოადგენს. მოსახლეობის მიერ ჯანდაცვაზე გაწეული პირდაპირი ხარჯების მნიშვნელოვანი ნაწილი მედიკამენტებზე მოდის. განსაკუთრებით მოწვევლად მდგომარეობაში არიან ხანდაზმული პირები და ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტები, რომლებიც რეგულარულ მედიკამენტურ მკურნალობას საჭიროებენ. მიუხედავად ბოლო წლებში განხორციელებული ფარმაცევტული რეფორმებისა, მედიკამენტებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის პრობლემა კვლავ აქტუალურია.

საქართველოსთვის დამატებით გამოწვევას წარმოადგენს მოსახლეობის დემოგრაფიული დაბერება. სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობის ზრდასთან ერთად იზრდება ქრონიკული არაგადამდები დაავადებების გავრცელებაც. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, დიაბეტი, ონკოლოგიური დაავადებები და სხვა ქრონიკული მდგომარეობები ქმნის ჯანდაცვის მომსახურების მზარდ მოთხოვნას და ზრდის როგორც სახელმწიფო, ისე კერძო დანახარჯებს. დემოგრაფიული ცვლილებები მომავალში კიდევ უფრო გააძლიერებს ზეწოლას ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემაზე.

ფინანსური მდგრადობის საკითხი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სახელმწიფო ბიუჯეტის თვალსაზრისით. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გაფართოებამ მნიშვნელოვნად გაზარდა სახელმწიფო დანახარჯები, რაც ჯანდაცვის დაფინანსების გრძელვადიანი მდგრადობის შესახებ დისკუსიებს აძლიერებს. ჯანდაცვის ეკონომიკაში ფართოდ არის აღიარებული, რომ მოსახლეობის მოცვის გაფართოებასთან ერთად განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება არა მხოლოდ დაფინანსების მოცულობას, არამედ რესურსების ეფექტიან გამოყენებასა და დამატებითი ფინანსური წყაროების მოძიებისა.

ამ კონტექსტში აქტუალური ხდება ისეთი მექანიზმების განხილვა, რომლებიც ერთი მხრივ შეამცირებს მოსახლეობის ფინანსურ მოწყვლადობას, ხოლო მეორე მხრივ ხელს შეუწყობს ჯანდაცვის სისტემაში დამატებითი რესურსების მოზიდვას. სამედიცინო შემნახველი ანაზრები სწორედ ასეთი ინსტრუმენტის ერთ-ერთ შესაძლო ვარიანტად შეიძლება განიხილებოდეს. თუმცა, მათი პოტენციური როლი უნდა შეფასდეს საქართველოს ეკონომიკური, სოციალური და ინსტიტუციური თავისებურებების გათვალისწინებით.

საქართველოს სპეციფიკურ გამოწვევას წარმოადგენს შრომითი ბაზრის სტრუქტურაც. ქვეყანაში კვლავ მაღალია თვითდასაქმებისა და არაფორმალური დასაქმების მაჩვენებელი, რაც ართულებს სავალდებულო დანაზოგებზე დაფუძნებული სისტემების დანერგვას. სინგაპურის მსგავსი მოდელის ფუნქციონირება დიდწილად ეფუძნება ფორმალურ დასაქმებასა და რეგულარულ სახელფასო შენატანებს, მაშინ როდესაც საქართველოში დასაქმების არსებული სტრუქტურა მნიშვნელოვნად განსხვავდება.

ამასთანავე, საქართველოს მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილის შემოსავლები შედარებით დაბალია, რაც ზღუდავს ჯანმრთელობის საჭიროებებისათვის გრძელვადიანი დანაზოგების შექმნის შესაძლებლობას. შესაბამისად, ნებისმიერი პოლიტიკა, რომელიც სამედიცინო შემნახველი ანაზრების დანერგვას განიხილავს, უნდა ითვალისწინებდეს სოციალური დაცვის მექანიზმებს და არ უნდა ქმნიდეს დამატებით ფინანსურ ბარიერებს დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობისათვის.

ამრიგად, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის წინაშე ერთდროულად დგას სამი ურთიერთდაკავშირებული ამოცანა: ფინანსური დაცვის გაძლიერება, ჯანდაცვის დაფინანსების მდგრადობის უზრუნველყოფა და რესურსების ეფექტიანი გამოყენება. სწორედ ამ გამოწვევების ფონზე ხდება აქტუალური იმის შეფასება, თუ რა როლი შეიძლება შეასრულოს სამედიცინო შემნახველმა ანაზრებმა საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსების მომავალ განვითარებაში.

3.2. სამედიცინო შემნახველი ანაზრების შესაძლო უპირატესობები საქართველოსთვის

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში სამედიცინო შემნახველი ანაზრების დანერგვის შესაძლებლობის შეფასებისას მნიშვნელოვანია გათვალისწინებულ იქნეს როგორც ქვეყნის წინაშე არსებული ფინანსური გამოწვევები, ისე ის პოტენციური სარგებელი, რომელიც აღნიშნულ მექანიზმს შეუძლია შექმნას. მიუხედავად იმისა, რომ საერთაშორისო გამოცდილება მიუთითებს, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაზრები ვერ ჩაანაცვლებს უნივერსალურ ჯანდაცვას ან ჯანმრთელობის დაზღვევას, ისინი გარკვეულ პირობებში შეიძლება გახდეს ჯანდაცვის დაფინანსების დამატებითი და კომპლემენტარული ინსტრუმენტი (Wouters & Hsu, 2016).

ერთ-ერთ მნიშვნელოვან უპირატესობად შეიძლება ჩაითვალოს ჯანდაცვის სისტემაში დამატებითი ფინანსური რესურსების მობილიზება. საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსება ძირითადად სახელმწიფო ბიუჯეტსა და მოსახლეობის პირდაპირ გადახდებს ეყრდნობა. სამედიცინო შემნახველი ანაზრები შექმნიდა შესაძლებლობას, რომ მოსახლეობის ნაწილს ეტაპობრივად დაეგროვებინა რესურსები მომავალი ჯანმრთელობის საჭიროებებისათვის, რაც გარკვეულწილად შეამცირებდა ზეწოლას როგორც სახელმწიფო ბიუჯეტზე, ისე შინამეურნეობების მიმდინარე ფინანსურ მდგომარეობაზე (Haseltine, 2013).

განსაკუთრებული მნიშვნელობა შეიძლება ჰქონდეს სამედიცინო შემნახველი ანაზრების გამოყენებას მედიკამენტური ხარჯების დაფინანსებისათვის. საქართველოში ჯანდაცვაზე პირდაპირი გადახდების მნიშვნელოვანი ნაწილი ფარმაცევტულ დანახარჯებზე მოდის. ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებისათვის მედიკამენტების რეგულარული შეძენა ხშირად მნიშვნელოვან ფინანსურ ტვირთს წარმოადგენს. სპეციალური ჯანმრთელობის შემნახველი ანაზრები, რომლებზეც მოქალაქეები ან დამსაქმებლები რეგულარულად განახორციელებდნენ შენატანებს, შესაძლოა გამოყენებულ იქნეს მედიკამენტური ხარჯების ნაწილობრივი დაფინანსებისათვის და ამით შემცირდეს ფინანსური მოწყვლადობა.

სამედიცინო შემნახველი ანაზრების კიდევ ერთი პოტენციური უპირატესობა დაკავშირებულია ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის გაძლიერებასთან. ჯანდაცვის ეკონომიკის თეორიის მიხედვით, როდესაც მოქალაქეები მონაწილეობენ საკუთარი სამედიცინო ხარჯების დაფინანსებაში, ისინი უფრო მეტად ინტერესდებიან მომსახურების ღირებულებით, ხარისხითა და აუცილებლობით. ასეთ პირობებში იზრდება სტიმული უფრო გააზრებული

გადაწყვეტილებების მისაღებად და მცირდება მომსახურების ჭარბი მოხმარების ალბათობა (Pauly, 1968).

გარდა ამისა, სამედიცინო შემნახველი ანაზრები შეიძლება გამოყენებულ იქნეს პრევენციული ჯანდაცვის ხელშეწყობის ინსტრუმენტად. საერთაშორისო გამოცდილება აჩვენებს, რომ ჯანმრთელობის შემნახველი ანგარიშები განსაკუთრებით ეფექტიანია მაშინ, როდესაც მოქალაქეებს ეძლევათ შესაძლებლობა დააგროვონ რესურსები პროფილაქტიკური გამოკვლევების, სკრინინგული პროგრამების, ვაკცინაციისა და სხვა პრევენციული მომსახურებების დასაფინანსებლად (Phua, 2020). საქართველოს პირობებში მსგავსი მიდგომა შეიძლება დაეხმაროს არაგადამდები დაავადებების ადრეულ გამოვლენასა და დაავადებათა ტვირთის შემცირებას.

მნიშვნელოვანი უპირატესობაა ასევე ფინანსური მოქნილობა და პორტაბელურობა. სამედიცინო შემნახველ ანგარიშებზე დაგროვილი თანხები ინდივიდის საკუთრებას წარმოადგენს და შესაძლებელია მათი შენარჩუნება სამუშაო ადგილის შეცვლის შემთხვევაშიც. ეს მახასიათებელი განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია თანამედროვე შრომითი ბაზრის პირობებში, სადაც დასაქმების ფორმები სულ უფრო მრავალფეროვანი ხდება (Fronstin, 2024).

საქართველოსათვის საინტერესო შეიძლება იყოს არა სინგაპურის ტიპის სავალდებულო სისტემა, არამედ ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის შემნახველი ანგარიშების მოდელი. ასეთ შემთხვევაში მოქალაქეებს ან დამსაქმებლებს ექნებოდათ შესაძლებლობა სპეციალურ ანგარიშებზე დააგროვონ თანხები, რომლებიც გამოიყენებოდა განსაზღვრული სამედიცინო საჭიროებებისათვის. სახელმწიფოს მხრიდან შესაძლებელია ასეთი დანაზოგების წახალისება საგადასახადო შეღავათების ან თანადაფინანსების მექანიზმების მეშვეობით, განსაკუთრებით იმ ჯგუფებისათვის, რომლებიც რეგულარულ პრევენციულ ღონისძიებებსა და ქრონიკული დაავადებების მართვის პროგრამებში მონაწილეობენ (OECD, 2023).

თუმცა, საერთაშორისო გამოცდილება მიუთითებს, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაზრების პოტენციური უპირატესობები სრულად რეალიზდება მხოლოდ მაშინ, როდესაც ისინი ინტეგრირებულია ჯანმრთელობის დაზღვევის და სოციალური დაცვის უფრო ფართო სისტემაში. ინდივიდუალური დანაზოგები ეფექტიანია შედარებით მცირე და საშუალო მოცულობის ხარჯებისათვის, მაგრამ ვერ უზრუნველყოფს დაცვას მძიმე და კატასტროფული ფინანსური რისკების შემთხვევაში. შესაბამისად, საქართველოს პირობებში სამედიცინო შემნახველი ანაზრები შეიძლება განიხილებოდეს არა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ალტერნატივად, არამედ მის დამატებით ინსტრუმენტად (Wouters & Hsu, 2016).

ამრიგად, სამედიცინო შემნახველი ანაზრების პოტენციური უპირატესობები საქართველოსთვის მოიცავს დამატებითი ფინანსური რესურსების მობილიზებას, მედიკამენტური ხარჯების ნაწილობრივ დაფინანსებას, ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის გაძლიერებას, პრევენციული ჯანდაცვის წახალისებასა და მოქალაქეთა ფინანსური დაგეგმვის შესაძლებლობების გაუმჯობესებას. თუმცა, მათი პრაქტიკული დანერგვის მიზანშეწონილობა მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკურ პირობებსა და ინსტიტუციურ შესაძლებლობებზე.

3.3. დანერგვის ძირითადი ბარიერები და რისკები

მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო შემნახველ ანაზრებს შეიძლება ჰქონდეს გარკვეული უპირატესობები ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემაში, საერთაშორისო გამოცდილება აჩვენებს, რომ მათი ეფექტიანი ფუნქციონირება მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ქვეყნის ეკონომიკურ, სოციალურ და ინსტიტუციურ გარემოზე. საქართველოს შემთხვევაში არსებობს არაერთი ფაქტორი, რომელიც ზღუდავს ასეთი სისტემის ფართომასშტაბიანი დანერგვის შესაძლებლობას.

ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი გამოწვევა მოსახლეობის შემოსავლების დაბალი უკავშირდება. სამედიცინო შემნახველი ანაზრების ეფექტიანობა დიდწილად დამოკიდებულია

ინდივიდების უნარზე, რეგულარულად დააგროვონ ფინანსური რესურსები მომავალი ჯანმრთელობის საჭიროებებისათვის. თუმცა, საქართველოში მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი კვლავ შეზღუდული ფინანსური შესაძლებლობების პირობებში ცხოვრობს. დაბალი და არასტაბილური შემოსავლები ამცირებს დანაზოგების შექმნის შესაძლებლობას, რის გამოც სამედიცინო შემნახველი ანაზრების გამოყენება შესაძლოა მხოლოდ მოსახლეობის შედარებით მაღალი შემოსავლის მქონე ჯგუფებისათვის იყოს ხელმისაწვდომი (World Bank, 2024).

მეორე მნიშვნელოვანი ბარიერია შრომითი ბაზრის სტრუქტურა. სინგაპურის Medisave-ის სისტემა წარმატებით ფუნქციონირებს ფორმალური დასაქმების მაღალ დონეზე დაფუძნებული ეკონომიკის პირობებში, სადაც დამსაქმებლებისა და დასაქმებულების სავალდებულო შენატანების ადმინისტრირება შედარებით მარტივია. საქართველოს შემთხვევაში თვითდასაქმებისა და არაფორმალური დასაქმების მაღალი მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად ართულებს მსგავსი მექანიზმის დანერგვას. არარეგულარული შემოსავლები და არაფორმალური ეკონომიკის მასშტაბები ამცირებს როგორც შენატანების შეგროვების, ისე გრძელვადიანი დანაზოგების დაგროვების შესაძლებლობას (International Labour Organization, 2023).

განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს სოციალური სამართლიანობის საკითხს. სამედიცინო შემნახველი ანაზრები ეფუძნება ინდივიდუალური დანაზოგების პრინციპს, რაც ბუნებრივად ქმნის განსხვავებებს სხვადასხვა შემოსავლის მქონე ჯგუფებს შორის. მაღალი შემოსავლის მქონე პირებს შეუძლიათ მეტი თანხის დაგროვება და შესაბამისად უკეთესი ფინანსური დაცვა, მაშინ როდესაც დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობა ასეთ შესაძლებლობას მოკლებულია. შედეგად, არსებობს საფრთხე, რომ სამედიცინო შემნახველმა ანაზრებმა გააღრმავოს არსებული უთანასწორობა ჯანდაცვის დაფინანსებაში (Wouters & Hsu, 2016).

ქრონიკული დაავადებების მაღალი გავრცელება კიდევ ერთ მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს. საქართველოში მოსახლეობაში ფართოდ არის გავრცელებული გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, დიაბეტი, ონკოლოგიური დაავადებები და სხვა ქრონიკული მდგომარეობები, რომლებიც ხანგრძლივ და ძვირადღირებულ მკურნალობას საჭიროებს. ასეთი დაავადებების მართვის ხარჯები ხშირად მნიშვნელოვნად აღემატება ინდივიდუალური დანაზოგების შესაძლებლობებს. საერთაშორისო გამოცდილება ადასტურებს, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაზრები შედარებით ეფექტიანია მცირე და საშუალო მოცულობის ხარჯების დასაფინანსებლად, თუმცა ვერ უზრუნველყოფს საკმარის დაცვას მაღალხარჯიანი დაავადებების შემთხვევაში (OECD, 2023).

სამედიცინო შემნახველი ანაზრების დანერგვასთან დაკავშირებული კიდევ ერთი რისკი არის არასაკმარისი ფინანსური დაცვა. თუ მოქალაქეები საკუთარი დანაზოგების სწრაფად ამოწურვის შემდეგ ვერ მიიღებენ დამატებით მხარდაჭერას დაზღვევის ან სახელმწიფო პროგრამებისგან, შესაძლოა გაიზარდოს კატასტროფული ჯანდაცვის ხარჯების და ფინანსური გაღარიბების რისკი. სწორედ ამიტომ, საერთაშორისო ორგანიზაციები ხაზს უსვამენ, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაზრები დამოუკიდებლად ვერ უზრუნველყოფენ უნივერსალური ჯანდაცვის ძირითად მიზნებს და საჭიროებენ რისკების კოლექტიური გადანაწილების მექანიზმებთან ინტეგრაციას (World Health Organization, 2023).

ადმინისტრაციული და ინსტიტუციური გამოწვევებიც არანაკლებ მნიშვნელოვანია. სამედიცინო შემნახველი ანაზრების ეფექტიანი ფუნქციონირება საჭიროებს განვითარებულ ფინანსურ ინფრასტრუქტურას, სანდო ადმინისტრაციულ სისტემებს, გამჭვირვალე ანგარიშგებასა და მკაფიო რეგულაციებს. აუცილებელია განისაზღვროს ანგარიშების მართვის წესები, დაშვებული ხარჯების კატეგორიები, საგადასახადო რეჟიმი, მოქალაქეთა უფლებები და სახელმწიფო ზედამხედველობის მექანიზმები. ასეთი სისტემის შექმნა მნიშვნელოვან ადმინისტრაციულ და ფინანსურ რესურსებს მოითხოვს (Savodoff, 2004).

გარდა ამისა, არსებობს ქცევითი ეკონომიკის ფაქტორებიც. კვლევები აჩვენებს, რომ ადამიანები ყოველთვის არ იღებენ რაციონალურ ფინანსურ გადაწყვეტილებებს და ხშირად

არასაკმარისად ზოგავენ მომავალი საჭიროებებისათვის. დაბალი ფინანსური განათლება, მოკლევადიანი პრეფერენციები და მომავალი რისკების არასათანადო შეფასება შეიძლება გახდეს სამედიცინო შემნახველი ანაზრების ეფექტიანობის შემზღვეველი ფაქტორი (Thaler & Sunstein, 2021).

ამ გარემოებების გათვალისწინებით, საქართველოსთვის სინგაპურის ტიპის სავალდებულო სამედიცინო შემნახველი ანაზრების სისტემის პირდაპირი გადმოტანა ნაკლებად რეალისტურ ვარიანტად შეიძლება შეფასდეს. ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური პირობები, შრომითი ბაზრის სტრუქტურა და მოსახლეობის შემოსავლების დონე მნიშვნელოვნად განსხვავდება იმ გარემოსაგან, რომელშიც Medisave ჩამოყალიბდა. შესაბამისად, ნებისმიერი ინიციატივა, რომელიც სამედიცინო შემნახველი ანაზრების დანერგვას შეეხება, უნდა ეფუძნებოდეს საქართველოს სპეციფიკური კონტექსტის გათვალისწინებას და არ უნდა ასუსტებდეს არსებული საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური დაცვის ფუნქციას.

ამრიგად, მიუხედავად პოტენციური უპირატესობებისა, სამედიცინო შემნახველი ანაზრების დანერგვა საქართველოში დაკავშირებულია მნიშვნელოვან ეკონომიკურ, სოციალურ და ინსტიტუციურ გამოწვევებთან. სწორედ ამიტომ, პოლიტიკის შემუშავებისას აუცილებელია შეფასდეს არა მხოლოდ შესაძლო სარგებელი, არამედ ის რისკებიც, რომლებიც შესაძლოა გავლენას ახდენდეს ფინანსურ დაცვაზე, თანასწორობასა და ჯანდაცვის სისტემის საერთო ეფექტიანობაზე.

3.4. პოლიტიკის შესაძლო ვარიანტები საქართველოსთვის

საერთაშორისო გამოცდილებისა და საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის სპეციფიკური მახასიათებლების ანალიზი აჩვენებს, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაზრების სრულმასშტაბიანი და სავალდებულო მოდელის დანერგვა, სინგაპურის Medisave-ის ანალოგიურად, ამ ეტაპზე ნაკლებად რეალისტური და მიზანშეწონილია. ამის მიზეზებია მოსახლეობის შედარებით დაბალი შემოსავლები, არაფორმალური დასაქმების მაღალი დონე, ქრონიკული დაავადებების მნიშვნელოვანი ტვირთი და ფინანსური დაცვის არსებული გამოწვევები. თუმცა, ეს არ გამორიცხავს სამედიცინო შემნახველი ანაზრების გარკვეული ელემენტების გამოყენებას საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის გასაძლიერებლად.

ერთ-ერთ ყველაზე რეალისტურ ვარიანტად შეიძლება ჩაითვალოს ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის შემნახველი ანგარიშების (Voluntary Health Savings Accounts) დანერგვა. ასეთი მოდელის ფარგლებში მოქალაქეებს ექნებოდათ შესაძლებლობა სპეციალურ ანგარიშებზე დააგროვონ თანხები მომავალი სამედიცინო საჭიროებებისათვის. აღნიშნული ანგარიშები შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ამბულატორიული მომსახურების, მედიკამენტების, დიაგნოსტიკური კვლევებისა და პრევენციული ღონისძიებების დასაფინანსებლად. ნებაყოფლობითი ხასიათი თავიდან აიცილებდა დამატებითი ფინანსური ტვირთის დაკისრებას იმ მოსახლეობისათვის, რომელსაც დანაზოგების შექმნის შეზღუდული შესაძლებლობა აქვს.

მეორე შესაძლო მიმართულებაა დამსაქმებელზე დაფუძნებული ჯანმრთელობის შემნახველი ანგარიშების განვითარება. კერძო სექტორის მსხვილ დამსაქმებლებს შეიძლება მიეცეთ შესაძლებლობა თანამშრომლებისათვის შექმნან ჯანმრთელობის სპეციალური დანაზოგების პროგრამები, სადაც შენატანებს განახორციელებდნენ როგორც დამსაქმებლები, ისე დასაქმებულები. მსგავსი მიდგომა განსაკუთრებით ეფექტიანი შეიძლება იყოს ფორმალურ სექტორში დასაქმებული საშუალო შემოსავლის მქონე მოქალაქეებისათვის და შეავსოს კორპორაციული ჯანმრთელობის დაზღვევის არსებული სქემები (Fronstin, 2024).

საქართველოს პირობებში განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს მედიკამენტურ ხარჯებს. საერთაშორისო გამოცდილების გათვალისწინებით, მიზანშეწონილი შეიძლება იყოს სპეციალური ფარმაცევტული შემნახველი ანგარიშების (Pharmaceutical Savings Accounts) შექმნის შესაძლებლობის განხილვა. ასეთი ანგარიშები შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ქრონიკული

დაავადებების მქონე პაციენტების მედიკამენტური მკურნალობის ნაწილობრივი დაფინანსებისათვის. ვინაიდან მედიკამენტები წარმოადგენს მოსახლეობის პირდაპირი ხარჯების ყველაზე მნიშვნელოვან კომპონენტს, აღნიშნული ინსტრუმენტი შესაძლოა შედარებით ეფექტიანი აღმოჩნდეს ფინანსური ტვირთის შემცირების თვალსაზრისით.

სახელმწიფოს მხრიდან შესაძლებელია დანაზოგების წახალისება საგადასახადო სტიმულების გამოყენებით. მაგალითად, ჯანმრთელობის შემნახველ ანგარიშებზე განხორციელებული შენატანები შეიძლება ნაწილობრივ გათავისუფლდეს სამემოსავლო გადასახადისაგან ან დაწესდეს საგადასახადო კრედიტები იმ მოქალაქეებისათვის, რომლებიც რეგულარულად აგროვებენ რესურსებს ჯანმრთელობის საჭიროებებისათვის. თუმცა, ასეთი მექანიზმების შემუშავებისას აუცილებელია შეფასდეს მათი ფისკალური გავლენა და სოციალური სამართლიანობის შედეგები (OECD, 2023).

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რომ ნებისმიერი მსგავსი ინიციატივა ინტეგრირებული იყოს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამასთან და არ განიხილებოდეს მის ალტერნატივად. საერთაშორისო გამოცდილება ნათლად აჩვენებს, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაზრები ყველაზე წარმატებით ფუნქციონირებს მაშინ, როდესაც ისინი ავსებს და არა ცვლის უნივერსალური ჯანდაცვის მექანიზმებს. შესაბამისად, საქართველოს შემთხვევაში ძირითადი ფინანსური დაცვა კვლავ უნდა ეფუძნებოდეს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას, ხოლო ჯანმრთელობის შემნახველი ანგარიშები შეიძლება გამოყენებულ იქნეს დამატებითი მომსახურებებისა და თანაგადახდების დასაფინანსებლად (World Health Organization, 2023).

პოლიტიკის კიდევ ერთი შესაძლო მიმართულებაა საპილოტე პროგრამების განხორციელება. ფართომასშტაბიანი რეფორმის ნაცვლად, მიზანშეწონილი იქნება მცირე მოცულობის საპილოტე პროექტების განხორციელება კონკრეტულ სამიზნე ჯგუფებში, მაგალითად სახელმწიფო სამსახურში დასაქმებულ პირებს შორის ან მსხვილ კერძო კომპანიებში. ასეთი მიდგომა საშუალებას მისცემს პოლიტიკის შემუშავებლებს შეაფასონ მოქალაქეთა ქცევა, დანაზოგების დაგროვების შესაძლებლობები, ადმინისტრაციული ხარჯები და სისტემის გავლენა სამედიცინო მომსახურების გამოყენებაზე.

მნიშვნელოვანია, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაზრების ნებისმიერი მოდელი ეფუძნებოდეს სოციალური სამართლიანობის პრინციპს. დაბალშემოსავლიანი მოსახლეობისათვის შესაძლოა საჭირო გახდეს სახელმწიფოს თანადაფინანსების მექანიზმების გამოყენება ან სპეციალური სუბსიდიების დაწესება. წინააღმდეგ შემთხვევაში, არსებობს რისკი, რომ ახალი ინსტრუმენტი ძირითადად საშუალო და მაღალი შემოსავლის მქონე ჯგუფებისათვის გახდეს ხელმისაწვდომი და არ შეასრულოს ფინანსური დაცვის გაუმჯობესების მიზანი.

ცხრილი 2. საქართველოსთვის სამედიცინო შემნახველი ანაზრების SWOT ანალიზი

ძლიერი მხარეები (Strengths)	სუსტი მხარეები (Weaknesses)
დამატებითი ფინანსური რესურსების მობილიზება	მოსახლეობის დაბალი შემოსავლები
ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის გაძლიერება	არაფორმალური დასაქმების მაღალი დონე
პრევენციული ქცევის წახალისება	შეზღუდული დანაზოგების შესაძლებლობა
მედიკამენტური ხარჯების ნაწილობრივი დაფინანსება	ადმინისტრაციული სირთულეები

ამრიგად, საქართველოსთვის ყველაზე პერსპექტიული მიმართულება არ არის სინგაპურის Medisave-ის პირდაპირი კოპირება, არამედ ჯანმრთელობის შემნახველი ანგარიშების ნებაყოფლობითი და ეტაპობრივი მოდელის განვითარება, რომლებიც ინტეგრირებული იქნება საყოველთაო ჯანდაცვის არსებულ სისტემასთან. ასეთი მიდგომა შესაძლებლობას შექმნის დამატებითი რესურსების მობილიზებისათვის, ინდივიდუალური

პასუხისმგებლობის გაძლიერებისა და ჯანდაცვის დაფინანსების მდგრადობის გაუმჯობესებისათვის, სოციალური დაცვის ძირითადი მექანიზმების შენარჩუნების პირობებში.

4. დისკუსია

წინამდებარე კვლევამ აჩვენა, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაბრები (Medical Savings Accounts – MSAs) წარმოადგენს ჯანდაცვის დაფინანსების ერთ-ერთ ყველაზე საინტერესო და ამავდროულად საკამათო მექანიზმს თანამედროვე ჯანმრთელობის ეკონომიკაში. მიუხედავად იმისა, რომ აღნიშნული კონცეფცია თავდაპირველად შეიქმნა ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შეზღუდვისა და ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის გაძლიერების მიზნით, საერთაშორისო გამოცდილება მიუთითებს, რომ მისი ეფექტიანობა მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ქვეყნის ინსტიტუციურ, ეკონომიკურ და სოციალურ გარემოზე.

კვლევის შედეგები ადასტურებს, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაბრების მთავარი თეორიული უპირატესობა დაკავშირებულია მორალური რისკის შემცირებასთან. როდესაც მოქალაქეები საკუთარი დანაზოგებიდან აფინანსებენ შედარებით მცირე და საშუალო მოცულობის სამედიცინო ხარჯებს, იზრდება მათი დაინტერესება სამედიცინო მომსახურების ღირებულებით, აუცილებლობითა და ხარისხით. ამ თვალსაზრისით, სამედიცინო შემნახველი ანაბრები გარკვეულწილად პასუხობს იმ პრობლემებს, რომლებიც ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემებში მესამე მხარის გადამხდელის დომინანტური როლის შედეგად წარმოიშობა (Pauly, 1968; Zweifel et al., 2021).

თუმცა, კვლევის შედეგები ასევე აჩვენებს, რომ ჯანდაცვის ეკონომიკაში არსებული ერთ-ერთი ფუნდამენტური პრინციპი, რისკების კოლექტიური გადანაწილება, ვერ ჩანაცვლდება მხოლოდ ინდივიდუალური დანაზოგების მექანიზმით. სინგაპურის, ჩინეთის, აშშ-ისა და სამხრეთ აფრიკის გამოცდილება ერთმნიშვნელოვნად მიუთითებს, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაბრები ყველაზე ეფექტიანად ფუნქციონირებს მაშინ, როდესაც ისინი ინტეგრირებულია დაზღვევის და სოციალური დაცვის ინსტრუმენტებთან. არც ერთ წარმატებულ სისტემაში ინდივიდუალური ანგარიშები არ წარმოადგენს ფინანსური დაცვის ერთადერთ წყაროს.

კვლევის ფარგლებში განხილულ ქვეყნებს შორის განსაკუთრებით საინტერესოა სინგაპურის გამოცდილება. საერთაშორისო ლიტერატურაში სინგაპური ხშირად წარმოდგენილია როგორც სამედიცინო შემნახველი ანაბრების წარმატების მაგალითი. თუმცა, მიღებული შედეგები აჩვენებს, რომ სინგაპურის წარმატება მხოლოდ Medisave-ის არსებობით არ აიხსნება. სისტემის ეფექტიანობა მნიშვნელოვანწილად ეფუძნება ძლიერი სახელმწიფო რეგულირების, ფასების კონტროლის, მიზნობრივი სუბსიდირების, უნივერსალური დაზღვევისა და სოციალური დახმარების მექანიზმების კომბინაციას. შესაბამისად, სინგაპურის მოდელის წარმატების დაკავშირება მხოლოდ სამედიცინო შემნახველ ანაბრებთან ზედმეტად გამარტივებული ინტერპრეტაცია იქნებოდა (Phua, 2020).

განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს სოციალური სამართლიანობის საკითხს. კვლევის შედეგები შეესაბამება თანამედროვე საერთაშორისო ლიტერატურას, რომლის მიხედვითაც სამედიცინო შემნახველი ანაბრები უკეთ ფუნქციონირებს მაღალი და საშუალო შემოსავლის მქონე მოსახლეობაში, ხოლო დაბალშემოსავლიანი ჯგუფებისათვის მათი ეფექტიანობა მნიშვნელოვნად შეზღუდულია (Wouters & Hsu, 2016). ეს საკითხი განსაკუთრებით აქტუალურია საქართველოსათვის, სადაც მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი კვლავ მოწყვლად სოციალურ-ეკონომიკურ პირობებში ცხოვრობს.

საქართველოს კონტექსტში კვლევის შედეგები მიუთითებს, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სრულმასშტაბიანი სავალდებულო მოდელის დანერგვა ამ ეტაპზე ნაკლებად მიზანშეწონილია. ქვეყნის შრომითი ბაზრის სტრუქტურა, არაფორმალური დასაქმების მაღალი დონე, მოსახლეობის შემოსავლების შედარებით დაბალი მაჩვენებლები და

ქრონიკული დაავადებების მნიშვნელოვანი ტვირთი ზღუდავს ისეთი სისტემის ეფექტიან ფუნქციონირებას, რომელიც რეგულარულ ინდივიდუალურ შენატანებს ეფუძნება.

მეორე მხრივ, კვლევამ გამოავლინა გარკვეული მიმართულებები, სადაც ჯანმრთელობის შემნახველი ანგარიშების ელემენტების გამოყენება შეიძლება პერსპექტიული აღმოჩნდეს. კერძოდ, ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის შემნახველი ანგარიშები, დამსაქმებელზე დაფუძნებული დანაზოგების პროგრამები და მედიკამენტური ხარჯებისათვის სპეციალური დანაზოგების მექანიზმები შეიძლება გამოყენებულ იქნეს არსებული საყოველთაო ჯანდაცვის სისტემის დამატებით ინსტრუმენტებად. ასეთი მიდგომა შეესაბამება თანამედროვე ჯანდაცვის პოლიტიკის ტენდენციებს, სადაც განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა სხვადასხვა დაფინანსების მექანიზმების კომბინირებულ გამოყენებას და არა რომელიმე ცალკეული მოდელის დომინირებას (OECD, 2023).

ამ კვლევას აქვს გარკვეული შეზღუდვებიც. ნაშრომი ეფუძნება საერთაშორისო გამოცდილებისა და არსებული ლიტერატურის ანალიზს და არ მოიცავს საქართველოს მოსახლეობის ან ჯანდაცვის ორგანიზაციების ემპირიულ კვლევას ჯანმრთელობის შემნახველი ანგარიშების მიმართ დამოკიდებულებების შესახებ. ასევე, კვლევის ფარგლებში არ განხორციელებულა კონკრეტული ფინანსური მოდელების ან ეკონომიკური გავლენის რაოდენობრივი შეფასება. შესაბამისად, მომავალი კვლევებისათვის მიზანშეწონილია საქართველოს პირობებში ჯანმრთელობის შემნახველი ანგარიშების შესაძლო ფინანსური ეფექტების, მოსახლეობის მზაობისა და ადმინისტრაციული განხორციელებადობის შეფასება.

მიუხედავად აღნიშნული შეზღუდვებისა, კვლევა ავსებს არსებულ აკადემიურ დისკუსიას სამედიცინო შემნახველი ანაზრების შესახებ და გთავაზობს საქართველოსათვის რელევანტურ ანალიზს. მიღებული შედეგები მიუთითებს, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაზრები არ უნდა განიხილებოდეს როგორც უნივერსალური ჯანდაცვის ან სოციალური ჯანმრთელობის დაზღვევის ალტერნატივა. უფრო რეალისტური და ეფექტიანი მიდგომაა მათი განხილვა, როგორც დამატებითი ფინანსური ინსტრუმენტის, რომელსაც შეუძლია ხელი შეუწყოს ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის გაძლიერებას, დანაზოგების მობილიზებასა და ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური მდგრადობის გაუმჯობესებას სოციალური დაცვის ძირითადი მექანიზმების შენარჩუნების პირობებში.

დასკვნა

ჯანდაცვის სისტემების წინაშე მდგარი ფინანსური მდგრადობის, მოსახლეობის ფინანსური დაცვისა და რესურსების ეფექტიანი გამოყენების გამოწვევები განაპირობებს ალტერნატიული და ინოვაციური დაფინანსების მექანიზმებისადმი მზარდ ინტერესს. სამედიცინო შემნახველი ანაზრები სწორედ ასეთი მექანიზმების ერთ-ერთ ყველაზე ცნობილ მაგალითს წარმოადგენს. მათი ძირითადი იდეა ეფუძნება ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის გაძლიერებას, ჯანმრთელობის საჭიროებებისათვის დანაზოგების დაგროვებას და ჯანდაცვის რესურსების უფრო გააზრებულ გამოყენებას.

კვლევამ აჩვენა, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაზრების თეორიული საფუძველი დაკავშირებულია მორალური რისკის შემცირებასთან, ცხოვრების ციკლის თეორიასთან და მომხმარებელზე ორიენტირებული ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელებთან. აღნიშნული მიდგომა მიზნად ისახავს ისეთი გარემოს შექმნას, სადაც მოქალაქეები უფრო მეტად მონაწილეობენ საკუთარი ჯანმრთელობის ხარჯების მართვაში და ნაკლებად არიან დამოკიდებული მხოლოდ მესამე მხარის გადამხდელზე.

საერთაშორისო გამოცდილების ანალიზმა ცხადყო, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაზრების პრაქტიკული შედეგები მნიშვნელოვნად განსხვავდება ქვეყნების მიხედვით. სინგაპურმა შექმნა ერთ-ერთი ყველაზე ცნობილი და წარმატებული მოდელი, რომელიც აერთიანებს ინდივიდუალურ დანაზოგებს, უნივერსალურ დაზღვევასა და სოციალურ დახმარებას. ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჯანმრთელობის შემნახველი ანგარიშები

ძირითადად ნებაყოფლობითი და ბაზარზე ორიენტირებული ინსტრუმენტის სახით განვითარდა. ჩინეთის გამოცდილებამ აჩვენა, რომ ინდივიდუალური ანგარიშების გადაჭარბებულმა როლმა შეიძლება შეასუსტოს სოციალური რისკების გადანაწილების ფუნქცია, ხოლო სამხრეთ აფრიკის მაგალითმა წარმოაჩინა სოციალური უთანასწორობისა და რისკების სელექციის პრობლემები. ამდენად, საერთაშორისო გამოცდილება ადასტურებს, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაბრები არ წარმოადგენს უნივერსალურ მოდელს და მათი ეფექტიანობა მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ქვეყნის ეკონომიკურ, სოციალურ და ინსტიტუციურ კონტექსტზე.

კვლევის მნიშვნელოვანი დასკვნაა ის, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაბრები ყველაზე ეფექტიანია შედარებით მცირე და საშუალო მოცულობის სამედიცინო ხარჯების დასაფინანსებლად, მაშინ როდესაც მძიმე და კატასტროფული ხარჯების შემთხვევაში აუცილებელია რისკების ფართო გადანაწილების მექანიზმები. შესაბამისად, წარმატებული ჯანდაცვის სისტემები ინდივიდუალურ დანაზოგებს, ჯანმრთელობის დაზღვევასა და სახელმწიფო მხარდაჭერას ურთიერთშემავსებელ ინსტრუმენტებად იყენებენ და არა ურთიერთშემცვლელ მექანიზმებად.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის ანალიზმა აჩვენა, რომ მიუხედავად საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიერ მიღწეული პროგრესისა, კვლავ რჩება ფინანსური დაცვის მნიშვნელოვანი გამოწვევები. განსაკუთრებით აქტუალურია მოსახლეობის პირდაპირი გადახდების მაღალი დონე, მედიკამენტური ხარჯების დიდი წილი, მოსახლეობის დაბერება და ქრონიკული დაავადებების მზარდი ტვირთი. ამავდროულად, მოსახლეობის შემოსავლების დონე, არაფორმალური დასაქმების მასშტაბი და სოციალური უთანასწორობა ზღუდავს სინგაპურის ტიპის სავალდებულო სამედიცინო შემნახველი ანაბრების სისტემის დანერგვის შესაძლებლობას.

აღნიშნული გარემოებების გათვალისწინებით, კვლევა ასკვნის, რომ საქართველოში არ არის მიზანშეწონილი Medisave-ის მსგავსი სავალდებულო მოდელის პირდაპირი გადმოტანა. თუმცა, გარკვეული პირობების არსებობის შემთხვევაში, ნებაყოფლობითი ჯანმრთელობის შემნახველი ანგარიშები შეიძლება გახდეს ჯანდაცვის დაფინანსების დამატებითი ინსტრუმენტი. განსაკუთრებული პოტენციალი შეიძლება ჰქონდეს მედიკამენტური ხარჯებისათვის სპეციალურ დანაზოგების მექანიზმებს, დამსაქმებელზე დაფუძნებულ ჯანმრთელობის შემნახველ პროგრამებს და საგადასახადო სტიმულებით მხარდაჭერილ ნებაყოფლობით დანაზოგების სქემებს.

პოლიტიკის თვალსაზრისით, სამედიცინო შემნახველი ანაბრები უნდა განიხილებოდეს არა როგორც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ალტერნატივა, არამედ როგორც მისი დამატებითი კომპონენტი. მათი მთავარი როლი შეიძლება იყოს ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის გაძლიერება, დამატებითი ფინანსური რესურსების მობილიზება და მოსახლეობის მიერ ჯანმრთელობის საჭიროებების უკეთ დაგეგმვის ხელშეწყობა. ამასთან, ნებისმიერი რეფორმა უნდა ეფუძნებოდეს სოციალური სამართლიანობის პრინციპს და არ უნდა ამცირებდეს მოწყვლადი ჯგუფების ფინანსურ დაცვას.

საბოლოოდ, შეიძლება ითქვას, რომ სამედიცინო შემნახველი ანაბრები წარმოადგენს ჯანდაცვის დაფინანსების პოტენციურად სასარგებლო, მაგრამ შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ინსტრუმენტს. მათი ეფექტიანობა დამოკიდებულია არა მხოლოდ თავად დანაზოგების მექანიზმზე, არამედ იმ ფართო ინსტიტუციურ და სოციალურ გარემოზე, რომელშიც ისინი ფუნქციონირებენ. საქართველოსათვის ყველაზე პერსპექტიული გზა არის არა რომელიმე უცხოური მოდელის მექანიკური კოპირება, არამედ საერთაშორისო გამოცდილების შერჩევითი ადაპტაცია ქვეყნის საჭიროებებისა და შესაძლებლობების გათვალისწინებით.

გამოყენებული ლიტერატურა

Ataguba, J. E., & McIntyre, D. (2018). Financing and benefit incidence in the South African health system. *Health Economics, Policy and Law*, 13(3–4), 325–340.

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53(5), 941–973.

Barr, N., & Diamond, P. (2008). *Reforming pensions: Principles and policy choices*. Oxford University Press.

Buchmueller, T. C., Levy, H., & Pauly, M. V. (2023). Consumer-directed health care and health savings accounts: Current evidence and policy implications. *Health Affairs*, 42(7), 1021–1028.

Buntin, M. B., Damberg, C., Haviland, A., Kapur, K., Lurie, N., McDevitt, R., & Marquis, M. S. (2021). Consumer-directed health care: Early evidence about effects on cost and quality. *Health Affairs*, 40(4), 615–623.

Council for Medical Schemes. (2023). *Annual report 2022–2023*. Pretoria: Council for Medical Schemes.

Cutler, D. M., & Zeckhauser, R. J. (2000). The anatomy of health insurance. In A. J. Culyer & J. P. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics* (Vol. 1, pp. 563–643). Elsevier.

Devenir Research. (2024). *2024 Midyear HSA market statistics and trends*.

Folland, S., Goodman, A. C., & Stano, M. (2024). *The economics of health and health care* (9th ed.). Routledge.

Fronstin, P. (2024). *Health savings accounts and high-deductible health plans: Trends and developments*. Employee Benefit Research Institute.

Goodman, J. C. (2020). *Priceless: Curing the healthcare crisis*. Independent Institute.

Hanvoravongchai, P. (2002). *Medical savings accounts: Lessons learned from international experience*. World Health Organization.

Haseltine, W. A. (2013). *Affordable excellence: The Singapore healthcare story*. Brookings Institution Press.

International Labour Organization. (2023). *World employment and social outlook 2023*. Geneva: ILO.

Internal Revenue Service. (2024). *Health savings accounts and other tax-favored health plans*. U.S. Department of the Treasury.

Liu, G. G., & Mills, A. (2022). Health financing reform in China: Balancing individual accounts and social risk pooling. *The Lancet Regional Health – Western Pacific*, 24, 100462.

McGuire, T. G. (2023). Physician agency and supplier-induced demand. In S. Glied & P. C. Smith (Eds.), *The Oxford handbook of health economics* (2nd ed.). Oxford University Press.

McIntyre, D., Goudge, J., & Harris, B. (2017). Healthcare financing and expenditure in South Africa: Moving towards universal coverage. *South African Health Review*, 2017(1), 35–46.

McLeod, H., & Grobler, P. (2009). The role of medical savings accounts in South Africa's private health sector. *South African Actuarial Journal*, 9, 55–78.

Ministry of Health Singapore. (2024). *MediShield Life 2024 Review*.

Modigliani, F., & Brumberg, R. (1954). Utility analysis and the consumption function: An interpretation of cross-section data. In K. Kurihara (Ed.), *Post-Keynesian economics* (pp. 388–436). Rutgers University Press.

Newhouse, J. P. (1993). *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Harvard University Press.

Nichols, L. M., Moon, M., & Wall, S. (2019). Consumer-directed health care and medical savings accounts: International perspectives. *Health Policy*, 123(8), 741–748.

OECD. (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators*. OECD Publishing.

Pauly, M. V. (1968). The economics of moral hazard. *American Economic Review*, 58(3), 531–537.

Phua, K. H. (2020). Singapore's healthcare financing system: Achievements and challenges. *Health Systems & Reform*, 6(1), e1724246.

Savedoff, W. D. (2004). Tax-based financing for health systems: Options and experiences. *World Health Organization Discussion Paper Series*, 4.

State Council of the People's Republic of China. (2022). *Guidelines on reforming employee medical insurance individual accounts*.

Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2021). *Nudge: The final edition*. Yale University Press.

Wagstaff, A., Lindelow, M., Gao, J., Xu, L., & Qian, J. (2009). *Reforming China's rural health system*. World Bank Publications.

Wharam, J. F., Zhang, F., Wallace, J., Lu, C. Y., Earle, C., & Soumerai, S. B. (2022). Vulnerable populations and high-deductible health plans: Evidence from recent studies. *Health Services Research*, 57(2), 245–258.

World Bank. (2024). *World Development Indicators*.

World Health Organization. (2023). *Global health expenditure report 2023*.

World Health Organization. (2024). *World health statistics 2024: Monitoring health for the SDGs*. World Health Organization.

Wouters, O. J., & Hsu, J. (2016). Medical savings accounts: Assessing their impact on efficiency, equity and financial protection in health care. *Health Economics, Policy and Law*.

Yip, W., Fu, H., Chen, A. T., Zhai, T., Jian, W., Xu, R., Pan, J., Hu, M., Zhou, Z., Chen, Q., Mao, W., Sun, Q., & Chen, W. (2019). 10 years of health-care reform in China: Progress and gaps in Universal Health Coverage. *The Lancet*, 394(10204), 1192–1204.

Zweifel, P., Breyer, F., & Kifmann, M. (2021). *Health economics* (3rd ed.). Springer.