

სოციალური დაცვის სისტემა

ხანდაზმული საზოგადოება და მისი ზემოქმედება სოციალურ უზრუნველყოფაზე



ჯანმრთელობის ტესტი საავადმყოფოში (ფოტო AFLO-სგან)

შესავალი

იაპონიაში სოციალური უზრუნველყოფის სისტემა იმგვარადაა მოწყობილი, რომ მოქალაქეების ცხოვრების მინიმალური სტანდარტებით უზრუნველყოფის გარანტიას იძლევა და იცავს მათ გარკვეული სოციალური და ეკონომიკური რისკებისგან. სოციალური უზრუნველყოფის სისტემა ოთხი ძირითადი კომპონენტისგან შედგება, ესენია: სოციალური დახმარება, სოციალური დაზღვევა, სოციალური კეთილდღეობა და საზოგადოების ჯანმრთელობის შენარჩუნება. იაპონიის მოსახლეობის საშუალო ასაკი სწრაფად იზრდება და ვინაიდან მცირდება შობადობის მაჩვენებელი და იზრდება სიცოცხლის ხანგრძლივობა, შესაძლოა მალე დაიწყოს მოსახლეობის რაოდენობის კლება. ამ ვითარებაში კრიტიკულ ხასიათს იმენს მზარდი პენსიების გადახდისა და შენარჩუნების, ასევე სამედიცინო მომსახურებისა და მოხუცებზე ზრუნვის საკითხები, რამდენადაც საზოგადოება იღწვის ჰუმანური და მდგრადი სოციალური უზრუნველყოფის სისტემის შექმნისთვის.

თანამედროვე სოციალური უზრუნველყოფის სისტემის ჩამოყალიბება

1950-იანი წლების ბოლოს ორი ეროვნული კანონის (ჯანმრთელობის დაზღვევისა და პენსიების შესახებ კანონები) მიღებამ თვითდასაქმებული მოქალაქეებისთვის, რომლებიც დაკავებულნი იყვნენ სოფლის მეურნეობით და ასევე იმ მოქალაქეებისთვის, რომლებზეც სოციალური დაზღვევა არ ვრცელდებოდა, ხელმისაწვდომი გახადა ეროვნული პენსია და ეროვნული ჯანდაცვა. 1961 წლის აპრილის დასაწყისიდან ძალაში შევიდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაზღვევის სისტემა და პენსია ხელმისაწვდომი გახდა იაპონიის ყველა მოქალაქისთვის. ეს სოციალური უზრუნველყოფის რეჟიმი მთავრობის ბიუჯეტიდან ფინანსდებოდა, რაც ადეკვატური იყო სწრაფი ეკონომიკური ზრდის პირობებში. ჩამოყალიბდა მტკიცე სისტემა, რომელიც ხალხის კეთილდღეობას უზრუნველყოფდა. 1973 წელს, რომელსაც იაპონელი ხალხი „კეთილდღეობის ეპოქის პირველ წელს“ უწოდებდა, ასაკოვანი მოსახლეობის სოციალური უზრუნველყოფის შესახებ კანონში ცვლილებები შევიდა და ასაკოვანი მოსახლეობა გათავისუფლდა ჯანდაცვის გადასახადებისგან; ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ კანონმდებლობაში ცვლილებების შედეგად კი გაიზარდა სახელმწიფოს მიერ ოჯახების სამედიცინო ხარჯების დაფარვის პროცენტული მაჩვენებელი. პენსიების შესახებ განახლებული კანონმდებლობის მიხედვით გაიზარდა პენსიები და დამტკიცდა მცოცავი შკალა, რომელიც ასახავს სასაქონლო ფასებზე ცვლილებებს. ეს კი განსაკუთრებით მოსახლეობის იმ ნაწილისთვის იყო სასარგებლო, რომელიც ყველაზე მეტად საჭიროებდა დახმარებას.

1973-სა და 1979 წლებში ნავთობის კრიზისის პერიოდში, იაპონიაში დაიწყო სოციალური დახმარების შეზღუდვის ერა. 1983 წელს ძალაში შევიდა კანონი მოხუცებულთა ჯანმრთელობისა და სამედიცინო მომსახურების შესახებ. კანონის თანახმად ასაკობრივი დაავადებების მკურნალობის ხარჯები უნდა დაეფარა არა მხოლოდ ჯანმრთელობის დაზღვევას, არამედ დამსაქმებელს, კოოპერატივს და ჯანმრთელობის დაზღვევის სხვა პროექტებს, რათა შემცირებულიყო სახელმწიფო ხაზინიდან ჯანმრთელობის ეროვნული დაზღვევის პროექტზე გაწეული დანახარჯები. ამასთან, ასაკოვან მოსახლეობას თავად უნდა გადაეხადა მკურნალობის ფიქსირებული საფასური. 1986 წლის აპრილში დამტკიცდა ახალი საპენსიო სისტემა. საპენსიო რეფორმა უმთავრესად მიზნად ისახავდა იმგვარი სისტემის ჩამოყალიბებას, რომლის მდგრადობა-შენარჩუნება შესაძლებელი იქნებოდა იაპონიის ხანდაზმული საზოგადოების პირობებში.

2010 ფისკალურ წელს იაპონიის სოციალური უზრუნველყოფის საერთო ბენეფიტებმა 103.4 ტრილიონი იენი შეადგინა, რაც სულზე გადახდილ 808,100 იენს ნიშნავს. ამ თანხის ასე გაზრდა განპირობებული იყო ხანდაზმული მოსახლეობის რაოდენობის მკვეთრი ზრდით. პენსიებზე მოდიოდა 50.7%, სამედიცინო ხარჯებზე - 31.2%, ხოლო სოციალულ უზრუნველყოფასა და სხვა ხარჯებზე - 18.1%. მხოლოდ ხანდაზმულთა სოციალური უზრუნველყოფის ბენეფიტებმა 63.6 ტრილიონი იენი შეადგინა, რაც საერთო ხარჯების დახლოებით 69.5%-ია.

სახელმწიფო ხარჯების ჭრილში, სოციალურ უზრუნველყოფასთან დაკავშირებული ხარჯები 2011 ფისკალურ წელს იყო 26.4 ტრილიონი იენი, რაც ხარჯების საერთო ბიუჯეტის 27.9%-ს წარმოადგენდა. თუმცა პროპორცია იზრდება 41.3%-მდე ან თითქმის 50%-მდე, იმ შემთხვევაში თუ მთავრობის ვალდებულებებთან დაკავშირებულ ხარჯებსა და ადგილობრივი მთავრობის სუბსიდიებს გამოვრიცხავთ. მაჩვენებელმა, რომელმაც 1980 ფისკალურ წელს 26.7% შეადგინა, 1999 წლიდან 40%-ს გადააჭარბა, რაც ხანდაზმული მოსახლეობის რაოდენობის მკვეთრ ზრდას მოწმობს.

მოსახლეობის საშუალო ასაკის მატებასთან დაკავშირებული პრობლემები პირველად 1994 წელს დაფიქსირდა, როდესაც ხანდაზმული მოსახლეობის პროცენტულმა მაჩვენებელმა 14%-ს გადააჭარბა. დაახლოებით იმავე პერიოდში, შესამჩნევად შემცირდა ბავშვების რაოდენობა. 2005 წელს შობადობის საერთო მაჩვენებელი რეკორდულად დაბალი (1.26%) იყო, რაც მოგვიანებით ოდნავ გაიზარდა, მაგრამ დღემდე დაბალი რჩება. ამ ტენდენციის შედეგი იქნება რეპროდუქციული ასაკის მოსახლეობის (15-დან 64 წლამდე) ხვედრითი წილის შესამჩნევი ვარდნა 65 წლის ან მეტი ასაკის მოსახლეობასთან შედარებით, რაც 1995 წელს 4.4%-ს შეადგენდა და 2025 წლის პროგნოზით შეიძლება 2.1%-მდეც კი დაეცეს.

საპენსიო სისტემა



საპენსიო წიგნაკი

ხანდაზმული მოსახლეობის რაოდენობის სწრაფი ზრდისა და იმ ფაქტის გათვალისწინებით, რომ შობადობის კოეფიციენტის შემცირების გამო მალე მოსახლეობის კლების ტენდენციაც იჩენს თავს, საჭირო გახდება სოციალური უზრუნველყოფის სისტემების, მათ შორის პენსიების გადახედვა. როგორც უკვე აღვნიშნეთ, 1961 წელს ამოქმედდა სისტემა, რომლის მიხედვით იაპონიის ყველა მოქალაქეს შეეძლო პენსიის მიღება. ეს პენსიები სამი სახის იყო: 1) „სახელმწიფო პენსია“ (*კოკუმინ ნენკინ*) თვითდასაქმებულთათვის; 2)

„დასაქმებულთა პენსია“ (*კოსეი ნენკინ*) მათთვის, ვინც ხელფასს იღებს და 3) „ორმხრივი ურთიერთდახმარების პენსია“ (*კიოსაი ნენკინ*) სახელმწიფო მოხელეთათვის. 1986 წელს შემოიღეს ორსაფეხურიანი საპენსიო სისტემა, რომლის მიხედვით ყველა მოქალაქეს, შეუძლია აიღოს ორმხრივი პენსია, სახელმწიფოსგანაც და მათი დამსაქმებელი დაწესებულებებისგანაც.

ამრიგად, ორსაფეხურიანი საპენსიო სისტემის პირველი საფეხურია სახელმწიფო პენსია, რომლისთვისაც ადამიანები აკეთებენ შენატანს 20-დან 60 წლამდე ასაკში და რომლისგანაც სარგებელს იღებენ 65 წლის ასაკიდან. 2013 წელს 31.4 მილიონი ადამიანი ანუ მოსახლეობის 25.1% იყო 65 წლისა და მეტის.

სახელმწიფო პენსიის ბენეფიციარები, ანუ პენსიით დაზღვეული მოსახლეობა, იყოფა სამ ჯგუფად საპენსიო დაზღვევაში შენატანისა და იმის მიხედვით, თუ რამდენად ეკუთვნით მათ მეორე საფეხურის პენსია. „დაზღვეული მოქალაქეების 1-ლი კატეგორია“-ს განეკუთვნება სტუდენტები და თვითდასაქმებული მოსახლეობა, რომელიც დაზღვევას იხდის ინდივიდუალურად; „დაზღვეულ მოქალაქეების მე-2 კატეგორია“ არის ხელფასის მქონე მოსახლეობა, რომელიც სხვადასხვა კომპანიებში, სამთავრობო ორგანიზაციებში და ა. შ. არიან დასაქმებული; „დაზღვეული მოქალაქეების მე-3 კატეგორია“ კი მოიცავს მეუღლეებს, რომლებსაც ფინანსურად უზრუნველყოფენ „მე-2 კატეგორიაში“ შემავალი მოქალაქეები და რომლებიც თავისუფლდებიან სადაზღვევო გადასახადისგან.

ყველაზე საშიში შედეგი, რაც შეიძლება იაპონიაში შობადობის შემცირებას მოჰყვეს, არის იმ მოსახლეობის რაოდენობის შემცირება, რომელიც ავსებს სოციალური უზრუნველყოფის ბიუჯეტს. ამ თემასთან დაკავშირებული საკითხებიდან ასევე აღსანიშნავია გადასახადებისა და სოციალური დაზღვევის შენატანების უთანასწორობა. მაგალითად, მწვავე მოსაზრებები გამოითქვა, ერთის მხრივ, „დაზღვეული მოქალაქეების მე-3 კატეგორიასა“ (დიასახლისები) და მეორეს მხრივ, დასაქმებულ მარტოხელა ან დაოჯახებულ ქალბატონებს შორის უთანასწორობის შესახებ. ამასთან, დიდი პრობლემად იქცა იმ ტიპის ადამიანების რაოდენობის ზრდა, რომელთაც ან საერთოდ არ შეაქვთ თანხა სახელმწიფო პენსიის ბიუჯეტში ან არ იხდიან დაწესებულ თვიურ გადასახადს.

1990-იანი წლების ნახევრიდან მოყოლებული, მთავრობა ანხორციელებდა სოციალური უზრუნველყოფის სისტემის სტრუქტურულ რეფორმებს, რათა მოეგვარებინა სოციალური უზრუნველყოფის სარგებლის გადახდასთან, იაპონიის ეკონომიკის სტაგნაციასთან, მთავრობის ფინანსური მდგომარეობის გაუარესებასა და სოციალური უზრუნველყოფის პროგრამის დივერსიფიკაციის საჭიროებებთან დაკავშირებული პრობლემები. იმისათვის, რომ გაუმჯობესებულიყო საჯარო საპენსიო სისტემის ფინანსური მდგომარეობა, 2000 წლის მარტში მთავრობამ მიიღო საპენსიო რეფორმის კანონპროექტი, რომლის თანახმად შემცირდებოდა ბენეფიტების დონეები, რითაც დასაქმებულ მოსახლეობას თავიდან ააცილეს საპენსიო შენატანი თანხების ზრდა. კერძოდ, 2000 წლის აპრილიდან დასაქმებულთა საპენსიო ბენეფიტები შემცირდა 5%-ით ახალი ბენეფიციარებისთვის და გაიყინა ხელფასის მცოცავი სისტემა, რაშიც შესწორებები შეჰქონდათ მხოლოდ სამომხმარებლო ფასების ინდექსის ცვლილებათა შემთხვევაში. ამასთან, ასაკი, როდესაც დასაქმებულთათვის საპენსიო სარგებლის მიღება შესაძლებელი, გაიზარდა 60-დან 65 წლამდე. 2013 წელს მამაკაცებისთვის და 2018 წელს ქალებისთვის საპენსიო ასაკი სავარაუდოდ 61 წელი იქნება. ამის შემდეგ, ყოველ სამ წელიწადში ერთხელ სავარაუდოდ გაიზრდება თითო-თითო წლით და საბოლოო ზღვარი ანუ 65 წლის ასაკი მიღწეული იქნება მამაკაცების შემთხვევაში 2025 წელს და ქალების შემთხვევაში კი - 2030 წელს. 2004 წლის საპენსიო სისტემის რეფორმის ფარგლებში გატარებული ზომების შედეგად, გაიზარდა საპენსიო შენატანები როგორც სახელმწიფო პენსიის, ასევე დასაქმებულთა პენსიისთვის. 2009 წელს სახელმწიფო ხაზინიდან სახელმწიფო პენსიის დაფინანსების წილი გაიზარდა 1/3-დან 1/2-მდე.

შრომის, ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროს მიერ მომზადებულ ბალანსში ნათლადაა ასახული თუ როგორი იქნება 2100 წლისთვის საპენსიო შემოსავლები და ხარჯები. ამ რიცხვებზე დაყრდნობით შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ წარმოიქმნება შემოსავლების დეფიციტი. ეს მოხდება იმ შემთხვევაში, თუ იაპონიაში შობადობის მაჩვენებელი განაგრძობს კლებას და მთავრობა კი მოექცევა წნეხის ქვეშ, შეინარჩუნოს საპენსიო სისტემის სარგებლების დაპირებული დონე.

ხანგრძლივი მკურნალობის სადაზღვევო სისტემის დანერგვა

რამდენადაც მოსახლეობის საშუალო ასაკი იზრდება, სწრაფად მატულობს ხანდაზმულთა რაოდენობაც, რომლებიც ხანგრძლივ მკურნალობას საჭიროებენ. ამავდროულად, იმ ხანდაზმულთა რაოდენობის პროცენტული კოეფიციენტი, რომლებიც ოჯახის ახალგაზრდა წევრებთან ერთად ცხოვრობენ, ჯერჯერობით კვლავ მაღალია სხვა ქვეყნებთან შედარებით, თუმცა კლებას განიცდის მაშინ, როცა მათზე მზრუნველთა საშუალო ასაკი იზრდება. 2012 წლის ოფიციალური მონაცემებით, დაახლოებით 5.5 მილიონი ადამიანი აღირიცხა, რომლებიც საჭიროებდნენ ხანგრძლივ მკურნალობას.

იმისათვის, რომ დაკმაყოფილებულიყო ამგვარი მოსახლეობის მკურნალობასთან დაკავშირებული მოთხოვნები, 1997 წელს იაპონიის პარლამენტმა მიიღო კანონი ხანგრძლივი მკურნალობის დაზღვევის შესახებ, რის შედეგადაც 2000 წელს შეიქმნა მკურნალობის სადაზღვევო სისტემა ხანდაზმულთათვის. ეს სისტემა აგროვებს დაზღვევის სავალდებულო გადასახადს მოსახლეობის ფართო სექტორიდან (ყველა მოქალაქე 40 წლის ასაკში და ზევით) და უზრუნველყოფს სახლში მომვლელის მომსახურებასა თუ ცენტრებში პაციენტის ვიზიტს ან მოხუცთა თავშესაფარში ხანდაზმულ მოქალაქეთა ხანგრძლივად დარჩენას, რომლებიც ასაკობრივი დემენციით არიან დაავადებულნი ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო მიჯაჭვულნი არიან საწოლს. თითოეულ ჩამოთვლილ შემთხვევაში ამგვარი მომსახურების საჭიროება დადასტურებული უნდა იყოს ქალაქის ან სოფლის ადგილობრივი შესაბამისი ოფისის მიერ, რომელიც მკურნალობისას დაზღვევის სისტემის ადმინისტრირებაზეა პასუხისმგებელი. დაზღვევის მოსაკრებელი 65 წლისა და მეტი ასაკის მოქალაქეებისგან (“1-ლი ტიპის დაზღვეულები”) იკრიბება ადგილობრივი ადმინისტრაციის მიერ, ამ პიროვნებების პენსიიდან დაქვითვის გზით. „მე-2 ტიპის დაზღვეულთა“ (40-64 წლის ასაკობრივი ჯგუფი) მოსაკრებელი იკრიბება ჯანმრთელობის დაზღვევის მოსაკრებელთან ერთად ჯამურად. სისტემის ბენეფიციარები უნდა იყვნენ მინიმუმ 40 წლის და რეგულარულ დაზღვევასთან დამატებით უნდა გადაიხადონ მიღებული მომსახურების 10%. იაპონიის მზრუნველობის დაზღვევის სისტემის 25% ფინანსდება ცენტრალური მთავრობისგან, 12.5% პრეფექტურის და 12,5% ადგილობრივი მთავრობიდან, ხოლო დანარჩენი 50% კი დაზღვევის გადასახადიდან.

2005 წელს ხანგრძლივი მკურნალობის დაზღვევის შესახებ კანონში შეტანილი ცვლილებების შედეგად, კანონს დაემატა პრევენცია, რაც მიზნად ისახავდა იმ დაზღვეულთა დახმარებას,



რომელთაც შედარებით მსუბუქი პრობლემები აღენიშნებოდათ, რათა შენარჩუნებულიყო ან გაუმჯობესებულიყო მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობა და ამრიგად, თავიდან აეცილებინათ მდგომარეობის გაუარესება იმ დონემდე, როდესაც უკვე ფართო მასშტაბიანი მკურნალობა გახდებოდა საჭირო. პრევენციული მკურნალობის მართვა ხორციელდება საზოგადოებრივი ცენტრების მიერ, რომლებიც მრავალმხრივ დახმარებას უწევენ ბენეფიციარებს.