

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

ეკონომიკისა და ბიზნესის ფაკულტეტი

გვანცა შაშვიანი

ბიზნესის ადმინისტრირების სამაგისტრო პროგრამა

მოდული: ფინანსები და საბანკო საქმე

სამაგისტრო ნაშრომი

სამედიცინო დაზღვევა საქართველოში და მისი განვითარების ტენდენციები



ხელმძღვანელი: ასოცირებული პროფესორი

თეიმურაზ ყანდაშვილი

თბილისი

2019

ანოტაცია

წინამდებარე სამაგისტრო ნაშრომში „სამედიცინო დაზღვევა საქართველოში და მისი განვითარების ტენდენციები“ განხილულია სამედიცინო დაზღვევის მნიშვნელოვანი ასპექტები ჩვენს ქვეყანაში.

ნაშრომის შესავალში განსაზღვრულია საკვლევი თემის საგანი, აქტუალობა, კვლევის მიზანი, მიმართულებები.

ნაშრომის პირველ თავში მოცემულია სამედიცინო დაზღვევის თეორიული საფუძვლები. განხილულია ის სამართლებრივი გარემო და საკანონმდებლო ბაზა, რის საფუძველზეც რეგულირდება სამედიცინო დაზღვევის ბაზარი. წარმოდგენილია დაზღვევის ზედამხედველობის ორგანოს მნიშვნელობა, ფუნქციები და როლი.

მეორე თავი დათმობილი აქვს უმნიშვნელოვანეს საკითხს სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამას. განხილულია ზოგადად რას გულისხმობას აღნიშნული პროგრამა, რა როლს თამაშობს სახელმწიფო მოსახლეობის იმ ფენის ჯანმრთელობის ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის საქმეში, რომელთაც არ გააჩნიათ სათანადო ფინანსური რესურსები. გაანალიზებულია რეფორმის შედეგები და მისი შემდგომი გაგრძელების და განვითარების ძირითადი ასპექტები.

მესამე თავი დათმობილი აქვს კერძო სამედიცინო დაზღვევას. აღნიშნულ თავში მოცემულია კორპორატიული დაზღვევის როლი ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარებაში, აგრეთვე სადაზღვევო კომპანიების კონკურენტუნარიანობის ანალიზი და არსებული სიახლეები დაზღვევის ბაზარზე.

დასკვნის სახით გაანალიზებული და ჩამოყალიბებულია არსებული მდგომარეობა, პრობლემები და განვითარების პერსპექტივები. დასკვნაში მოცემულია არსებული პრობლემების დაძლევის გზები რეკომენდაციების სახით.

Medical insurance in Georgia and its development tendencies
Gvantsa Sashviashvili

ANNOTATION

In this master's thesis "Medical Insurance in Georgia and its Development tendencies" consider important aspects of medical insurance in our country.

Introduction of the thesis is the subject of subject matter, actuality, research purpose, directions.

The first part of thesis has theoretical foundation. We are talking about the legal environment and legislative structure is considered by which the health insurance market is regulated. Actuarial role, functions and importance of the State Insurance Supervision Service is discussed in the thesis.

The second part of the thesis is about the most important issue, this is healthcare state program. What is the meaning of this program in general, what is the role of the government in ensuring access to health of those people who do not have adequate financial resources. The results of the reform and the basic aspects of further development are analyzed.

The third chapter is covered by private medical insurance. The chapter deals with the role of corporate insurance in the development of health insurance, also analysed of competitiveness of insurance companies and innovations on the insurance market.

The conclusion of the thesis is based on analysis of problems and development prospects. The final part demonstrates the recommendations for insurance business development.

შინაარსი

შესავალი	5
თავი 1. სამედიცინო დაზღვევის თეორიული საფუძვლები	7
1.1 სამედიცინო დაზღვევის არსი და პრინციპები	7
1.2 საქართველოს სამედიცინო დაზღვევის სისტემის ფუნქციონირების ორგანიზაციულ-სამართლებრივი საფუძვლები.	11
1.3 სადაზღვევო ბაზარზე ზედამხედველობის განმახორციელებელი ორგანოს ფუნქციები და მისი როლი განვითარებაში.	13
თავი 2. სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევა საქართველოში და მისი განვითარების მიმართულებები.	18
2.1 საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის განვითარების ეტაპები.....	18
2.2 სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემის რეფორმირების შედეგები და მისი შეფასება.	37
2.3 სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის განვითარების სტრატეგიული მიმართულებები	45
თავი 3. კერძო სამედიცინო დაზღვევის ბაზარი საქართველოში და მისი განვითარების მიმართულებები	50
3.1 სამედიცინო დაზღვევის ბაზრის მონაწილეები.	51
3.2 კორპორატიული დაზღვევა და მისი როლი ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარებაში	54
3.3 სამედიცინო დაზღვევის განმახორციელებელი კომპანიების კონკურენტუნარიანობა	64
3.4 სიახლეები ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზარზე.....	74
დასკვნა.....	81
გამოყენებული ლიტერატურა:.....	84

შესავალი

სამედიცინო სფეროს განვითარება, ადამიანების ჯანმრთელობის უფლება მეტად მნიშვნელოვანია ქვეყნის ეკონომიკური განვითარებისთვის. ადამიანის ფუნდამენტური უფლებებიდან ერთ-ერთს სწორედ სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლება წარმოადგენს. აღნიშნული უფლება და სამედიცინო დაზღვევით სარგებლობა განსაზღვრულია საქართველოს კონსტიტუციითაც „ყველას აქვს უფლება ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაზღვევით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების საშუალებით. კანონით დადგენილი წესით განსაზღვრულ პირობებში უზრუნველყოფილია უფასო სამედიცინო დახმარება.“¹

სწორედ ამიტომ განხილული საკითხი მეტად აქტუალურია. ვინაიდან, ერთის მხრივ სამედიცინო დაზღვევით სარგებლობა ესაა ადამიანის ფუნდამენტური უფლება და მეორეს მხრივ მნიშვნელოვანია მისი უზრუნველყოფის ფინანსური ასპექტები, პრობლემები და გამოწვევები. აქტუალურია სამედიცინო დაზღვევის განვითარების პერსპექტივების ანალიზი საქართველოში და მისი მიმართულებები. საჭიროა განისაზღვროს მისი უზრუნველყოფის რესურსები და როლი ეკონომიკური განვითარების კუთხით.

წარმოდგენილი ნაშრომის მიზანს წარმოადგენს გაანალიზდეს საქართველოში სამედიცინო დაზღვევის არსებული მდგომარეობა, განისაზღვროს მისი უპირატესობები, გამოკვლეული იქნას რამდენადაა უზრუნველყოფილი სამედიცინო მომსახურების მიღება ხელმისაწვდომი და რა ნაბიჯებია გადასადგმელი იმისთვის, რომ საქართველოს თითოეული მოქალაქის ჯანმრთელობა იყოს დაზღვეული და დაცული.

წინამდებარე ნაშრომზე მუშაობის პერიოდში დასმული იყო შემდეგი ამოცანები:

- განსაზღვრულიყო სამედიცინო დაზღვევის როლი სამედიცინო მომსახურების ბაზრის განვითარებაში;

¹საქართველოს კონსტიტუცია, თავი მეორე, მუხლი 37, პუნქტი 1.

- გაანალიზებულიყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიზნები, მიმდინარეობის პროცესები და მისგან გამოწვეული შედეგები;
- ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის არსებული მდგომარეობის შეფასება, განვითარების მიმართულებები და პერსპექტივები;
- სამედიცინო დაზღვევა, როგორც სამედიცინო მომსახურების მიღების ფინანსური გარანტი;
- სამედიცინო დაზღვევის ბაზრის არსებული პრობლემები და მისი დაძლევის გზები.

გამომდინარე იქედან, რომ ნაშრომში წარმოდგენილია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის განვითარების ეტაპები, არსებული მდგომარეობა და მისი განვითარების ტენდენციები, მხოლოდ ეს ნაწილიც კი კმარა იმისთვის, რომ განვსაზღვროთ რამდენად აქტუალურია ეს საკითხი შესწავლის თვალსაზრისით. შესაბამისად სხვადასხვა დროს შესწავლილი და დამუშავებულია ეს საკითხი არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერაც.

ჩემი მიზანი იყო წინამდებარე ნაშრომში გარკვეულწილად ერთ მთლიანობაში ყოფილიყო ნებაყოფლობითი და სავალდებულო დაზღვევის გავლენა ბაზარზე და მათი გადაკვეთის წერტილები.

ნაშრომის ბოლო ნაწილში დასკვნის სახით წარმოდგენილია არსებული პრობლემები და მათი გადაჭრის გზები.

ნაშრომი შედგება სამი თავისგან და ათი ქვეთავისგან.

თავი 1. სამედიცინო დაზღვევის თეორიული საფუძვლები

1.1 სამედიცინო დაზღვევის არსი და პრინციპები

დაზღვევა რისკის მართვის ერთ-ერთი ფინანსური ინსტრუმენტია. სადაზღვევო ურთიერთობა მყარდება ფიზიკური და იურიდიული პირების პირადი და ქონებრივი ინტერესების დასაცავად სადაზღვევო შენატანებით (სადაზღვევო პრემიით) ფორმირებული ფულადი ფონდებისა და კანონმდებლობით ნებადართული წყაროების ხარჯზე. კლიენტსა (დამზღვევი) და სადაზღვევო საზოგადოებას (მზღვეველი) შორის დადებული სადაზღვევო ხელშეკრულებისას დამზღვევის მიერ ხდება რისკის მზღვეველისათვის გადაცემა, რის შემდეგაც შესაძლო ზარალის დროს მზღვეველი დამზღვევს სრულად აუნაზღაურებს ფინანსურ ზარალს იმ ოდენობით და იმ პირობებით, რომელიც სადაზღვევო ხელშეკრულებაშია ჩადებული.

დაზღვევა შესაძლოა განხორციელდეს ნებაყოფლობითი ან სავალდებულო ფორმით: ნებაყოფლობითი დაზღვევის საფუძველია მზღვეველსა და დამზღვევს შორის დადებული ხელშეკრულება, რომლითაც განისაზღვრება დაზღვევის სახეობები, პირობები და განხორციელების წესი.

სავალდებულო დაზღვევის დროს კი დაზღვევის ობიექტი, სახეობები და განხორციელების წესი განისაზღვრება შესაბამისი კანონით სავალდებულო დაზღვევის შესახებ. სავალდებულო დაზღვევისას მზღვეველი ვალდებულია დადოს ხელშეკრულება დამზღვევთან კანონით განსაზღვრული პირობების შესაბამისად. მზღვეველი უფლებამოსილია დამზღვევს შესთავაზოს კანონით დადგენილზე უკეთესი პირობები.

დაზღვევის მრავალი სახეობა არსებობს, საქართველოში სადაზღვევო პროდუქტების მიმოქცევადი სახეობებიდან ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ადგილი სამედიცინო დაზღვევას უკავია.

სამედიცინო დაზღვევა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საკითხში უმნიშვნელოვანეს ადგილს იკავებს. მისი მიზანია სადაზღვევო შენატანებისა და აკუმულირებული ფულადი

სახსრების მეშვეობით სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება.²

ჯანმრთელობის დაზღვევას გააჩნია მთელი რიგი უპირატესობები, რითაც ჯანმრთელობის პრობლემის დაძლევა და ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ხდება უფრო ხელმისაწვდომი:

- სამედიცინო დაზღვევის დროს ჯანმრთელობაზე გაწეული ხარჯები მცირდება;
- ხელმისაწვდომი ხდება შედარებით უფრო ძვირადღირებული სამედიცინო დაწესებულებების მომსახურება;
- გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების საჭიროებისას ფინანსური პრობლემების მინიმიზება;
- ოჯახის ექიმის ყოლა განაპირობებს იმას, რომ ნებისმიერ დროს შესაძლებელი ხდება სამედიცინო კონსულტაციისა და სასურველ ექიმთან ვიზიტის დაგეგმვა;
- გაცილებით უფრო მარტივია პროფილაქტიკის მიზნით გეგმიური გამოკვლევების ჩატარება, რაც შემდგომში განაპირობებს საკუთარი თუ თანამშრომელთა ჯგუფების ჯანმრთელობის დაგეგმვასა და მონიტორინგს.

სამედიცინო მომსახურების ბაზარი გარკვეულწილად განსხვავდება ჩვეულებრივი საქონლისა თუ მომსახურების ბაზრებისგან. ჩვეულებრივ ბაზრებზე სამედიცინო მომსახურებისგან განსხვავებით, როგორც წესი მომხმარებელი თვითონ განსაზღვრავს თუ როდის, სად, რამდენი და რა ფასად იყიდოს მისთვის საჭირო საქონელი მაშინ როდესაც სამედიცინო ბაზარი ხასიათდება გაურკვეველობის მაღალი მაჩვენებლით წინასწარ არავინ იცის როდის წარმოიშობა მოთხოვნა (არ იგულისხმება გეგმიური, პროფილაქტიკური შემოწმება). მომხმარებლისთვის არ არის წინასწარ ცნობილი როდის წარმოემობათ სამედიცინო მომსახურების საჭიროება, არ აქვთ სრული ინფორმაცია საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ და ამავდროულად ხარჯების წინასწარი განსაზღვრა თითქმის შეუძლებელია.

²საქართველოს კანონი სამედიცინო დაზღვევის შესახებ, თავი პირველი, მუხლი პირველი.

გაურკვევლობა შეინიშნება მიმწოდებლების მხრიდანაც, ვინაიდან სამედიცინო დაწესებულებები წინასწარ ვერ განსაზღვრავენ რამდენი მომხმარებელი ეყოლება, კონკრეტულად რა სახის მკურნალობის საჭიროება დადგება და რა შედეგით დასრულდება ჩატარებული მკურნალობა, თუმცა გარკვეულწილად სამედიცინო დაწესებულებები სავარაუდოდ მაინც განსაზღვრავენ მომართვიანობის რაოდენობასა და სირთულეს, რაც ძირითადად ეხება სეზონურობიდან გამომდინარე კონკრეტული პრობლემების რიცხოვნობის ზრდას (მაგ. ზამთრის პერიოდი ხასიათდება გრიპის ვირუსების გაზრდილი მომართვიანობით, ასევე იზრდება მოტეხილობების რაოდენობა და ა.შ).

როგორც მომხმარებლის ასევე მიმწოდებლის მხრიდან გაურკვევლობა ზეგავლენას ახდენს სამედიცინო მომსახურების ფასზეც, ის არ რეგულირდება ჩვეულებრივ სხვა საქონლის ფასის მსგავსად და ხშირად არ გამოსახავს მის წარმოებაზე დანახარჯულ რესურსებს. სამედიცინო მომსახურების ფასი უფრო ნდობასა და სამედიცინო პერსონალის პროფესიული ქცევის უწყვეტ ურთიერთობებს ემყარება.

სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნა-მიწოდება არაპროგნოზირებადი მაჩვენებელია. ამასთან სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია მისი მიღება, მისი ხელმისაწვდომობა (როგორც ფინანსური, ასევე გეოგრაფიული), სწორედ იმ ეტაპზე როდესაც პაციენტს მისი საჭიროება დაუდგება.

სწორედ იმიტომ რომ სხვა ჩვეულებრივი ბაზრებისგან განსხვავებით ჯანდაცვის სფეროს გამოკვეთილი მახასიათებელი გაურკვევლობაა, იზრდება სახელმწიფოს როლი ჯანდაცვის სისტემის რეგულირების თვალსაზრისით, ამიტომ ძალიან მნიშვნელოვანია წინასწარი გადახდის სისტემების (დაზღვევა, სახელმწიფო დაფინანსება) არსებობა.

ისევე როგორც სამედიცინო მომსახურების ბაზარი ხასიათდება მთელი რიგი განსხვავებულობით სხვა მომსახურებისგან, გარკვეული თავისებურებებით გამოირჩევა სამედიცინო დაზღვევის ბაზარიც. ეს თავისებურებები შესაძლებელია რამოდენიმე ჯგუფად გაერთიანდეს:

1. სადაზღვევო ბაზარზე არსებულ ინფორმაციის ასიმეტრიასთან არის დაკავშირებული არახელსაყრელი არჩევანი. ცხადია დაზღვეულებმა ბევრად უკეთესად იციან საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობა ვიდრე სადაზღვევო კომპანიებმა, მეტიც ხშირ შემთხვევაში დაზღვეულის მხრიდან შესაძლოა დაზღვევის ეტაპზე დამალული იყოს ჯანმრთელობის მდგომარეობა და როგორც წესი უფრო ხშირად ეზღვევა ის ვისაც მეტი რისკ-ფაქტორები გააჩნია. აქედან გამომდინარე ხშირ შემთხვევაში სადაზღვევო კომპანია ვერ ახდენს სადაზღვევო პრემიის დიფერენცირებას და ძირითადად ყველა პირისთვის ერთნაირ კონტრაქტს ადგენს.

2. ჩვეულებრივი ბაზრებისგან განსხვავებით, ჯანდაცვაში მომსახურების მოცულობის დადგენაში გადამწყვეტი როლი ენიჭება მიმწოდებელს და არა მომხმარებელს. ამ დროს მიმწოდებელს გააჩნია საკუთარი ინტერესები, რომელიც შესაძლოა შეესაბამებოდეს ან ეწინააღმდეგებოდეს პაციენტის ინტერესებს. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებს საბაზრო გარემოშიც არ გააჩნიათ რესურსების რაციონალური, გამოყენებაზე საკმარისი შეზღუდვები. თუ ეს პროცესები არ იმართება, იზრდება სამედიცინო მომსახურების ძვირადღირებული სახეები და მკურნალობის საერთო დანახარჯები. მკვლევართა აზრით, ექიმის უარყოფით სტიმულზე გავლენას ახდენს ანაზღაურების მეთოდი, სამედიცინო დახმარების ღირებულება და შემოსავლების დონე. ყოველივე ზემოაღნიშნული მოითხოვს სახელმწიფოს როლის ზრდას სამედიცინო მომსახურების როგორც მოთხოვნის, ასევე მიწოდების რეგულირებაში.

3. სამედიცინო მომსახურების სფეროში არსებობს მორალური რისკი როგორც პაციენტის ასევე ექიმის მხრიდან. დაზღვევის შემთხვევაში, როდესაც პაციენტის მკურნალობის ხარჯებს ნაწილობრივ ან მთლიანად იხდის მზღვეველი, პაციენტს არ აქვს ფასის „სიგნალი“, რომელიც არეგულირებს მომსახურების მოხმარების მოცულობას, რის შედეგადაც წარმოიქმნება „უფასო“ სამედიცინო მომსახურების ზედმეტად მოხმარების პრობლემა. პაციენტს უჩნდება ცდუნება ზედმეტად მოიხმაროს სამედიცინო მომსახურება. კერძოდ, ჩაიტაროს სამედიცინო მომსახურება მაშინაც კი, როდესაც იგი არ არის

აუცილებელი, მოითხოვოს ძვირადღირებული სამედიცინო ტექნოლოგია, მედიკამენტები და ა. შ. ექიმი, მეტი ინფორმირებულობისა და ჯანდაცვის სფეროში განსაკუთრებული როლის გამო, ზღუდავს არამართო პაციენტის სტიმულს, არამედ მის არჩევანსაც. ამასთან, პაციენტის არარაციონალური ქცევა შეიძლება დაემთხვეს ექიმის დაინტერესებას – გაზარდოს მომსახურების მოცულობა, რაც კიდევ უფრო ზრდის შედარებით ძვირადღირებული, მაგრამ შეიძლება კლინიკურად არა აუცილებელი მომსახურების მოცულობას. ამგვარად, სახეზეა ჯანდაცვაში ხარჯვითი მექანიზმის ფორმირება: იზრდება სამედიცინო დახმარების ძვირადღირებული სახეების წილი და მკურნალობის შემთხვევაზე დანახარჯები, ხოლო მცირდება დაინტერესება დაავადებათა პროფილაქტიკასა და შედარებით იაფი, მარტივი, მაგრამ ეფექტური სამედიცინო ტექნოლოგიების გამოყენებაზე.

1.2 საქართველოს სამედიცინო დაზღვევის სისტემის ფუნქციონირების ორგანიზაციულ-სამართლებრივი საფუძვლები.

სამედიცინო დაზღვევის ბაზრის მიმოხილვამდე აუცილებელია განვსაზღვროთ ის სამართლებრივი საფუძვლები რაზე დაყრდნობითაც ფუნქციონირებს აღნიშნული დაზღვევის სისტემა.

სამედიცინო დაზღვევის სამართლებრივი რეგულირება ერთობ კომპლექსურ სისტემას წარმოადგენს. პირველ რიგში აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ აღნიშნული სადაზღვევო სისტემა დაკავშირებულია სამედიცინო სისტემის ფუნქციონირებასთან და მის რეგულირებასთან. ამ შემთხვევაში სამართალურთიერთობაში სამი მხარე ერთვება. ერთის მხრივ მნიშვნელოვანია სადაზღვევო კომპანიისა და დაზღვეულ პირს შორის წარმოშობილი სამართლებრივი ურთიერთობა და მეორეს მხრივ სამედიცინო დაწესებულებასა და სადაზღვევო კომპანიას შორის არსებული თანამშრომლობა. ამასთან, გასათვალისწინებელია ის მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომ როდესაც საქმე გვაქვს სადაზღვევო შემთხვევის დადგომასთან, ამ ეტაპზე უშუალოდ სამედიცინო დაწესებულებასა და დაზღვეული პირს შორის წარმოიქმნება კავშირი. სწორედ ამიტომ

სამედიცინო დაზღვევის სამართლებრივი გარემო ათვლის უმნიშვნელოვანეს წერტილს წარმოადგენს, რომელიც ერთის მხრივ არეგულირებს მზღვეველსა და დაზღვეულ პირს შორის წარმოქმნილ ურთიერთობებს და მეორეს მხრივ აწესრიგებს ურთიერთობას სამედიცინო დაწესებულებასა და სადაზღვევო კომპანიას შორის.

ჩვენი ჯანმრთელობის დაზღვევასთან ურთიერთობის ათვლის წერტილად სახელმწიფოს მთავარი კანონი - კონსტიტუცია შეიძლება ჩაითვალოს, რომელიც სხვადასხვა სფეროში, მათ შორის ჯანმრთელობის დაზღვევის მხრივაც, მოსახლეობის ძირითად უფლებებს განსაზღვრავს. კერძოდ კონსტიტუციის მე-2 თავის 37-ე მუხლის პირველ ქვეპუნქტში აღნიშნულია - „ყველას აქვს უფლება ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაზღვევით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების საშუალებით. კანონით დადგენილი წესით განსაზღვრულ პირობებში უზრუნველყოფილია უფასო სამედიცინო დახმარება“.

ჯანმრთელობის დაზღვევის სამართლებრივად სრულფასოვანი რეგულირების პირველი მცდელობა, 1997 წლის 18 აპრილით დათარიღებული საქართველოს კანონით №660 სამედიცინო დაზღვევის შესახებ გამოიხატა. თუმცადა, აღნიშნული კანონი მალევე, კერძოდ, იმავე წლის 10 დეკემბრის №1139 კანონით ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ, ძალადაკარგულად გამოცხადდა. ზოგადად დაზღვევის და მათ შორის, ჯანმრთელობის - ძირითად მარეგულირებელ კანონებად 1997 წლის 2 მაისის №690 საქართველოს კანონი დაზღვევის შესახებ და იმავე წლის 26 ივნისით დათარიღებული №786 საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი გახლავთ.

მიუხედავად ზემოთ ნახსენები კანონების დიდი მნიშვნელობისა, ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი ჯგუფური ე.წ. კორპორატიული და ინდივიდუალური დაზღვევის ძირითად და უშუალო მარეგულირებელ საშუალებად სადაზღვევო კომპანიასა და დაზღვეულს შორის გაფორმებული ხელშეკრულება რჩება. ეს თავად დაზღვევის შესახებ კანონით არის განსაზღვრული. თუმცა, აქვე ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ დაზღვევის შესახებ ხელშეკრულების არსსა და მის ძირითად პირობებს, სწორედ, სამოქალაქო კოდექსი განსაზღვრავს. უფრო მარტივად რომ ვთქვათ, სამოქალაქო კოდექსი, კერძოდ კი, მისი მე-20

თავი - დაზღვევა სადაზღვევო კომპანიებისათვის ხელშეკრულების შექმნისას ერთგვარ დამტკიცებულ და სტანდარტულ ინსტრუქციას წარმოადგენს.

ნებაყოფლობითი, ჯგუფური და ინდივიდუალური დაზღვევისაგან განსხვავებით, სახელმწიფოს მიერ სუფსიდირებული ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამების კანონქვემდებარე აქტები მთავრობის დადგენილებების სახითაა წარმოდგენილი, რომლებიც გარკვეული რეგულარობით დაზღვევის პირობებისა თუ სხვა დეტალების შესახებ, ცვლილებებს განიცდის. ცვლილებები კი, თავის მხრივ, ასევე დადგენილებებით, ბრძანებებითა თუ სხვა მსგავსი კანონქვემდებარე აქტებით დგინდება და მტკიცდება. ეს ყველაფერი უფრო მარტივად რომ აღვიქვათ, წარმოვიდგინოთ სქემა, რომლის მიხედვითაც, სახელმწიფო დაზღვეულთათვის დაზღვევის ძირითად პირობებს ადგენს, რომლებითაც, თავის მხრივ, სადაზღვევო კომპანია ხელმძღვანელობს და რომლშიც სახელმწიფოს მხრიდან, გარკვეული პერიოდულობით, ცვლილებები შედის. საერთო ჯამში, სამედიცინო დაზღვევაზე საუბრისას არ უნდა დავივიწყოთ, რომ ეს სფერო, ერთმანეთთან შეხებასა და თანხვედრაში მყოფი, არაერთი კანონითა თუ სხვადასხვა კანონქვემდებარე აქტით და ასევე სადაზღვევო კომპანიასა და დაზღვეულს შორის დადებული ხელშეკრულებით რეგულირდება.

1.3 სადაზღვევო ბაზარზე ზედამხედველობის განმახორციელებელი ორგანოს ფუნქციები და მისი როლი განვითარებაში.

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ საქართველოში მიმდინარე ეკონომიკურმა რეფორმებმა და სადაზღვევო სისტემის განვითარების აუცილებლობამ განაპირობა 1997 წელს „დაზღვევის შესახებ“ კანონის მიღება, რომელიც რიგი ცვლილებებით დღესაც მოქმედებს. ამ კანონისა და საქართველოს პრეზიდენტის 1997 წლის 29 ივნისის ბრძანებულების თანახმად, სადაზღვევო საქმიანობის ზედამხედველობისა და რეგულირებისათვის შეიქმნა დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური. იგი საწყის ეტაპზე წარმოადგენდა დამოუკიდებელ სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულებას. 2001 წლის 20 ივნისის „დაზღვევის შესახებ“ საქართველოს კანონში გატარებული

ცვლილებებისა და ამავე წლის 16 სექტემბრის საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულებით დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური საქვეუწყებო დაწესებულებიდან გარდაიქმნა საჯარო სამართლის იურიდიულ პირად.

2007 წლის 11 ივლისს „დაზღვევის შესახებ“ საქართველოს კანონში გატარებული ცვლილებების თანახმად სამსახურმა, როგორც დამოუკიდებელმა საჯარო სამართლის იურიდიულმა პირმა, ამგვარი ფორმით შეწყვიტა ფუნქციონირება და მის სამართალმემკვიდრედ გამოცხადდა საჯარო სამართლის იურიდიული პირი – საქართველოს ფინანსური მონიტორინგის სამსახური. 2008 წლის 14 მარტს კვლავ განხორციელდა ცვლილება–დამატებები „დაზღვევის შესახებ“ საქართველოს კანონში და სადაზღვევო სექტორზე საზედამხედველო ფუნქციები შეითავსა საქართველოს საფინანსო ზედამხედველობის სააგენტომ – „საქართველოს ეროვნული ბანკის შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონით შექმნილმა ორგანომ, რომელიც ახორციელებდა ზედამხედველობას ზოგადად საფინანსო სექტორზე. 2009 წლის 24 სექტემბერს გატარდა ცვლილება–დამატებები „დაზღვევის შესახებ“ საქართველოს კანონში და სადაზღვევო სექტორზე საზედამხედველო ფუნქცია შეითვისა საქართველოს ეროვნულმა ბანკმა, ხოლო დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური გადაიქცა ეროვნული ბანკის ერთ-ერთ სტრუქტურულ ქვედანაყოფად (დეპარტამენტი). ექსპერტთა გარკვეული ნაწილის აზრით, დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის ეროვნულ ბანკში გაერთიანებამ განაპირობა უარყოფითი შედეგი, კერძოდ არ ხდებოდა სადაზღვევო კომპანიების სათანადო დონეზე რეგულირება. აღნიშნული განსაკუთრებით შეინიშნებოდა სადაზღვევო კომპანიების მიერ სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების უზრუნველყოფასთან დაკავშირებით. ისინი ვერ ასრულებდნენ ნაკისრ ვალდებულებას, აგვიანებდნენ სამედიცინო დაწესებულებების მიერ შესრულებული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებას, რის შედეგადაც შემცირდა მოსახლეობის და სამედიცინო პერსონალის ნდობა სადაზღვევო კომპანიებისადმი. მათი აზრით, შექმნილი მდგომარეობის გამოსასწორებლად გადაწყდა სადაზღვევო ზედამხედველობის სამსახურის დამოუკიდებელ საჯარო სამართლის იურიდიულ პირად ჩამოყალიბება. 2013 წლის 20

მარტს „დაზღვევის შესახებ“ საქართველოს კანონში შევიდა ცვლილებები და დამატებები, რომელთა საფუძველზე დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური, საქართველოს ეროვნული ბანკის ერთ-ერთი სტრუქტურული ერთეულიდან (დეპარტამენტი), გარდაიქმნა საჯარო სამართლის იურიდიულ პირად და ჩამოყალიბდა, როგორც დამოუკიდებელი ეროვნული მარეგულირებელი ორგანო. საქართველოს მთავრობის დადგენილებით 2013 წლის 02 მაისს დამტკიცდა სამსახურის დებულება, რომლის თანახმადაც განისაზღვრა, რომ სამსახური თავის საქმიანობაში დამოუკიდებელია და ანგარიშვალდებულია საქართველოს მთავრობის წინაშე. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სამსახურმა მთლიანად შეითავსა ეროვნული ბანკის უფლება-მოვალეობები დაზღვევისა და საპენსიო სქემების ზედამხედველობის საკითხებში. დაზღვევის საზედამხედველო სამსახურის მთავარი მიზანია სადაზღვევო ბაზრის სრულყოფილი ფუნქციონირების, მისი გადახდისუნარიანობის და სტაბილურობის უზრუნველყოფის ხელშეწყობა, ევროკავშირის სტანდარტებთან შესაბამისობის უზრუნველყოფა, ადგილობრივი ბაზრის ინტერესების - სადაზღვევო კომპანიებისა და მომხმარებლის უფლებების დაცვა. დაზღვევის ზედამხედველობის სამსახური თავის საქმიანობაში დამოუკიდებელია, თუმცა ანგარიშვალდებულია საქართველოს მთავრობის წინაშე. იგი ხელმძღვანელობს საქართველოს კონსტიტუციით, საერთაშორისო ხელშეკრულებებითა და შეთანხმებებით, საქართველოს საკანონმდებლო და სხვა ნორმატიული აქტებით. მას აქვს დამოუკიდებელი ბალანსი, საბანკო ანგარიში, აგრეთვე იურიდიული პირის სხვა რეკვიზიტები. ზედამხედველობის სამსახურის მიზნები და ფუნქციებია:

- დაზღვევის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის გატარება;
- სადაზღვევო ბაზრის ფინანსური სტაბილურობისათვის ხელის შეწყობა;
- მომხმარებელთა უფლებების დაცვა, საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში;
- სადაზღვევო ორგანიზაციების ქმედითუნარიანობისა და გადახდისუნარიანობის უზრუნველყოფა;
- კონკურენტუნარიანი გარემოს შექმნა, რისთვისაც იგი ახორციელებს სადაზღვევო საქმიანობის განზოგადებას;

- კომპეტენციის ფარგლებში ნორმატიული და მეთოდოლოგიური ბაზის შექმნა და მისი შესრულების კონტროლი;
- ახალი კანონპროექტებისა და სხვა პროექტების, ასევე არსებულებში ცვლილების შეტანის თაობაზე პროექტების შემუშავება;
- სახელმწიფო ხელისუფლების და/ან ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების მიერ ინიცირებული: სახელმწიფო, მუნიციპალური და დარგობრივი სადაზღვევო პროგრამების შეთანხმება.

როგორც ვხედავთ, წლების განმავლობაში, დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურმა, რომელიც შეიქმნა სადაზღვევო საქმიანობის ზედამხედველობისა და რეგულირებისათვის, რამდენჯერმე განიცადა რეორგანიზაცია. საწყის ეტაპზე იგი წარმოადგენდა დამოუკიდებელი სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულებას. შემდგომ გახდა საქართველოს ეროვნული ბანკის ერთ-ერთ სტრუქტურული ქვედანაყოფი. ამჟამად იგი ისევ დამოუკიდებელი საჯარო სამართლის იურიდიული პირია.

წლების განმავლობაში, დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის ორგანიზაციულ ფორმასთან დაკავშირებით, ექსპერტებს შორის სხვადასხვა აზრი არსებობს. ზოგიერთი მათგანი მიიჩნევს, რომ აუცილებელია იგი რაიმე სტრუქტურაში იყოს დაქვემდებარებული. სხვების აზრით, დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის სრულყოფილი საქმიანობისთვის უმჯობესია, მისი საჯარო სამართლის იურიდიულ პირად არსებობა. თითოეული ექსპერტი თავისი აზრის სისწორეს გარკვეული არგუმენტებით ადასტურებს. ექსპერტთა ერთი ნაწილის აზრით, ვინაიდან სადაზღვევო ორგანიზაციები წარმოადგენენ ფინანსურ ინსტიტუტებს, უმჯობესია მათ აკონტროლებდეს საქართველოს ეროვნული ბანკი. ზოგადად, ცალკე მარეგულირებელი ორგანოები გამოირჩევიან და ხასიათდებიან მაღალხარჯიანობით, ეს პირდაპირ უწყობს ხელს ბიუჯეტის არაეფექტურ ხარჯვას. არაეფექტურს იმიტომ რომ სადაზღვევო ბაზარი არ არის საკმარისად კარგად განვითარებული, მიუხედავად მისი მრავალწლიანი არსებობისა. აუცილებელია ერთიანი სისტემის შექმნა, რომელსაც დაექვემდებარება ყველა მარეგულირებელი ორგანო, რომელიც უზრუნველყოფს ხარჯების დაზოგვას და ამასთან

ნაკლებად იქნება კორუფციის, გარიგებებისა და ლობირების საშიშროება. ექსპერტთა გარკვეული ნაწილის აზრით, საქართველოში სადაზღვევო ბაზარს მცირეხნის ისტორია აქვს. საწყის ეტაპზე, სადაზღვევო ბაზრის უკეთ განვითარებისათვის, მიზანშეწონილია დაზღვევის ზედამხედველობის სამსახურის ინსტიტუციური გამდიერება.

თავი 2. სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევა საქართველოში და მისი განვითარების მიმართულებები.

2.1 საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის განვითარების ეტაპები

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

1992-1996 წლებში რეალური ეროვნული შემოსავალი, 1990 წლის მონაცემებთან შედარებით, 78%-ით შემცირდა. ერთ სულ მოსახლეზე წლის განმავლობაში ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯი ერთ აშშ დოლარსაც კი არ უდრიდა. უფასო სამედიცინო მომსახურების მოძველებული ქსელის გაუქმების შემდეგ, სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სუსტი დაარათანმიმდევრული მართვის ფონზე შეიქმნა მომსახურების ფასიანი, უმეტესად დაბალხარისხიანი (როგორც სტრუქტურის ასევე კადრების მხრივ) და მოუწესრიგებელი სისტემა.

სამუშაოსა და შემოსავლის გარეშე დარჩენილი მოსახლეობის უდიდესი ნაწილის გადახდისუნარიანობის დაკარგვამ და სამედიცინო მომსახურების მიღებისათვის როგორც ფინასურმა, ასევე გეოგრაფიულმა დაბრკოლებებმა (განსაკუთრებით სოფლად, მთიან, მწველად მისადგომ ადგილებში) საგრძნობლად იმოქმედა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. იმატა ავადობამ დაავადებათა თითქმის ყველა ძირითადი კლასის მიხედვით. შემცირდა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა და გაიზარდა სხვადასხვა დაავადების გამო სიკვდილიანობა.

1995 წლიდან ძალაში შევიდა კანონი სამედიცინო გადასახადის შესახებ, რომელიც ითვალისწინებდა მოქალაქეთა ხელფასიდან დამატებით 3%-ის დაქვითვას მათი სამედიცინო მომსახურებისათვის. მიღებული თანხებით ფინანსირდებოდა

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები, რომელთაგან უნდა აღინიშნოს:

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

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

უკმაყოფილება ჯანდაცვის უვარგისი სისტემით გამოიქვლიდა არა მარტო პაციენტების, არამედ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების, სამედიცინო პერსონალისა და მთავრობის მხრიდანაც. აუცილებელი გახდა ჯანდაცვის სისტემის ძირეული რეფორმა.

2004-2006 წლებში ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში დონორი ორგანიზაციების დახმარებით დაიწყო მუშაობა ჯანდაცვის სისტემის რეფორმაზე, მაგრამ მისი განხორციელება შეფერხდა გადაწყვეტილების მომღებთა ერთიანი და ჩამოყალიბებული კონცეფციის უქონლობის გამო.

თუმცა, ამ პერიოდში შეინიშნებოდა გარკვეული პოზიტიური ძვრები - უკვე 2003 წლიდან მოქმედებდა პირველადი ჯანდაცვის პროგრამა, რომლის მიზანს წარმოადგენდა სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ყველა მოქალაქისათვის, მიუხედავად მისი ასაკის, სქესისა და რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია სოციალური მდგომარეობისა.

მნიშვნელოვანი ცვლილებების პერიოდი დაიწყო 2006 წლის შემოდგომიდან ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის სექტორში რეფორმების განხორციელების ძირითადი პრინციპები.

რეფორმის კონცეპტუალური მოდელი ითვალისწინებდა 4 სტრატეგიულ მიმართულებას:

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

1. სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება სამ დონედ:

- პირველადი ჯანდაცვა;
- სტანდარტული სტაციონარული მომსახურება;
- მაღალტექნოლოგიური ჰოსპიტალური მომსახურება.

2. ჯანდაცვის დაფინანსება

- დაავადების ეპიზოდის დადგომისას უშუალოდ ჯიბიდან ან სხვა წყაროდან გადახდის ჩანაცვლება რისკის განაწილების, სოლიდარობისა და წინასწარ გადახდის ეფექტური სისტემებით

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

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

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

- ჰოსპიტალური სიმძლავრის განვითარება;
- პირველადი ჯანდაცვის სისტემა (პჯდ) შექმნა;

- კადრების მომზადების ხელშეწყობა.

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

- შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სისტემის და მისი სტრუქტურული ერთეულების როლისა და ფუნქციების განსაზღვრა, პოლიტიკის ძირითადი მიმართულებების შესაბამისად;
- სამინისტროს სისტემაში ადექვატური ანგარიშგების სისტემისა და სააღსრულებო მექანიზმები შექმნა;
- ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა დონეზე მართვის შესაძლებლობების გაძლიერება;
- ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემებისა და რეგიონული დონის სტრუქტურების განვითარება.

2006 წელს საქართველოს მთავრობის მიერ ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების სისტემაში ცვლილების შეტანისას ჯანდაცვის დაფინანსების პოლიტიკის ძირითად მიზანს წარმოადგენდა აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

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

- **პირველი პრინციპი:**

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

- **მეორე პრინციპი:**

სახელმწიფო სახსრების მართვა კერძო დაზღვევის განვითარების ხელშეწყობისათვის.

სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სამედიცინო დაზღვევის პროგრამები, სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევა.

სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევით უზრუნველყოფის პირველი სახელმწიფო პილოტური პროგრამა 2007 წელს შემუშავდა და სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყო თბილისსა და იმერეთის რეგიონში აღრიცხული სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი 196 000 მოქალაქე.

დაზღვევის პროგრამის ამოქმედებიდან 1 წლის შემდეგ მისი ბიუჯეტის პარამეტრების განსაზღვრის, სატარიფო ბადის შემუშავებისა და ადეკვატური პრემიის კორექციის მიზნით გაკეთდა პროგრამის რისკ-ფაქტორების, კერძოდ ზარალიანობისანალიზი.

ანალიზისათვის გამოყენებული იყო პროგრამის სტაციონარული მომსახურების კომპონენტის ანგარიშების სტატისტიკური მონაცემები. ზარალიანობის შეფასებისას ბენეფიციარები დაიყო ჯგუფებად სქესის, საცხოვრებელი ადგილისა და ასაკის (0–64 და >65) ნიშნით.

ვინაიდან, უმწეოთა პროგრამა გულისხმობს ოჯახებისა და არა ცალკეულ წევრთა დაზღვევას, ყურადღება ასევე მიექცა კომპანიათა ზარალიანობის შეფასებას უმწეოთა ოჯახების წევრების რაოდენობების მიხედვით.

კვლევის შედეგად სადაზღვევო ზარალიანობა თბილისში, იმერეთთან შედარებით უფრო მაღალი აღმოჩნდა - თბილისისათვის დივერსიფიცირებული ტარიფის არარსებობამ გამოიწვია რეგიონებში კომპანიებს შორის კონკურენციის ზრდა.

ცხადი გახდა, რომ აღნიშნული პარამეტრების გათვალისწინება სადაზღვევო პრემიის სატარიფო კლასების დადგენისას მნიშვნელოვან გავლენას იქონიებდა კომპანიების ფინანსურ წარმატებაზე.

2008 წლის საქართველოს მთავრობის №92 დადგენილების „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გადასაცემი სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“ საფუძველზე მთელი საქართველოს მასშტაბით დაიწყო მოსახლეობის ეტაპობრივად დაზღვევა რეგიონების მიხედვით. საქართველოში ლიცენზირებულ ყველა სადაზღვევო კომპანიას ჰქონდა თანაბარი

უფლება გამხდარიყო პროგრამის მონაწილე და სადაზღვევო მომსახურების მიმწოდებელი. მთავრობამ დაადგინა სადაზღვევო ორგანიზაციების მიმართ მოთხოვნები და უზრუნველყო სადაზღვევო კომპანიებს შორის ჯანსაღი კონკურენციის პირობების დაცვა.

სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფის სტატუსი მოქალაქეს ეძლეოდა, თუ მისი ოჯახისათვის „სოციალური მომსახურების სააგენტოს შეფასების სისტემის“ მიხედვით ჩატარებული გამოკვლევების საფუძველზე მიკუთვნებული ქულათა ჯამი არ აღემატებოდა 70000–ს.

სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების პროცესში ამოქმედდა მიმოქცევადი ფინანსური ინსტრუმენტი - სადაზღვევო ვაუჩერი.

სოციალური მომსახურების სააგენტო მოქალაქეს გადასცემდა ვაუჩერს სამედიცინო დაზღვევის დასაფინანსებლად. ვაუჩერის მფლობელ მოქალაქეს ან ბენეფიციარ ოჯახს ჰქონდა სადაზღვევო კომპანიის თავისუფალი არჩევანის უფლება. მოქალაქე თავად, აფორმებდა ხელშეკრულებას არჩეულ სადაზღვევო კომპანიასთან, ვაუჩერით ლეზულობდასადაზღვევო პოლისს, რომლის საფუძველზეც უზრუნველყოფილი იყო პროგრამით განსაზღვრული და დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურებით.

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

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

ბ) > 65 წელი – 21,43 ლარი ($c=1,429$).

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

სხვა სახელმწიფო პროგრამები

პარალელურად, 2007 წლიდან, სახელმწიფო უწყებებმა აქტიურად დაიწყეს კერძო სამედიცინო დაზღვევის შესყიდვა და სახელმწიფო დაფინანსების მეშვეობით

სადაზღვევო სისტემაში სხვადასხვა საჯარო ორგანიზაციების წარმომადგენლები ჩაერთვნენ. 2010 წლის აპრილის მონაცემებით სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამებით დაზღვეული იყო დაახლოებით 1 104 785 ადამიანი. აქედან სრულად დაფინანსებული:

- სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა – 954 966;
- კომპაქტურ დასახლებებში მყოფი იძულებით გადაადგილებულ პირები – 12 083;
- მზრუნველობამოკლებული ბავშვები – 3 053;
- სახალხო არტისტები, სახალხო მხატვრები და რუსთაველის პრემიის ლაურეატები – 189
- პედაგოგები – 79 494;
- თბილისის მერიის ბიუჯეტებით დაზღვეული (70 000–100 000 ქულის მქონე) მოსახლეობა – 55 000.

ნაწილობრივ ფინანსდება ზოგიერთი სახელმწიფო დაწესებულება - მთავრობამ ხელი შეუწყო სადაზღვევო პროგრამების განხორციელებას ჯარისკაცების, პოლოციელებისა და საჯარო მოხელეებისათვის.

ცვლილებები ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების სახელმწიფო პროგრამებში

2009 წლის 9 დეკემბრის # 218 დადგენილებაში საქართველოს მთავრობის მიერ 2010 წელს შეტანილი ცვლილებების შედეგად ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების სახელმწიფო პროგრამებში წესები მნიშვნელოვნად შეიცვალა.

- სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარის მიერ სადაზღვევო კომპანიის თავისუფლად არჩევის უფლება შეიცვალა კონკრეტულ კომპანიასთან სავალდებულო ურთიერთობით;
- საქართველოს ტერიტორია პირობითად დაიყო 26 სამედიცინო უბნად. სადაზღვევო ვაუჩერის საფუძველზე დამზღვევი სადაზღვევო ხელშეკრულებას აფორმებს ტენდერში გამარჯვებულ იმ სადაზღვევო კომპანიასთან (მზღვეველთან), რომელიც 2010 წლის 18 აპრილს ჩატარებული ტენდერის შედეგების საფუძველზე გამოვლინდა გამარჯვებულად დაზღვეულის საცხოვრებელი ადგილის შესაბამის სამედიცინო (26–დან ერთ–ერთ) უბანში.
- 2010 წლიდან დაზღვეულსა და მზღვეველს შორის დადებული ხელშეკრულება 3

წლიანი გახდა 1 წლიანის მაგივრად;

- 2010 წლის 1 მაისიდან თითოეული დაზღვეულზე წლიური სადაზღვევო პრემიის ოდენობა, ნაცვლად 180 ლარისა განისაზღვრა შესაბამის სამედიცინო უბანში კონკურსის წესით გამარჯვებული მზღვეველის მიერ დაფიქსირებული ფასის შესაბამისად. კერძოდ: თბილისში, საჩხერესა და გორში 116 ლარი და 40 თეთრი, ხოლო დანარჩენ 23 რაიონში 132ლარი;
- შემცირებული პრემიის ფონზე დაიგეგმა სადაზღვევო პაკეტის ახალი კომპონენტის ანაზღაურება - პოლისის წლიური სადაზღვევო ლიმიტის (50 ლარის) ფარგლებში სამკურნალოსაშუალებების ხარჯების 50 % თანაგადახდა;
- კომპანიისათვის სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილეობის შეწყვეტის საფუძველად მიიჩნევა კომპანიის მიერ ვაუჩერისა და კონკურსის პირობებით განსაზღვრული ვალდებულებების სისტემატიური და უხეში დარღვევები, რომელთა შესახებ წერილობითი დასკვნას გასცემს ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახური და/ან საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო.
- #218 დადგენილებაში შეტანილი ცვლილებების თანახმად, კომპანია ვალდებული იყო სადაზღვევო სერტიფიკატში ბენეფიციარისათვის ნათლად მიეთითებინა ინფორმაცია ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახურის შესახებ, რომელიც 2010 წლის მაისამდე ფინანსირდებოდა სადაზღვევო კომპანიების მიერ.
- დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილე სადაზღვევო კომპანიებს კონკურსის პირობების შესაბამისად, ეკისრებათ ახალი და მნიშვნელოვანი ვალდებულება - მათი საქმიანობის წარმოების სამედიცინო რაიონებში, დადგენილ ვადაში საავადმყოფოს მშენებლობის დაასრულება და ამოქმედება.

ერთისმხრივ, სადაზღვევო კომპანიების მიერ ახალი სამედიცინო დაწესებულებების შექმნამ მნიშვნელოვნად გააუმჯობესა სამედიცინო მომსახურების გარემო, გაჩნდა ტერიტორიული ხელმისაწვდომობაც, თუმცა მეორეს მხრივ, პრემიის შემცირებამ და დაკისრებული ვალდებულებების ზრდამ გააუარესა სადაზღვევო კომპანიების ფინანსური მდგომარეობა.

2011 წლის დეკემბრის მონაცემებით სახელმწიფო პროგრამებით დაზღვეული იყო 960 000-ზე მეტი ადამიანი. კერძოდ: სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა, კომპაქტურდ სახლებში მყოფი იძულებით გადაადგილებული პირები, მზრუნველობა მოკლებული ბავშვები, სახალხო არტისტები, სახალხო მხატვრები და რუსთაველის პრემიის ლაურიატები, შშმპ-თა და ხანდაზმულთა სახლების ბენეფიციარები, სკოლა-პანსიონების ბენეფიციარები, პედაგოგები, აფხაზეთისა/რ-ოკუპირებული ტერიტორიის მიმდებარედ მცხოვრები მოსახლეობა, სათემო ორგანიზაციების ბენეფიციარები, თბილისის მერიის ბიუჯეტებით დაზღვეული (70 000-100 000 ქულისმქონე) მოსახლეობა.

2012 წლის მონაცემებით საქართველოს მოსახლეობის 2 მილიონზე მეტ პირს არ ჰქონდა ჯანმრთელობის დაზღვევა. შესაბამისად ამ სეგმენტის დაზღვევის მიზნით საქართველოს მთავრობის მიერ გამოიცა 2012 წლის #165 დადგენილება, რომლის ფარგლებშიც დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში 2012 წლის სექტემბრიდან ჩაერთო დაახლოებით 800 000 მოქალაქე:

- 0-დან 5 წლამდე ასაკის ბავშვები;
- ასაკით პენსიონერები;
- სტუდენტები;
- შეზღუდული შესაძლებლობისა და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვები.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემებით 2012 წლის ბოლოსათვის ზემოთხსენებული ორივე (#218 და #165) დადგენილების ფარგლებში სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამით მოსარგებლეთა რიცხვმა 1 600 000 ადამიანს გადააჭარბა.

2007 და 2012 წლებში დაწყებულ სადაზღვევო პროგრამებს 2013 წლის თებერვლიდან ახალი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა დაემატა. 2013 საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დამტკიცებამდე განხორციელდა კვლევა და იმ ქვეყნების მაგალითების განხილვა რომლებშიც არსებობს სახელმწიფო დაზღვევის სხვადასხვა ფორმა.

კანონპროექტის მიღება განპირობებული იყო იმ მოტივით რომ შემუშავებულიყო სოციალური სამედიცინო დაზღვევის პაკეტი საქართველოს მთლიანი მოსახლეობისთვის. განვითარებული ქვეყნების მთავრობები დიდ ყურადღებას უთმობენ სოციალურ საკითხებს, რომელთა შორის ყველაზე მნიშვნელოვანი მოსახლეობისთვის სამედიცინო დახმარების ორგანიზებაა.

სახელმწიფოები სხვადასხვაგვარად უდგებიან ჯანდაცვის სისტემის ფორმირებას. ზოგიერთ ქვეყანაში, მაგალითად, დიდ ბრიტანეთში სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დიდ ნაწილს სახელმწიფო გადასახადებიდან აღებული საერთო თანხებიდან (საბიუჯეტო სამედიცინო დაზღვევა) ფარავს. ქვეყნის მოქალაქეებისთვის სამედიცინო მომსახურება უფასოა, მას სახელმწიფო ბიუჯეტი გადასახადებიდან აღებული საერთო თანხებიდან სრულად ფარავს (საბიუჯეტო სამედიცინო დაზღვევა). სხვა ქვეყნებში, მაგალითად, გერმანიაში, წარმატებით დაინერგა სპეციალური გადასახადის შემოღების პრაქტიკა, რომლის ხარჯზეც ხდება მოსახლეობის სამედიცინო პრობლემების მოგვარება. ასეთმა მოდელმა მიიღო სახელწოდება სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა.

ამჟამად მსოფლიოში ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზებისა და დაფინანსების სამი ძირითადი მოდელი ფუნქციონირებს: საბიუჯეტო (სახელმწიფო), სავალდებულო სადაზღვევო და კერძო (ფასიანი).

2013 წლიდან ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში სახელმწიფოს კურსი მკვეთრად შეიცვალა: მიზნობრივი ჯგუფების ჯანდაცვის სერვისებით უზრუნველყოფა ჩანაცვლდა სერვისების საყოველთაო მოცვით, და თითოეული მოქალაქისათვის შეიქმნა ჯანდაცვის უფლებით უნივერსალური სარგებლობის ფუნდამენტი.

2013 წლის 28 თებერვლიდან დაიწყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის პირველი ეტაპი, რაც გულისხმობდა ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე მოსახლეობის მოცვას მინიმალური პაკეტით. პროგრამას მართავს სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტო“, რომელიც პასიური შემსყიდველისგან გახდა აქტიური შემსყიდველი. შინარსითა და

მართვის მექანიზმებით იგი არ არის სადაზღვევო შენატანებზე დაფუძნებული და მსგავსია ქვეყანაში აქამდე მოქმედი ე.წ. „ვერტიკალური პროგრამებისა“. გაწეული მომსახურების დაფინანსება ხდება უმეტესწილად შემთხვევის ღირებულების მიხედვით.

2013 წლის 1 ივლისიდან დაიწყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მეორე ეტაპი - გაიზარდა პროგრამული სამედიცინო სერვისების მოცულობა (ბაზისური პაკეტი). 2014 წლიდან პროგრამაში ინტეგრირდა მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფების ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამები.

2013 წლიდან ხელისუფლებამ საფუძველი ჩაუყარა მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და კეთილდღეობაზე ორიენტირებულ პოლიტიკას, ბოლო წლებში უპრეცედენტოდ გაიზარდა ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობა (2012 წ. 450 მლნ ლარი – 2016 წ. 1017 მლნ. ლარი). 2016 წლის მონაცემებით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები მთლიან შიდა პროდუქტთან მიმართებით - 3.0% და ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში - 8.6%-ია. კლების მიუხედავად, კვლავ მნიშვნელოვნად მაღალია ჯიბიდან გადახდების (OOP) წილი ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯებში 57%, რაც მძიმე ტვირთად აწვება შინამეურნეობებს.

ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობის ზრდის თვალსაზრისით, უმნიშვნელოვანესი მიღწევა იყო 2013 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვა, რომელმაც სათავე დაუდო მოსახლეობის სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურებით უნივერსალურ მოცვას. 2014 წლიდან სახელმწიფოს მიერ ან წინასწარი გადახდის სქემებით დაფინანსებული სერვისებით მოცულია მოსახლეობის 100%.

მიუხედავად იმისა, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამამ ბენეფიციართა ფართო სპექტრი მოიცვა, პროგრამის ფარგლებში გაჩნდა პრობლემები. სახელმწიფოს მხრიდან, ამა თუ იმ სამედიცინო მომსახურებაზე თანხების ანაზღაურება ხორციელდებოდა, არაკონკრეტული სამედიცინო დაწესებულებიდან წარმოდგენილი ფასების შესაბამისად, არამედ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო

პროგრამით დადგენილი სატარიფო არეალის მიხედვით, რაც უმეტეს შემთხვევაში ნაკლებია სამედიცინო დაწესებულებიდან წარმოდგენილ ფასზე. აქედან გამომდინარე ბენეფიციარების უმრავლესობას უწევს საკუთარი სახსრების დამატება. გახშირდა სამედიცინო დაწესებულებების მიერ შემთხვევების ხელოვნურად დამძიმების ფაქტები, გართულდა თანხების მიზნობრივად ხარჯვის გაკონტროლება.

აღნიშნული პრობლემების და სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი ფინანსური რესურსების ხარჯების ზრდამ მიგვიყვანა ლოგიკურ შედეგებამდე, რამაც გამოიწვია საყოველთაო დაზღვევის პროგრამის ცვლილებამდე.

2017 წლის 1 მაისიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში დიფერენცირებული პაკეტები ამოქმედდა.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ჯგუფები და დაფინანსების პირობები:

1. სოციალურად დაუცველებს, პენსიონერებს, 0-6 წლამდე ასაკის ბავშვებს, პედაგოგებს, სტუდენტებს, იძულებით გადაადგილებულ პირებს, შშმ პირებს:

- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული მიზნობრივი სპეციალური სერვისების მოცულობა უცვლელად უნარჩუნდება;
- არ ეზღუდებათ დამატებით კერძო სადაზღვევო პაკეტით სარგებლობის უფლება.
- ამასთან საპენსიო ასაკის პირები პროგრამით გათვალისწინებული სრული მომსახურებით ისარგებლებენ შემოსავლების მიუხედავად.

2. 70 000-დან 100 000-მდე სარეიტინგო ქულის მქონე მოქალაქეებს და 6-დან 18 წლამდე ასაკის მოზარდებს:

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

3. ყოველთვიურად 1000 ლარზე ნაკლები შემოსავლის მქონე მოქალაქეები, თვითდასაქმებული, არარეგულარული შემოსავლის მქონე მოქალაქეები:

- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მცირედ შეზღუდული პაკეტით სარგებლობენ;
- კერძო დაზღვევის არსებობის შემთხვევაში უნარჩუნდებათ გადაუდებელი სერვისების დაფინანსება;

- უნარჩუნდებათ ონკოლოგიური დაავადებების (ქიმიო, ჰორმონო და სხივური თერაპია) მკურნალობა და მშობიარობა/საკეისრო კვეთის დაფინანსება.

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

- სარგებლობენ ან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეზღუდული სერვისებით ან კერძო სადაზღვევო პაკეტით;

- უნარჩუნდებათ ონკოლოგიური (ქიმიო და ჰორმონოთერაპია) დაავადებების მკურნალობა;

- მშობიარობა/საკეისრო კვეთის დაფინანსება.

5. მოქალაქეები, რომელთა შემოსავალი წელიწადში 40 000 ლარს აღემატება, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით ვეღარ ისარგებლებენ.

პროგრამის ფარგლებში ყველა მოქალაქეს უნარჩუნდება მშობიარობა/საკეისრო კვეთის დაფინანსება ყველა მოქალაქეს შეეძლება ჯანდაცვის სამინისტროს სხვა სახელმწიფო პროგრამებით სრულფასოვნად სარგებლობა.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის სერვისების მოცულობა განისაზღვრება ინდივიდუალური მონაცემების და არა ოჯახის შემოსავლის მიხედვით.

სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში რეგისტრირებულ, 100 000-მდე სარეიტინგო ქულის მქონე მოქალაქეებს, ქრონიკული დაავადებების სამკურნალო მედიკამენტები დაუფინანსდებათ.

იმ შემთხვევაში თუ კერძო სადაზღვევო სქემაში ჩართულ პირს, რომელიც 2017 წლის 01 იანვრის მდგომარეობით სარგებლობდა კერძო ჯანმრთელობის პაკეტით, გარკვეული მიზეზების გამო შეუწყდა სადაზღვევო კონტრაქტი მას წარმოეშობა უფლება და ჩაერთვება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში და გარდამავალ პერიოდში ისარგებლებს კონკრეტული ტიპის შესაბამისი მინიმალური პაკეტით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურებით. კერძო სადაზღვევო კონტრაქტის შეწყვეტიდან 6 თვის გასვლის შემდგომ პიროვნება სამედიცინო მომსახურების მიღებას შეძლებს შესაბამისი კატეგორიის მომსახურების პირობებით.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობას იღებს ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც აკმაყოფილებს ამ საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს, გამოთქვამს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს, ეთანხმება პროგრამის პირობებს და დადგენილი წესით, წერილობით დაუდასტურებს სოციალური მომსახურების სააგენტოს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს. ამასთან, ინტენსიური მოვლა/მკურნალობის სერვისის მიმწოდებლების, ასევე, ქ. თბილისში, ქ. ბათუმში, ქ. ქუთაისში სამეანო-ნეონატალური მომსახურებისა და გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურების მიმწოდებლებისადმი განსაზღვრულია დამატებითი პირობები.

პროგრამის მოსარგებლეს უფლება აქვს თავად აირჩიოს სამკურნალო დაწესებულება საქართველოს მასშტაბით.

- გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებისათვის მოსარგებლეს შეუძლია დარეგისტრირდეს სურვილისამებრ, შერჩეულ მომსახურების მიმწოდებელნების მიერ დაწესებულებაში (სპეციალურად შემუშავებული, სამედიცინო დაწესებულებაში რეგისტრაციაზე მოსარგებლის თანხმობის ფორმის შევსების საფუძველზე). ამასთან რეგისტრაციის შეცვლა შესაძლებელია 2 თვეში ერთხელ. პროგრამით მოსარგებლე პირს უფლება აქვს, რომ რეგისტრირებული იყოს მხოლოდ ერთ კლინიკაში - გეგმიური ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში.

- გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების მისაღებად არ არსებობს რაიმე შეზღუდვა სამედიცინო დაწესებულების არჩევისას;

- გეგმიური ქირურგიული და ონკოლოგიური მომსახურება ხორციელდება მატერიალიზებული სამედიცინო ვაუჩერის/თანხმობის წერილის საფუძველზე, რომლის მიღება პროგრამის მოსარგებლეს შემდეგი გზით შეუძლია: მოქალაქე მიმართავს პროგრამის/ქვეპროგრამის მიმწოდებელს ან შესაბამის სერვის ცენტრს/სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულს; პროგრამის მიმწოდებელი, სამედიცინო საჭიროების მიხედვით, სპეციალურ ელექტრონულ სისტემაში ავსებს შესაბამისი ფორმის განაცხადს (რეკვიზიტები, მათ შორის მოსარგებლის მობილური ტელეფონის ნომერი, სამედიცინო

საჭიროების დამადასტურებელი ცნობა (ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა ფორმა №IV-100/აფორმატით, კალკულაცია); სერვისცენტრის/სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულისთვის მიმართვის შემთხვევაში, პირი წარადგენს შესაბამის დოკუმენტაციას: ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ - ფორმა №IV-100/ა, პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის (18 წლამდე ასაკის მოქალაქეთა შემთხვევაში, დასაშვებია დაბადების მოწმობა) ასლი, ანგარიშფაქტურა, კალკულაცია – საჭიროების შემთხვევაში და ამ შემთხვევაში სააგენტოს უფლებამოსილი პირის მიერ ხდება ზემოაღიწერილი განაცხადის შევსება; ელექტრონული ან მატერიალური ფორმით წარმოდგენილი სამედიცინო დოკუმენტაციის განხილვის შედეგად, სააგენტოს უფლებამოსილი პირის მიერ ხდება მომსახურების დაფინანსების თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება, რის თაობაზე მოსარგებლეს/წარმომადგენელს ეცნობება მოკლექტესტური შეტყობინების საშუალებით, რომელშიც, მოთხოვნის ნომერთან ერთად, მითითებული იქნება მიმართვის უნიკალური კოდი. მოსარგებლეს/წარმომადგენელს შეუძლია უნიკალური კოდი წარადგინოს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებაში და ადგილზე მიიღოს საგარანტიო წერილი ან სურვილის შემთხვევაში, აიღოს ის სერვის ცენტრში/სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულში. მედიკამენტებით სარგებლობის მატერიალიზებული ვაუჩერი/მიმართვის გაცემა ხდება უშუალოდ სერვის ცენტრში/სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში.

როგორც უკვე აღვნიშნე დიფერენცირებული პაკეტები განსხვავებულია ერთმანეთისგან თანაგადახდის, ლიმიტებისა და დაფინანსების პროცენტები. ინფორმაცია საჯაროა და განთავსებულია საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე.

გეგმური ამბულატორიული მომსახურება

გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ

პაციენტის რეგისტრაციის ადგილის მიხედვით.

➤ ოჯახის ან უბნის ექიმის და ექთნის მომსახურება, საჭიროების შემთხვევაში, მათი

მომსახურებაბინაზე
<ul style="list-style-type: none"> ➢ ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული პროფილაქტიკური აცრები;
<ul style="list-style-type: none"> ➢ ოჯახის ან სოფლის ექიმის დანიშნულებით ექიმ-სპეციალისტების მომსახურება <ul style="list-style-type: none"> • ენდოკრინოლოგი; • ოფთალმოლოგი; • კარდიოლოგი; • ნევროლოგი; • გინეკოლოგი; • ოტორინოლარინგოლოგი; • უროლოგი; • ქირურგი
<ul style="list-style-type: none"> ➢ ექიმის დანიშნულებით ინსტრუმენტული გამოკვლევები: <ul style="list-style-type: none"> • ელექტროკარდიოგრაფია
<ul style="list-style-type: none"> • საჭმლის მომნელებელი სისტემის ექოსკოპია(ტრანსაბდომინურად) • შარდ-სასქესო სისტემისა და მცირე მენჯის ორგანოების ექოსკოპია (ტრანსაბდომინურად) • გულმკერდის რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია • ძვლების რენტგენოგრაფია
<ul style="list-style-type: none"> ➢ ექიმის დანიშნულებით კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები. <ul style="list-style-type: none"> • სისხლის საერთო ანალიზი; • შარდის საერთო ანალიზი;
<ul style="list-style-type: none"> • გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში; • კრეატინინი; • ქოლესტერინი სისხლში; • შრატში ლიპიდების განსაზღვრა; • განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე; • პროთრომბინის დრო;

<ul style="list-style-type: none"> • ღვიძლის ფუნქციური სინჯები (ALT,AST); • ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური სინჯი(TSH);
<p>➢ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები, გარდა მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევებისა;</p>
<p>➢ სამედიცინო ცნობის, დასკვნის და რეცეპტის გაცემა, გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული, ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შეძენის ნებართვის მისაღებად წარსადგენი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობებისა.</p>
<p>➢ გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება განსაზღვრული ნუსხის მიხედვით.</p>
<p>➢ გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება ლიმიტი ერთეულ შემთხვევაზე 15,000 ლარი.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ინტენსიური თერაპია და კრიტიკული მდგომარეობების მართვა;
<ul style="list-style-type: none"> • გადაუდებელი მდგომარეობები განსაზღვრული ნუსხისშესაბამისად.
<ul style="list-style-type: none"> • ყველა სხვა გადაუდებელი და სასწრაფო მდგომარეობის მართვა.
<p>გეგმური ქირურგიული ოპერაციები წლიური ლიმიტი 15,000 ლარი.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ონკოქირურგიული და კარდიოქირურგიული ოპერაციები
<ul style="list-style-type: none"> • სხვა ქირურგიული ოპერაციები
<p>ონკოლოგიურ დაავადებათა არაქირურგიული მკურნალობა (წლიური ლიმიტი 12000 ლარი)</p> <p>➢ ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია</p>
<p>➢ სხივური თერაპია</p>
<p>➢ მშობიარობა:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ფიზიოლოგიური მშობიარობა
<ul style="list-style-type: none"> • საკეისროკვეთა
<p>➢ მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული მომსახურება</p> <ul style="list-style-type: none"> • სტაციონარული მომსახურება

<ul style="list-style-type: none"> • მშობიარობა/საკეისრო კვეთა • სეფსისი
<p>➢ ინფექციური დაავადებებისმართვა</p> <ul style="list-style-type: none"> • ინფექციური დაავადებები ნუსხის მიხედვით • ინფექციურ დაავადებებთან დაკავშირებული კრიტიკული მდგომარეობები/ინტენსიური თერაპია

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

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

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

ბ) წლიური 40,000 ლარზე ნაკლები და თვიური 1000 ლარი და მეტი შემოსავლის მქონე პირებისთვის - თუ პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხა არ აღემატება 1000

ლარს, შემთხვევის დაფინანსება განხორციელდება მოსარგებლის მიერ (ტარიფის არეალი ≤ 1000ლ). ხოლო თუ პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხა აღემატება 1000 ლარს, პაციენტის თანაგადახდა შეადგენს პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხის 30%-ს, მაგრამ არანაკლებ 1000 ლარისა.

***** განსაზღვრული ნუსხის მიხედვით ინფექციური დაავადებების ხარჯები პროგრამის ფარგლებში ანაზღაურდება პროგრამის ზემოაღნიშნული მოსარგებლების გარდა ანაზღაურდება საქართველოში მუდმივად მცხოვრები უცხო ქვეყნის მოქალაქეებისთვისაც.**

გამონაკლისები გვხვდება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაშიც, კერძოდ არსებობს ისეთი შემთხვევები რომელიც გაცდენილია პროგრამის დაფინანსების არეალს, ესენია:

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

გარდა ზემოთაღნიშნულისა, **საბაზისო (I) და ვეტერანების (II) პაკეტით** მოსარგებლეთათვის დაფინანსებას არ ექვემდებარება:

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

2.2 სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სისტემის რეფორმირების შედეგები და მისი შეფასება.

ზემოაღნიშნულ თავში მოკლე მიმოხილვა გაკეთდა საქართველოში სახელმწიფოს მიერ, დროის სხვადასხვა პერიოდში განხორციელებული ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებთან დაკავშირებით, კერძოდ კი განხილულ იქნა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამები.

გარკვეული გამოცდილებიდან გამომდინარე ამ ეტაპზე შესაძლებელია განისაზღვროს ყველა ის ნაკლოვანება და უპირატესობა რაც თანმდევი იყო სახელმწიფო დაზღვევის თითოეული პროგრამისთვის.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებიდან მის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან გამოწვევად პროგრამაზე დახარჯული ფინანსური რესურსების მართვაა. სტატისტიკურ მონაცემებზე დაყრდნობით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გეგმიური ბიუჯეტი

ყოველწლიურად იზრდება თუმცა ბოლო ხუთი წლის მანძილზე ფაქტობრივად გაწეული ხარჯები დაგეგმილსაც სცდება.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა 2013 წელს ამოქმედდა და საქართველოს ყველა იმ მოქალაქეზე გავრცელდა ვინც ჯანმრთელობის დაზღვევის სხვა პაკეტით (სახელმწიფო ჯანდაცვის დაზღვევით ან კერძო დაზღვევით) არ სარგებლობდა. 2014 წლიდან კი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ის მიზნობრივი ჯგუფებიც მოექცნენ, ვინც ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობდნენ. ამასთან, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარებს საშუალება მიეცათ დამატებით კერძო დაზღვევის პაკეტები შეეძინათ.

სახელმწიფომ შეცვალა დაფინანსების წესიც, თუ მანამდე სახელმწიფო ჯანდაცვის დაზღვევის პროგრამებს კერძო სადაზღვევო კომპანიები ახორციელებდნენ, 2014 წლიდან სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამის განმახორციელებელი სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტოა“. რაც ნიშნავს, რომ ფინანსური რისკებიც სახელმწიფო ბიუჯეტზე მოდის.

2013 წელს საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომელსაც სოციალური მომსახურების სააგენტო ახორციელებს. პროგრამის მიზანი იყო საქართველოს ყველა იმ მოქალაქის ჯანმრთელობის დაზღვევით უზრუნველყოფა, რომელიც 2013 წლის 1 ივლისის მდგომარეობით არ სარგებლობდა უკვე არსებული სახელმწიფო დაზღვევით და არ გააჩნდა კერძო დაზღვევა. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამისგან განსხვავებით სხვა სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამებს კერძო სადაზღვევო კომპანიები ახორციელებდნენ, რომელთა ბენეფიციარებს წარმოადგენდნენ მხოლოდ სოციალურად დაუცველები, საპენსიო ასაკის მოსახლეობა, 5 წლამდე ასაკის ბავშვები, სტუდენტები, შშმბავშვები და მკვეთრად გამობატული შშმპირები.

2014 წელს ყველა სხვა ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა გაუქმდა და მათი მოსარგებლე მოქალაქეებიც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას შეუერთდნენ. შესაბამისად, კერძო სადაზღვევო კომპანიები ამ პერიოდიდან უკვე აღარ

მონაწილეობდნენ სახელმწიფო პროექტებში.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებით საქართველოს მოსახლეობას გაუჩნდა მნიშვნელოვანი სოციალური გარანტიები. თუმცა, პროგრამის მასშტაბებმა გააჩინა რისკები, რომლებიც დაკავშირებული იყო:

- სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯების ზრდასთან;
- პროგრამის ეფექტურ მართვასთან;
- კერძო სადაზღვევო ბიზნესის განვითარებასთან.

პირველ რიგში მნიშვნელოვანია რა მიზეზებით იყო განპირობებული საყოველთაო ჯანდაცვის ბიუჯეტის ზრდა ჯანდაცვის პროგრამის ფინანსური მაჩვენებლების ანალიზის მიხედვით, მნიშვნელოვანი პრობლემები შეინიშნება პროგრამის წლიური ბიუჯეტის დაგეგმვისას. ქვემოთ წარმოგიდგენთ იმ ძირითად ფაქტორებს, რომელთა ვერ გათვალისწინება შესაძლებელია განაპირობებდეს პროგრამის არაგეგმიურ ხარჯებს:

ჯანდაცვაზე ხარჯების ზრდა - მსოფლიოში დღეს არსებული ტენდენციით ჯანდაცვის ხარჯები მაღალი ტემპით იზრდება, რაც განპირობებულია სექტორში ახალი ტექნოლოგიების დანერგვით და ახალი მედიკამენტების შექმნით, ფასების ინფლაციით და სხვ. მაგალითად, სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემებით, 2016 წლის მაისის მდგომარეობით წინა წლის ანალოგიურ პერიოდთან შედარებით საქართველოში ჯანდაცვაზე ფასები გაზრდილია 5,7%-ით. კერძოდ, ფასების მატება დაფიქსირდა ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურების (+9,8%) და სამედიცინო პროდუქციის, აპარატურისა და მოწყობილობების(+4,2%) შემთხვევაში.

უფასო მომსახურების ეფექტი - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებით საქართველოს მოქალაქეებისთვის უფასოდ ხელმისაწვდომი გახდა იმგვარი სამედიცინო მომსახურება, რომლის მიღებასაც მოსახლეობის უმრავლესობა საკუთარი სახსრებით ვერ ახერხებდა ან თავს იკავებდა. შესაბამისად, პროგრამის ამოქმედებით მნიშვნელოვნად გაიზარდა ექიმებთან მიმართვიანობის რაოდენობა. მაგალითად, სტატისტიკის ეროვნული

სამსახურის მონაცემებით, 2014 წელს ექიმთან მიმართვების რიცხვი 2011 წელთან შედარებით 54%-ით გაიზარდა. დროთა განმავლობაში პროგრამის სიკეთეებზე მოსახლეობის მეტმა ინფორმირებულობამ, სავარაუდოდ გამოიწვია ექიმთან მიმართვიანობის რიცხვის კიდევ უფრო მომატება.

პროგრამის ეფექტური მართვა - პროგრამის ხარჯების ზრდის შეკავება მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ პროგრამის ეფექტურ მართვაზე. პროგრამის მასშტაბები წარმოშობს სააგენტოს მიერ სამედიცინო დაწესებულებების სრულფასოვანი კონტროლის შეუძლებლობის რისკებს. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ გადაუდებელი ქირურგიული ოპერაციების მკვეთრი მატება (CURATIO INTERNATIONAL FOUNDATION -ის 2015 წლის კვლევის მიხედვით, გადაუდებელი ქირურგიული ოპერაციების შემთხვევების მატება 314%- ს შეადგენს) ბადაებს კითხვებს იმასთან დაკავშირებით, თუ რამდენად ეფექტურად უმკლავდება სააგენტო სამედიცინო დაწესებულებების მიერ, დამატებითი ანაზღაურების მიღების მიზნით, პაციენტის დიაგნოზის ხელოვნურად დამძიმების ან შეცვლის შემთხვევების მონიტორინგს. პროგრამის ეფექტურ მართვას მნიშვნელოვნად ართულებს, აგრეთვე, კერძო სადაზღვევო კომპანიებში დაზღვეული მოქალაქეების შესახებ დაზუსტებული ინფორმაციის არ არსებობა. პროგრამის ამოქმედების შემდგომ კერძო სადაზღვევო კომპანიებმა პერსონალური მონაცემების დაცვის მოტივით სოციალური მომსახურების სააგენტოს აღარ მიაწოდეს მათთან დაზღვეული მოქალაქეების შესახებ ინფორმაცია. შესაბამისად, დღეის მდგომარეობითაც, პროგრამის ბენეფიციარის განსაზღვრის ათვლის წერტილად კვლავ მიჩნეულია 2013 წლის 1 ივლისი. აქედან გამომდინარე, ის მოქალაქეები, რომლებსაც 2013 წლის პირველი ივლისის შემდგომ შეუწყდათ კერძო დაზღვევა, სარგებლობენ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მინიმალური პაკეტით, ხოლო, ის მოქალაქეები რომლებიც 2013 წლის პირველი ივლისის შემდგომ ჩაერთვნენ კერძო დაზღვევაში, არ ეთიშებიან სახელმწიფო პროგრამას და სარგებლობენ ე.წ. ორმაგი დაზღვევით. ორმაგი დაზღვევა გულისხმობს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით და კერძო სადაზღვევო კომპანიების მომსახურებით

ერთდროულად სარგებლობას, როცა კერძო სადაზღვევო კომპანიები ახორციელებენ მხოლოდ იმ მომსახურების ანაზღაურებას, რომელსაც არ ითვალისწინებს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა. აღნიშნული გარემოება მნიშვნელოვნად ზრდის პროგრამის ბენეფიციართა რაოდენობას და ხარჯებს.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამდე სადაზღვევო ბაზარზე სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევის წილი შეადგენდა დაახლოებით 74%-ს. საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის მონაცემებით 2012 წლის მიწურულს კერძო სადაზღვევო კომპანიებში ფიქსირდებოდა ჯანმრთელობის დაზღვევის სულ 1,915,952 მოქმედი პოლისი (კერძო დაზღვევა და სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამები ერთად). იმავე წელს სადაზღვევო კომპანიების მიერ გამომუშავებულმა პრემიამ შეადგინა დაახლოებით 264 მილიონი ლარი. 2014 წელს კერძო სადაზღვევო კომპანიები სრულად გამოეთიშნენ სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამას. შესაბამისად, მათ განკარგულებაში დარჩა მხოლოდ კერძო სადაზღვევო პოლისები, რაც 2014 წლის მიწურულის მდგომარეობით შეადგენდა 535505 ერთეულს. სახელმწიფო პროგრამებიდან კერძო სადაზღვევო კომპანიების გასვლის შემდეგ 2014 წელს მათი გამომუშავებული პრემია 190 მილიონ ლარამდე, ხოლო სადაზღვევო ბაზარზე წილი 43%-მდე შემცირდა. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებით არსებობდა საფრთხე, რომ იგი უარყოფით გავლენას იქონიებდა კერძო დაზღვევით მოსარგებლეთა რაოდენობაზეც. სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, პროგრამის ამოქმედების საწყის ეტაპზე კერძო სადაზღვევო პოლისების რაოდენობა მართლაც მნიშვნელოვნად შემცირდა. თუმცა, 2014 წლის II კვარტლის შემდეგ აღნიშნულ სექტორში კვლავ შეინიშნება ზრდა და კერძო სადაზღვევო პოლისების რაოდენობა დაახლოებით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამდე არსებულ ნიშნულს დაუბრუნდა. კერძო სადაზღვევო სექტორმა პოლისების მოზიდვის მიზნით მომხმარებელს შესთავაზა იმ მომსახურების დაზღვევა, რასაც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა არ ითვალისწინებს. კერძო სადაზღვევო პოლისების მატება უმეტესწილად განხორციელდა სახელმწიფო დაწესებულებებში კორპორაციული დაზღვევების ზრდის ხარჯზე, რაც თავის მხრივ, შესაძლებელია საჯარო

სექტორში დასაქმებულთა ზრდას უკავშირდებოდეს. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებიდან დაახლოებით სამი წლის შემდეგ, მისი ფინანსური მაჩვენებლების და სხვა მონაცემების შესწავლით ნათლად გამოჩნდა, რომ პროგრამის შექმნისას არ იყო სათანადოდ გაცნობიერებული მოსალოდნელი რისკები, რომლებიც პროგრამის განხორციელების სხვადასხვა ეტაპზე იჩენდა თავს. პროგრამას არ გააჩნდა სამოქმედო გეგმა და სტრატეგია, რომელიც ხელს შეუწყობდა პროგრამის ეფექტურ და თანმიმდევრულ განვითარებას. პროგრამის არსებული ფორმით გაგრძელება დაკავშირებული იყო მთელ რიგ რისკებთან. მათ შორის: - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაზე გაწეული ხარჯების ზრდის არსებული ტენდენცია წარმოშობს საფრთხეს, რომ სახელმწიფო ვეღარ უზრუნველყოფდა პროგრამის განსახორციელებლად საჭირო ფინანსური რესურსის მოძიებას და სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გაწეული მომსახურების საფასურის დროულ დაფარვას, რაც გამოიწვევს პროგრამის ფუნქციონირების შეფერხებას.

მაგალითად, სახელმწიფო აუდიტის მიერ განხორციელებულ საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2014 წლის ფინანსური აუდიტის ანგარიშში დაფიქსირებულია სამედიცინო დაწესებულებებისთვის ვადაგადაცილებული ანგარიშსწორების ფაქტები. ამასთან დაკავშირებით განსხვავებული პოზიცია აქვს სოციალური მომსახურების სააგენტოს, რომელმაც IDFI-ის შესაბამისი მოთხოვნის პასუხად აცნობა, რომ ანგარიშსწორება ხორციელდება დადგენილი ვადების დაცვით. - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის განხორციელებისთვის საფრთხის შემცველად შესაძლებელია განვიხილოთ საქართველოს კანონმდებლობის დაშვება, რომ სოციალური მომსახურების სააგენტოსთვის ხელმიუწვდომელია კერძო სადაზღვევო კომპანიებში დაზღვეულ მოქალაქეთა შესახებ ინფორმაცია. ეს დაშვება მნიშვნელოვნად ართულებდა პროგრამის ბენეფიციართა იდენტიფიცირებას.

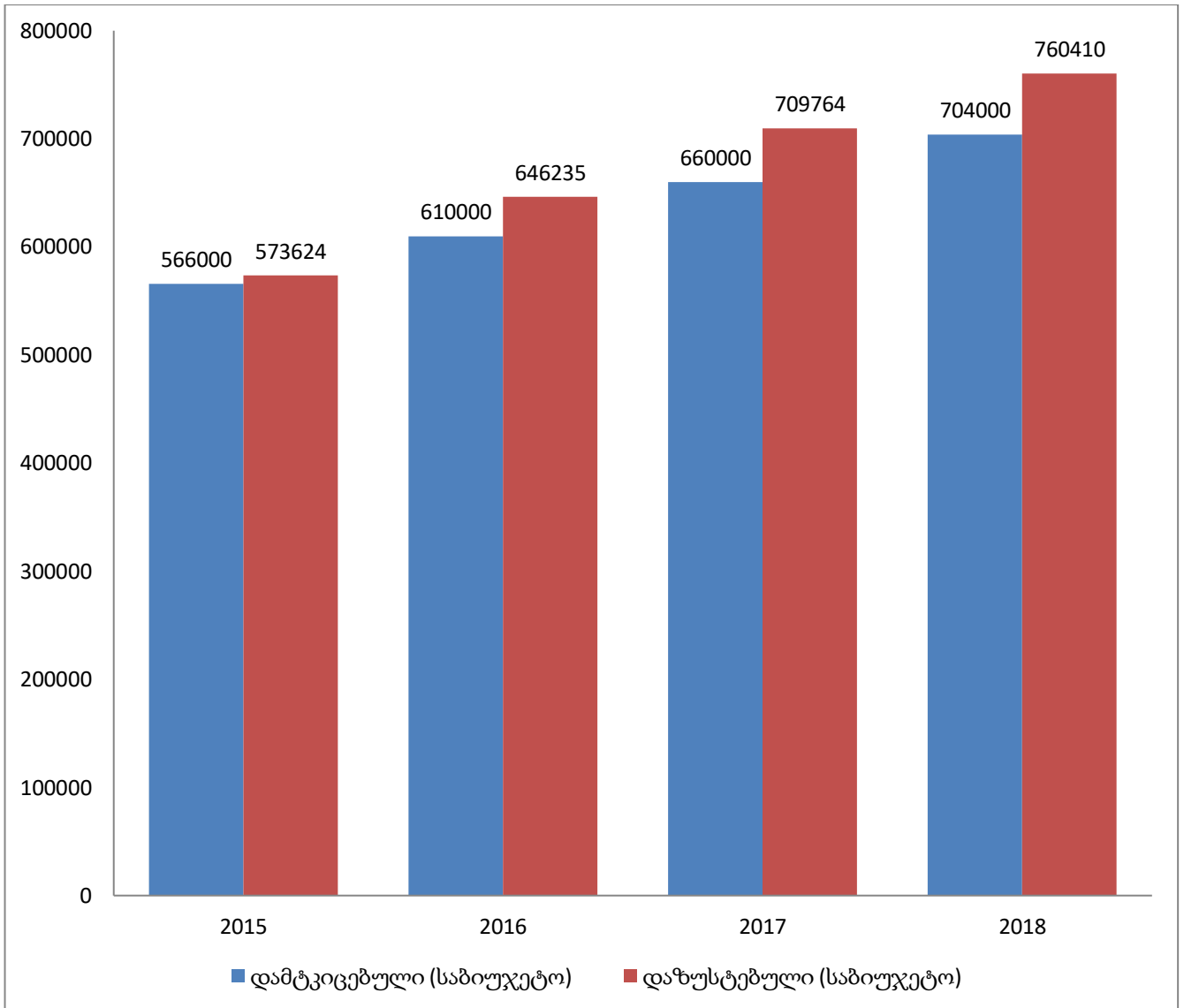
იმ ეტაპისთვის ჯანდაცვის პროგრამების გრძელვადიანი განვითარების გეგმის არ არსებობა მნიშვნელოვან საფრთხეს წარმოადგენდა კერძო სადაზღვევო ბაზრის განვითარებისთვის. სახელმწიფო პროგრამები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს კერძო

სადაზღვევო კომპანიების მიერ საკუთარი საქმიანობის დაგეგმვაზე. შესაბამისად, სახელმწიფო პროგრამის განხორციელების გეგმის არ არსებობა კერძო კომპანიებს უქმნიდა არასტაბილურ გარემოს, რაც მნიშვნელოვნად აფერხებდა კერძო სადაზღვევო ბაზრისგანვითარებას.

დიდწილად ზემოაღნიშნული ხარვეზების არსებობიდან გამომდინარე 2017 წლის 01 მაისიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში მნიშვნელოვანი ცვლილებები განხორციელდა. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა აღარ ვრცელდება იმ მოქალაქეებზე, ვინც 2017 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით კერძო დაზღვევით სარგებლობდნენ. ამასთან, პროგრამაში შემოსავლების მიხედვით დიფერენცირებული დაზღვევის პაკეტი გაჩნდა. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა მაღალშემოსავლიან (წლიურად 40 ათას ლარზე მეტი) მოქალაქეებზე აღარ ვრცელდება. მნიშვნელოვნად შეეზღუდათ ჯანმრთელობის დაზღვევის პაკეტი საშუალო შემოსავლის (თვეში 1 000 ლარზე მეტი) მქონე მოქალაქეებსაც. დაბალი შემოსავლის მქონე მოქალაქეები, თვითდასაქმებულები და არარეგულარული შემოსავლის მქონე მოქალაქეები შედარებით შეზღუდული პაკეტით სარგებლობენ. ჯანმრთელობის დაზღვევის შედარებით სრული პაკეტით მხოლოდ მიზნობრივი და მოწყვლადი ჯგუფები სარგებლობენ. საყოველთაო მხოლოდ მშობიარობის (500 ლარის ფარგლებში) და საკეისრო კვეთის (800 ლარის ფარგლებში) დაფინანსება დარჩა, რომელიც ყველას ერთნაირად უფინანსდება, მათ შორის – მაღალშემოსავლიან მოქალაქეებსაც.

აღნიშნული ცვლილებების მიზეზად ხარჯების ოპტიმიზაცია და სოციალური სამართლიანობის შექმნა სახელდება. მიუხედავად ამისა, ჯანდაცვის სამინისტრომ მაინც ვერ მოახერხა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ხარჯების შეკავება. წინა წლების მსგავსად პროგრამის ბიუჯეტი 2017 წელსაც არასაკმარისი აღმოჩნდა და დამატება გახდა საჭირო.

გრაფიკი 2.1: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დაგეგმილი და რეალური ხარჯები, 2015-2018 წლებში (ათას ლარებში).



წყარო: ფინანსთა სამინისტრო, სახელმწიფო ბიუჯეტი

2019 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბიუჯეტი 754 მლნ ლარით განისაზღვრა, რაც წინა წლის რეალურ შესრულებაზე დაახლოებით 6 მლნ ლარით ნაკლებია. ამასთან, წინა წლების სტატისტიკა აჩვენებს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ხარჯები მზარდია. ასევე, ჯანდაცვის სფეროში ინფლაციის ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ფიქსირდება. ამ გარემოებებს თუ გავითვალისწინებთ, შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას თანხები 2019 წელსაც დააკლდება. უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში ჯანდაცვის სისტემაში გატარებული რეფორმების შედეგად საგრძნობლად გაიზარდა როგორც ჯანდაცვაზე მთლიანი დანახარჯები,

აგრეთვე სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ასიგნება, თუმცა კვლავ მაღალია შინამეურნეობათა მიერ სამედიცინო მომსახურებაზე დანახარჯების შედეგად გაღარიბების რისკი.

2.3 სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის განვითარების სტრატეგიული მიმართულებები

ჯანდაცვის სისტემის სრულყოფა და განვითარება კვლავ რჩება ერთ-ერთ მნიშვნელოვან გამოწვევად, რაც აისახება საბიუჯეტო თანხების განაწილების პრიორიტეტებშიც და საერთაშორისო ორგანიზაციებთან და პარტნიორებთან მუდმივ თანამშრომლობაშიც. მუშაობის პროცესი მოიცავს და გულისხმობს არსებული ვითარების ანალიზსა და სამომავლო გაუმჯობესებისკენ მიმართული ნაბიჯების დაგეგმვას.

აქვე უნდა აღინიშნოს რომ გარკვეული პრობლემებისა და გამოწვევებისა მიუხედავად ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის ზრდის თვალსაზრისით, უმნიშვნელოვანესი მიღწევა იყო 2013 წელს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვა, რომელმაც სათავე დაუდო სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის უნივერსალურ მოცვას. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) ევროპის ბიურომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა წარმატებულ პროექტად აღიარა ევროპის ქვეყნების 2015 წლის ჯანმრთელობის ანგარიშში.

აღნიშნულის მიუხედავად, მნიშვნელოვანი ნაბიჯებია გადასადგმელი ჯანდაცვის სისტემის ეფექტიანობის ამაღლებისათვის, ასევე ჯანდაცვით მომსახურების სრულ სპექტრზე ხელმისაწვდომობის ზრდისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიმართულებით.

ჯანდაცვის სისტემის ხარჯთეფექტურობის გაზრდისათვის დასაწერია ხარისხის კონტროლისა და სამედიცინო დაწესებულებათა ანაზღაურების თანამედროვე სისტემები, მათ შორის Pay-for-performance (ანაზღაურება-შედეგისათვის) მოდელი.

ჯანდაცვის სისტემების ფინანსური მდგრადობისა და დანახარჯების ზრდის კონტროლისათვის უმნიშვნელოვანესია პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარება და მისი “gatekeeping” („მეკარიბჭის“) ფუნქციის გაზრდა. ამავე დროს მნიშვნელოვანია

პრევენციული მომსახურებების მიმართულებით მეტი ფინანსური რესურსების ინვესტირება, რათა გაძლიერდეს ავადობისა და სიკვდილიანობის ყველაზე მძიმე ტვირთის მქონე დაავადებათა პირველადი, მეორეული და მესამეული პრევენცია და, შესაბამისად, ქრონიკული დაავადებების მქონე მოსახლეობის დაცვა ჯანდაცვის კატასტროფული დანახარჯებისაგან.

სამედიცინო დაწესებულებათა მასობრივ პრივატიზაციასა და მარკეტიზაციას შედარებით ჩამორჩება რეგულირების სისტემის ეფექტიანი ქმედება, რომელმაც უნდა დაიცვას როგორც პაციენტის უფლებები უსაფრთხო და ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მისაღებად, ასევე ექიმთა უფლებებს სამედიცინო შეცდომების სისტემური ანალიზისა და მართვის თვალსაზრისით.

კვლავ გამოწვევად რჩება ხარისხის უზრუნველყოფის საყოველთაოდ აღიარებული მეთოდების დანერგვა. ინფრასტრუქტურისა და საკადრო რესურსის თვალსაზრისით ხარისხისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფის არსებული მექანიზმები (ნებართვები, ლიცენზიები და სერტიფიცირების სისტემა) საჭიროებს სრულყოფას, განვრცობასა და მონიტორინგის მექანიზმების დახვეწას. დაწესებულებების დონეზე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასება და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკის დანერგვა არასრულყოფილია.

კვალიფიცირებული ადამიანური რესურსთან დაკავშირებული გამოწვევები და მათი არათანაბარი გეოგრაფიული გადანაწილება წარმოადგენს ერთ-ერთ სერიოზულ დაბრკოლებას ხარისხიანი სამედიცინო სერვისების უზრუნველყოფის საქმისათვის. ქვეყანაში არსებული ადამიანური რესურსის განვითარების სისტემა (დიპლომამდელი დადიპლომისშემდგომი განათლება, რეზიდენტურა, უწყვეტი სამედიცინო განათლება და პროფესიული განვითარება) საჭიროებს გარდაქმნას.

მნიშვნელოვანია მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ კლინიკური პრაქტიკის მხარდამჭერი სისტემების გაუმჯობესება, რომელიც მოიცავს როგორც განათლების, ისე სამედიცინო სერვისის სტანდარტიზაციის, დაფინანსებისა და მონიტორინგის მექანიზმებს. საჭიროა რუტინული სტატისტიკური და ზედამხედველობის სისტემების გამართული მუშაობა და

დახვეწა, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მონიტორინგისა და შეფასების ერთიანი სავალდებულო ჩარჩოს შემუშავება და განხორციელება, რათა, გადაწყვეტილების მიღების დროს, ხელმისაწვდომი იყოს სანდო მონაცემები.

მნიშვნელობიდან და ფინანსური რესურსების ხარჯებიდან გამომდინარე ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო დაცვის პროგრამა ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებად რჩება. სახელმწიფო პოლიტიკა მიმართულია მისი გაუმჯობესებისკენ.

ჯანდაცვის სექტორში განსახორციელებელი ღონისძიებები მიზნად ისახავს მოსახლეობის სიცოცხლის ხანგრძლივობის ზრდას და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებას:

- საქართველოს მოსახლეობა უფრო მეტად იქნება დაცული ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯების და გაღარიბების რისკებისაგან;
- გაუმჯობესდება ხელმისაწვდომობა ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებასა და სამკურნალოწამლო საშუალებებზე;
- გაიზრდება საბიუჯეტო სახსრების ხარჯვის ეფექტიანობა ადმინისტრირების გაუმჯობესებისა და პროფილაქტიკურ ღონისძიებებზე მეტი ძალისხმევის მიმართვის გზით.

ყოველივე ზემოაღნიშნული კი დადებითად აისახება ქვეყანაში ადამიანური კაპიტალის განვითარების, ეკონომიკური ზრდის და სიღარიბის მაჩვენებლებზე.

მაჩვენებელი	საბაზისო	2017	2020
ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის/საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებით მოსახლეობის მომსახურება, % (2012)	50	100	100

2020 წლისთვის ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის/საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებით მოსახლეობის მომსახურება გაიზრდება 100%-მდე.³

ამასთან, მნიშვნელოვანი სამომავლო გეგმები განისაზღვრება საქართველოს პარლამენტის

³საქართველოს მთავრობის დადგენილება №400, 2017 წლის 17 ივნისი.

მიერ შემუშავებულ დოკუმენტში „საქართველოში ჯანმრთელობისდაცვის სისტემის განვითარების ხედვა 2030 წლისთვის“. აღნიშნულ დოკუმენტში განსაზღვრულია შემდეგი საკითხები საქართველოს მთავრობის უმთავრესი პრიორიტეტია ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა, რაც აისახა ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობის უპრეცედენტო გაზრდით (2012 წელს — 450 მლნ ლარი; 2017 წელს — 1 მილიარდი ლარი). თუმცა, საქართველოს მაჩვენებლები კვლავ დაბალია ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ეფექტიანობის საერთაშორისოდ აღიარებულ მონაცემებთან მიმართებით. 2015 წლის მონაცემებით, ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯები მშპ-სთან მიმართებით 2.9% შეადგენდა (ევროპის რეგიონის საშუალო მაჩვენებელია 5.7%); ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ხვედრითი წილი სახელმწიფო ბიუჯეტთან მიმართებაში კი — 8.6%. კლების მიუხედავად, კვლავ მნიშვნელოვნად მაღალი რჩება მთლიან დანახარჯებში ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდების(OOP) წილი (57,3%), რაც მძიმე ტვირთად აწვება შინამეურნეობებს.

ჯანდაცვაზე ეროვნულ დანახარჯებში კრიტიკულად მაღალია ამბულატორულ მედიკამენტებზე გაწეული ხარჯების წილი(38%), რომელიც ძირითადად ჯიბიდან ფინანსდება. ჯერ კიდევ მწირია და არამდგრადი პრევენციული და პირველადი ჯანდაცვის სერვისებზე დანახარჯები (19%) ჰოსპიტალურ ხარჯებთან მიმართებით(31%).

ამოცანა: ჯანდაცვის დაფინანსების სისტემის ეფექტიანობის ამაღლება უნივერსალური ჯანდაცვის პრინციპების გათვალისწინებით.

ღონისძიებები:

1. ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ეტაპობრივი გაზრდა და ოპტიმიზაცია;
2. ერთიანი სტანდარტიზებული პაკეტის შემოღება, რომელსაც სახელმწიფო სრულად დააფინანსებს დაბალშემოსავლიანი ჯგუფებისთვის, ნაწილობრივ დააფინანსებს საშუალოშემოსავლიანი ჯგუფებისათვის, ხოლო მაღალშემოსავლიან მოსახლეობას კერძო სადაზღვევო ინდუსტრია დაფარავს;

3.ჰოსპიტალური და გადაუდებელი სერვისების(სტაციონარი)გლობალური ბიუჯეტის ანაზღაურებაზე გადასვლა, რომელიც გაანგარიშებული იქნება დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების (DRG) მეთოდის გამოყენებით;

4.პრევენციული და პირველადი ჯანდაცვის სერვისების კაპიტაციური/ფიქსირებული დაფინანსებიდან შედეგზე ორიენტირებულ დაფინანსებაზე გადასვლა; გარდამავალ პერიოდში შესაძლებელია შერეული მექანიზმის გამოყენება;

5. სახელმწიფოს მხრიდან ამბულატორიული მედიკამენტების დაფინანსება ქრონიკული ავადმყოფებისათვის (მოწყვლადი ჯგუფებიდან მოსახლეობის მოცვის ეტაპობრივი ზრდა);

6. აქტიური შესყიდვისა და სელექციური კონტრაქტირების მექანიზმების დანერგვა და სრულყოფა;

7.სახელმწიფოს მიერ გლობალური ფონდის გარდამავალი გეგმით ნაკისრი ვალდებულებების ფინანსური უზრუნველყოფა.

სამიზნე მაჩვენებლები:

ინდიკატორი	საბაზისო	სამიზნე 2030
ჯანდაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების წილი მშპ-დან	2.9% (2015)	>5%
ჯიბიდან გადახდების წილი ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში	57% (2015)	<30%
სტაციონარული შემთხვევების წილი, რომელიც ანაზღაურებულია DRG–ის მეთოდით	0%	100%
ჯანდაცვაზე მთლიან დანახარჯებში პირველად ჯანდაცვასა და პრევენციაზე დანახარჯების წილი	19.3%	40%

სტანდარტული პაკეტით უნივერსალური დაფარვა	არ არის საბაზისო მონაცემი	100%
--	---------------------------	------

წყარო: საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ხედვა 2030 წლისთვის. საქართველოს პარლამენტი 2017 წელი.

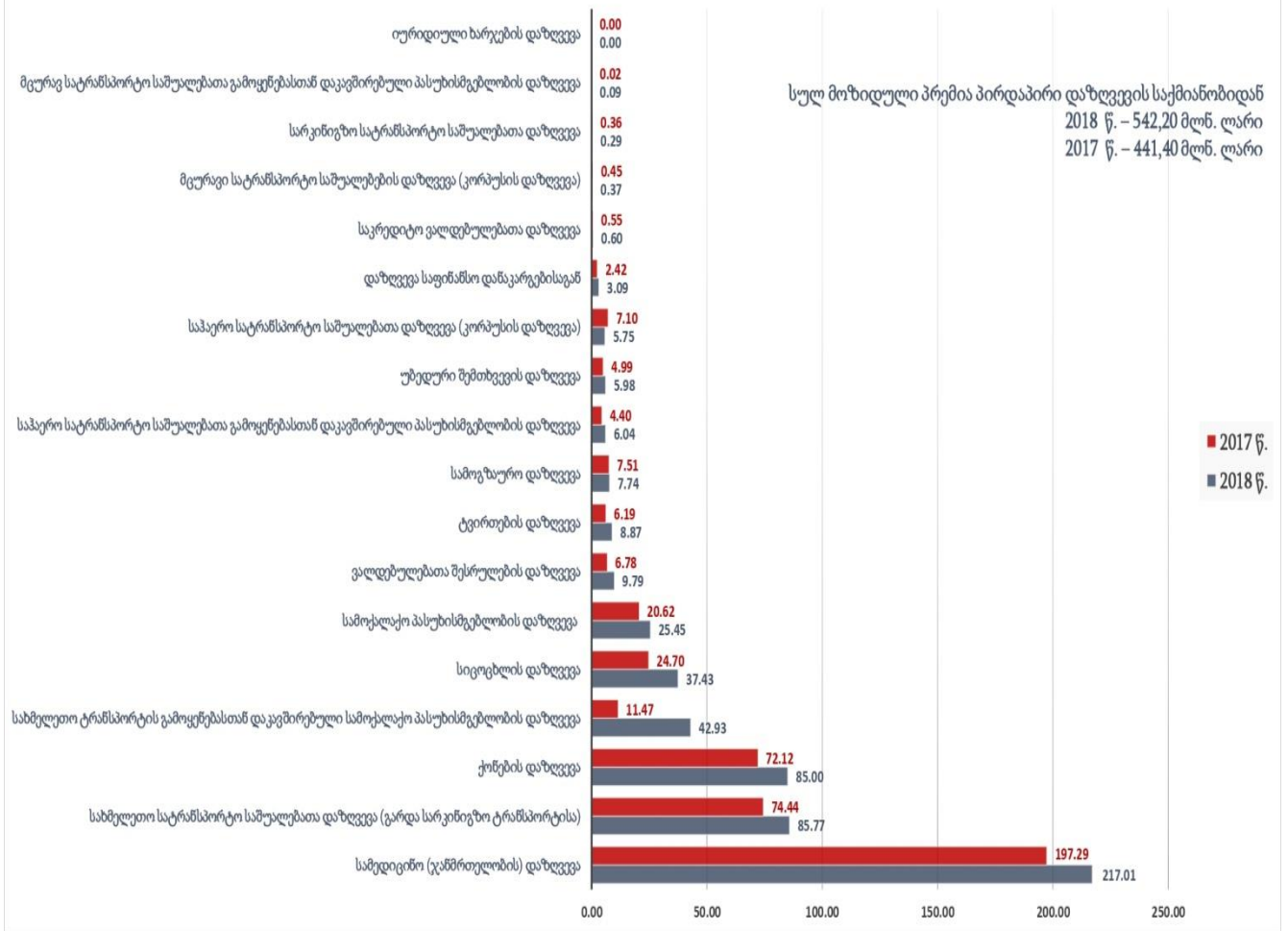
თავი 3. კერძო სამედიცინო დაზღვევის ბაზარი საქართველოში და მისი განვითარების მიმართულებები

სამედიცინო დაზღვევა ორი ფორმით არსებობს ნებაყოფლობითი და სავალდებულო. ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევით სარგებლობის უფლება ნებისმიერ დაინტერესებულ პირს აქვს. ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის პროგრამა განისაზღვრება მზღვეველსა და დამზღვევს შორის დადებული დაზღვევის ხელშეკრულებით. დამზღვევი შეიძლება იყოს ნებისმიერი ფიზიკური ან იურიდიული პირი. ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის უფლება აქვს ნებისმიერ ლიცენზირებულ სადაზღვევო ორგანიზაციას.

3.1 სამედიცინო დაზღვევის ბაზრის მონაწილეები

საქართველოს სადაზღვევო ბაზარზე მიმოქცევადი სადაზღვევო სახეობებიდან ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ადგილი სამედიცინო დაზღვევას უკავია. (გრაფიკი 3.1)

მოზიდული სადაზღვეო პრემია დაზღვევის სახეობების მიხედვით (მლნ. ლარი)
2018 და 2017 წლების შედეგების შედარება



წყარო: სსიპ საქართველოს დაზღვევის ზედამხედველობის სამსახური.

სწორედ ამ მნიშვნელობიდან გამომდინარე სამედიცინო დაზღვევის განვითარება არა მხოლოდ ხელს შეუწყობს მოსახლეობის შედარებით ხელმისაწვდომი ჯანმრთელობის პროდუქტებით სარგებლობას, ასევე მნიშვნელოვანია ქვეყნის ეკონომიკური განვითარებისთვის.

სამედიცინო დაზღვევის ბაზარზე რამოდენიმე მონაწილე მხარეა. პირველი ესაა მყიდველი ამ შემთხვევაში დამზღვევი მხარე (რომელიც შესაძლოა ამავედროულად დაზღვეულიც იყოს), რომელიც იღებს სამედიცინო დაზღვევის შესაბამისი პოლისის ყიდვის გადაწყვეტილებას და იხდის შესაბამის სადაზღვევო შენატანს (პრემიას), სადაზღვევო

შემთხვევის დადგომის პერიოდისთვის შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიღების სანაცვლოდ. სამედიცინო დაწესებულებების მომსახურება საკმაოდ დიდ თანხებთანაა დაკავშირებული და ჯანმრთელობის პრობლემის თავისებურებიდან გამომდინარე რამოდენიმე 1000 ლარსაც აღემატება (აღნიშნულში არ იგულისხმება ქრონიკული და განსაკუთრებით მძიმე დაავადებები). სამედიცინო დაზღვევა, დაზღვეულ პირს აძლევს შესაძლებლობას რომ პრემიის საფუძველზე შემთხვევის დადგომის ეტაპზე მიიღოს შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება.

დამზღვევი შესაძლოა იყოს როგორც ფიზიკური ასევე იურიდიული პირი. ფიზიკურმა პირმა შესაძლებელია თავისი თავიც დააზღვიოს და ასევე სხვა პირიც.

მზღვეველი–შეზღუდული პასუხისმგებლობის, ან სააქციო საზოგადოების ორგანიზაციულ – სამართლებრივი ფორმის იურიდიული პირი, რომელიც შექმნილია სადაზღვევო საქმიანობის განხორციელებისათვის და რომელსაც კანონით დადგენილი წესით მიღებული აქვს დაზღვევის შესაბამისი სახეობის განხორციელების ლიცენზია. მზღვეველი რისკის ნაწილის თავის თავზე აღების სანაცვლოდ, იმ შემთხვევაში თუ მოზიდული პრემია აღემატება იმ პერიოდისთვის გაცემულ ანაზღაურებას, იღებს ფინანსურ სარგებელს.

სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის ეტაპზე ერთვება აღნიშნულ ურთიერთობებში. იმ შემთხვევაში თუ სამედიცინო დაწესებულება წარმოადგენს შესაბამისი სადაზღვევო კომპანიის პროვაიდერ ორგანიზაციას სადაზღვევო ურთიერთობები წინასწარვა განსაზღვრული. რა უპირატესობა აქვს სამედიცინო დაწესებულებისთვის დაზღვეული პაციენტების მიღებას. ამ შემთხვევაში შესაძლებელია გამოვეყნოთ რამოდენიმე უპირატესობა: პირველ რიგში დაზღვეული პაციენტის ვიზიტი როგორც წესი უფრო ხშირად ხორციელდება სამედიცინო დაწესებულებაში, შესაძლოა პროფილაქტიკური გამოკვლევების თვალსაზრისით ან ფსიქოლოგიური დამოკიდებულებიდან გამომდინარე. ვინაიდან გასცემს ფინანსურ რესურსებს მეტი სტიმული აქვს, რომ ეს დახარჯული თანხა „ანაზღაუროს“. შესაბამისად, არ არსებობს ვიზიტის გადადების ფინანსური საფუძველები. მეორეს მხრივ სამედიცინო დაწესებულებას

არ ექმნება პაციენტის მიერ არ გადახდის რისკი (თუმცა გარკვეული გამონაკლისები აქაც გვხვდება). სახეზეა მნიშვნელოვანი გარემოება სამედიცინო დაწესებულება იღებს გადახდისუნარიანი პაციენტების უფრო მეტ რაოდენობას.

რეალურად სამედიცინო დაზღვევის ბაზრის განვითარება საქართველოში მეტად მნიშვნელოვანი კომპონენტი იქნება ქვეყნის ეკონომიკური კეთილდღეობის განმტკიცებისთვის.

3.2 კორპორატიული დაზღვევა და მისი როლი ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარებაში

სადაზღვევო კომპანიებში არსებობს სადაზღვევო პოლისის შეთავაზების ორი მიმართულება:

1. ჯანმრთელობის დაზღვევის კორპორატიული შეთავაზება;
2. ჯანმრთელობის დაზღვევის საცალო შეთავაზება.

პირველის შემთხვევაში სადაზღვევო კომპანიები ორიენტირებული არიან დააინტერესონ რაც შეიძლება მეტი კომპანია, რომ დააზღვიონ ამ კომპანიებში მომუშავე ადამიანები. ასეთ შეთავაზებას ძირითადად იღებენ ისეთი კომპანიები, სადაც მუშაობს 15 და მეტი თანამშრომელი და სადაც თანამშრომლების მინიმუმ 90% გამოთქვამს დაზღვევის სურვილს.

რიგ შემთხვევებში კომპანიები სრულად უნაზღაურებენ მათ თანამშრომლებს სადაზღვევო პაკეტის ღირებულებას, რაც ცალსახად მისასაღმებელია და მათ მაღალ კორპორატიულ ეთიკაზე მიუთითებს. რიგ შემთხვევებში ხარჯს იყოფს ერთი მხრივ კომპანია, ხოლო მეორე მხრივ დასაქმებული. არის მესამე შემთხვევაც, როდესაც თანამშრომლები მათი სურვილით ერთიანდებიან, ხოლო კომპანია ადმინისტრირების თვალსაზრისით ეხმარება მათ სადაზღვევო კომპანიასთან ურთიერთობაში.

კორპორატიული სადაზღვევო მომსახურება გამორჩეულია იმით, რომ შედის ისეთი ტიპის დაფარვები, როგორც არის მედიკამენტოზური მკურნალობა, როგორც ამბულატორიული, ასევე ჰოსპიტალური მომსახურება, სტომატოლოგიური მომსახურება, ორსულობა-მშობიარობა, კერძო სასწრაფო სამედიცინო დახმარება და, ზოგადად, კონტრაქტი ითვალისწინებს ისეთი ტიპის დაფარვებს, როგორც შეიძლება იყოს უკვე დაზღვევამდე არსებული დაავადებები, რაც სადაზღვევო კომპანიისთვის უკვე დამდგარ ზარალს ნიშნავს, თუმცა თანამშრომლების რაოდენობა და მოზიდული პრემია იძლევა იმის საშუალებას, სადაზღვევო კომპანიამ ჯეროვნად შეასრულოს მასზე დაკისრებული მოვალეობა, ვინაიდან მოზიდული პრემია სადაზღვევო კომპანიებისთვის კორპორატიულ დაზღვევაში არის შედარებით დიდი, და მათ ყველაზე დიდ ინტერესს სწორედ კორპორატიული დაზღვევა წარმოადგენს. აქ, შესაბამისად, მაღალია კონკურენციაც. კონკურენციის პირობებში, ბუნებრივია, რომ მოგებული რჩება მომხმარებელი.

სადაზღვევო პაკეტები განსხვავდება ერთმანეთისგან ღირებულებების მიხედვით. კორპორატიული დაზღვევა ასევე ითვალისწინებს საოჯახო დაზღვევასაც, სადაც გათვალისწინებულია მეუღლე და შვილები.

საანგარიშო პერიოდისთვის მოქმედი პოლისების რაოდენობა:

წელი	კორპორატიული	საცალო	სახელმწიფო	სულ
2016	263 907	32 312	247 038	543 257
2017	277 110	28 278	238 968	544 968
2018	291 220	31 042	227 496	549 758

წყარო: სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური

კორპორატიული დაზღვევის მიღება შესაძლებელია როგორც საჯარო სექტორში ასევე კერძო სექტორში დასაქმებული პირებისთვის. თუმცა, გამომდინარე მისი არასავალდებულო ხასიათისა როგორც საჯარო ასევე კერძო სექტორში დასაქმება არაა იმის გარანტია, რომ დასაქმებასთან ერთად ავტომატურად გავხდებით ჯანმრთელობის დაზღვევის პაკეტის მფლობელები.

სახელმწიფო შესყიდვების ერთიან ელექტრონულ სისტემაში ზოგიერთი საჯარო ორგანიზაციის მიერ ცხადდება თანამშრომლების სამედიცინო დაზღვევით მომსახურების შესახებ ელექტრონული ტენდერი. აღნიშნული ტენდერების გაანალიზებით შესაძლებელია განვსაზღვროთ ბაზრის ამ სეგმენტის კონკურენტუნარიანობა.

სახელმწიფო შესყიდვების ერთიანი ელექტრონული სისტემის საშუალებით ხდება გამჭვირვალე ელექტრონული ტენდერების გამოცხადება, რომელიც უზრუნველყოფს კონკურენტული გარემოს ჩამოყალიბებას სადაზღვევო კომპანიებს შორის, რაც თავის მხრივ შემსყიდველ ორგანიზაციებს აძლევს საშუალებას რომ მიიღონ სასურველი ჯანმრთელობის დაზღვევის პაკეტი მინიმალურ შესაძლო მინიმალურ ფასად.

სახელმწიფო შესყიდვების ერთიანი ელექტრონული სისტემით გამოცხადებული შერჩეული ტენდერების ანალიზის საფუძველზე შეგვიძლია ვიმსჯელოთ რამდენად აქტიურად მიმდინარეობს ტენდერები და რომელი სადაზღვევო კომპანიები ლიდერობენ.

გამომდინარე იქედან, რომ კორპორატიული სამედიცინო დაზღვევა საჯარო დაწესებულებებში ერთ-ერთ მნიშვნელოვან სეგმენტს წარმოადგენს სადაზღვევო კომპანიებისთვის სწორედ ამიტომ მივიჩნევ, რომ მნიშვნელოვანი იქნებოდა სახელმწიფო შესყიდვების ერთიანი ელექტრონული სისტემით გამოცხადებული გამოცხადებული ელექტრონული ტენდერები, რომლებიც უკავშირდება ჯანმრთელობის დაზღვევის მომსახურების შესყიდვას.

კვლევის ფარგლებში შერჩეულ იქნა შეზღუდული პერიოდი და ეს ეხება მხოლოდ 2019 წლის განმავლობაში მისაღები მომსახურების შესყიდის მიზნით გამოცხადებულ ტენდერებს, ცხადია აღნიშნული ტიპის მომსახურებაზე ელექტრონული ტენდერები გასულ წლებშიც ტარდებოდა თუმცა არსებული ვითარების გაანალიზების თვალისზრისით მიზანშეწონილია დამოუკიდებელი მივიჩნიე სწორედ მიმდინარე პერიოდი.

2019 წლის განმავლობაში ჯანმრთელობის დაზღვევის მომსახურების მიღების მიზნით გამოცხადებული ზოგიერთი ელექტრონული ტენდერი:

ტენდერის ნომერი	შემსყიდველი ორგანიზაცია	ტენდერში მონაწილე კომპანიები	გამარჯვებული კომპანია	ხელშეკრულების ღირებულება
SPA180008958	სახელმწიფო აუდიტის სამსახური	1. სს სადაზღვევო კომპანია იმედი ელ; 2. სს პსკ დაზღვევა; 3. სს სადაზღვევო კომპანია ალფა.	სს სადაზღვევო კომპანია ალფა	287923.20
SPA180008994	საქართველოს საკონსტიტუციო სასამართლო	1. სს სადაზღვევო კომპანია ალფა; 2. დაზღვევის საერთაშორისო კომპანია ირაო; 3. სს სადაზღვევო კომპანია პრაიმი	სს სადაზღვევო კომპანია პრაიმი	84420
SPA180009030	საქ. ფინანსთა სამინისტროს საგამოძიებო სამსახური	1. სს რისკების მართვისა და სადაზღვევო კომპანია გლობალ ბენეფიტს ჯორჯია;	სს პსკ დაზღვევა	779580

		<p>2. სს სადაზღვევო კომპანია პრაიმი;</p> <p>3. სს სადაზღვევო კომპანია იმედი ელ;</p> <p>4. სს სადაზღვევო კომპანია ევროინს ჯორჯია;</p> <p>5. სს სადაზღვევო კომპანია ალფა;</p> <p>6. სს კსკ დაზღვევა.</p>		
SPA180009039	საქართველოს თავდაცვის სამინისტრო	<p>1. სადაზღვევო კომპანია ჯიპიაიჰოლდინგი;</p> <p>2. სს სადაზღვევო კომპანია იმედი ელ.</p>	სს სადაზღვევო კომპანია იმედი ელ	15216000
NAT180018980	სპეციალური პენიტენციური სამსახური	სს სადაზღვევო კომპანია ალფა	სს სადაზღვევო კომპანია ალფა	1915011
SPA180009287	"საქპატენტი"	<p>1. სს საქართველოს სადაზღვევო ჯგუფი;</p> <p>2. სადაზღვევო კომპანია ჯიპიაიჰოლდინგი;</p> <p>3. სს სადაზღვევო კომპანია ალფა;</p> <p>4. სს სადაზღვევო</p>	სს სადაზღვევო კომპანია პრაიმი	95688

		კომპანია პრაიმი.		
NAT180019389	საგანმანათლებლო დაწესებულებების მანდატურის სამსახური	<ol style="list-style-type: none"> 1. სადაზღვევო კომპანია ჯიპიაიპოლდინგი; 2. სს სადაზღვევო კომპანია ევროინს ჯორჯია; 3. სს სადაზღვევო კომპანია პრაიმი; 4. სს სადაზღვევო კომპანია იმედი ელ; 5. სს სადაზღვევო კომპანია ალფა; 6. სს კსკ დაზღვევა; 7. სს საქართველოს სადაზღვევო ჯგუფი. 	სს საქართველოს სადაზღვევო ჯგუფი	394048.6
NAT180019399	თბილისის ზოოლოგიური პარკი	<ol style="list-style-type: none"> 1. სს სადაზღვევო კომპანია ალფა; 2. სს სადაზღვევო კომპანია პრაიმი; 3. სს საქართველოს სადაზღვევო ჯგუფი. 	სს სადაზღვევო კომპანია პრაიმი	39270

SPA180009347	საქართველოს ფინანსური მონიტორინგის სამსახური	<ol style="list-style-type: none"> 1. სს სადაზღვევო კომპანია ეროინს ჯორჯია; 2. სს სადაზღვევო კომპანია ალფა; 3. სს სადაზღვევო კომპანია პრაიმი; 4. დაზღვევის საერთაშორისო კომპანია ირაო. 	დაზღვევის საერთაშორის ო კომპანია ირაო	32100
NAT180019961	საზოგადოებრი ვი მაუწყებლის აჭარის ტელევიზია და რადიო	<ol style="list-style-type: none"> 1. დაზღვევის საერთაშორისო კომპანია ირაო; 2. სს არდი დაზღვევა; 3. სს სადაზღვევო კომპანია პრაიმი 	სს სადაზღვევო კომპანია პრაიმი	85140
NAT180020991	სსიპ „ცხოველთა მონიტორინგის სააგენტო“	<ol style="list-style-type: none"> 1. სს სადაზღვევო კომპანია ალფა; 2. სს სადაზღვევო კომპანია იმედი ელ. 	სს სადაზღვევო კომპანია იმედი ელ	50040
SPA190000039	საქართველოს მუნიციპალური განვითარების ფონდი	<ol style="list-style-type: none"> 1. სს სადაზღვევო კომპანია ეროინს ჯორჯია; 2. სს რისკების მართვისა და სადაზღვევო კომპანია 	სს პსპ დაზღვევა	248325

		<p>გლობალ ბენეფიტს ჯორჯია;</p> <p>3. დაზღვევის საერთაშორისო კომპანია ირაო;</p> <p>4. სს პსპ დაზღვევა</p>		
NAT190000614	<p>ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი</p>	<p>1. დაზღვევის საერთაშორისო კომპანია ირაო;</p> <p>2. სს საქართველოს სადაზღვევო ჯგუფი;</p> <p>3. სს სადაზღვევო კომპანია ალფა</p>	<p>სს საქართველოს სადაზღვევო ჯგუფი</p>	187920
NAT190004504	<p>შპს საქაერონავიგაც ია</p>	<p>სს სადაზღვევო კომპანია უნისონი</p>	<p>სს სადაზღვევო კომპანია უნისონი</p>	5482000
NAT190004628	<p>სს "საქართველოს ნავთობისა და გაზის კორპორაცია"</p>	<p>სს საქართველოს სადაზღვევო ჯგუფი</p>	<p>სს საქართველოს სადაზღვევო ჯგუფი</p>	353348

NAT190009355	საქართველოს კულტურული მემკვიდრეობის დაცვის ეროვნული სააგენტო	1. სს რისკების მართვისა და სადაზღვევო კომპანია გლობალ ბენეფიტს ჯორჯია; 2. დაზღვევის საერთაშორისო კომპანია ირაო; 3. სს საქართველოს სადაზღვევო ჯგუფი; 4. სს სადაზღვევო კომპანია პრაიმი; 5. სს სადაზღვევო კომპანია ალფა.	სს სადაზღვევო კომპანია ალფა	288000
NAT180018486	საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო	1. სს პსპ დაზღვევა; 2. სს სადაზღვევო კომპანია იმედი ელ.	სს სადაზღვევო კომპანია იმედი ელ	17501248.8

აღნიშნული ელექტრონული ტენდერები, როგორც უკვე აღვნიშნე ცხადდება სახელმწიფო შესყიდვების ერთიანი ელექტრონული სისტემაში, ელექტრონული სისტემა უზრუნველყოფს პროცესების საჯაროობასა და გამჭვირვალობას.

ჯანმრთელობის დაზღვევის მომსახურების შესყიდვაზე გამოცხადებული ელექტრონული ტენდერები კონკურენციის მაღალ ხარისხს აჩვენებს.

შემსყიდველი ორგანიზაციები საკუთარი საჭიროებიდან გამომდინარე განსაზღვრავენ იმ კრიტერიუმებს რა ნიშნითაც ხდება სადაზღვევო კომპანიის შერჩევა. კრიტერიუმები

განსხვავდება და ყოველი კონკრეტული ტენდერისთვისაა განსაზღვრული თუმცა არის რიგი საკითხები რაც ძირითადად ყველასთვის მნიშვნელოვანია.

ვთვლი, რომ სადაზღვევო კომპანიებისთვის უფრო მნიშვნელოვან მიმართულებას კორპორატიული დაზღვევა წარმოადგენს სწორედ ამიტომ სახელმწიფო ორგანიზაციებთან ურთიერთობა და შესაბამისად უფრო მეტთან თანამშრომლობა ერთ-ერთი პრიორიტეტული მიმართულება უნდა იყოს.

სახელმწიფო ორგანიზაციების გარდა კორპორატიული დაზღვევით ასევე სარგებლობენ კერძო ორგანიზაციებიც. მათი გარკვეული ნაწილიც მიმართავს ტენდერის გზით მზღვეველის შერჩევას (tenders.ge), თუმცა გამომდინარე იქედან რომ კერძო კომპანიისთვის ტენდერი კანონით განსაზღვრულ სავალდებულო შესყიდვის გზად არაა განსაზღვრული ასევე ხშირია თვითონ მზღვეველი კომპანიების წარმომადგენლების მიერ პრეზენტაციების სახით წარდგენილი შემოთავაზებები.

როგორც უკვე აღვნიშნე ჩემი აზრით საჯარო დაწესებულებების კორპორატიული სამედიცინო დაზღვევის შეთავაზება და მათთან თანამშრომლობაზე ძალისხმევის დახარჯვა და რესურსების მიმართვა საკმაოდ პრიორიტეტული უნდა იყოს სადაზღვევო კომპანიისთვის. ზემოთ ჩამოთვლილი არასრული ტენდერების სიიდან სს სადაზღვევო კომპანია იმედი ელ-ს სავარაუდოდ ერთი წლის განმავლობაში დაკონტრაქტებული აქვს 32 767 288.80 (ოცდათორმეტი მილიონ შვიდას სამოცდაშვიდი ათას ორას ოთხმოცდარვა ლარი და 80 თეთრი). 2019 წლის პირველი კვარტალის მონაცემებზე დაყრდნობით სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევის სახეობაში მოზიდული პრემიის ოდენობით სს სადაზღვევო კომპანია იმედი ელ-ი ლიდერი კომპანია გახდა 41 მილიონი ლარით.

მიუხედავად იმისა რომ ტენდერების შედეგად მოპოვებული დაზღვეულთა რაოდენობა საბოლოო ჯამში საკმაოდ დიდია, ბაზარზე მოქმედი სადაზღვევო კომპანიების გარკვეული ნაწილი მაინც არ მონაწილეობს აღნიშნულ ტენდერებში, თუმცა იმ შემთხვევაში თუ მომავალ წელს მიიჩნევენ, რომ ამ კუთხით მუშაობის გაძლიერება საჭირო სავარაუდოდ

მცირედ შეცვლილი სურათი დახვდებათ. როგორც ვიცით საქართველოს მთავრობის 2018 წლის 29 აგვისტოს N446 დადგენილების შესაბამისად ზოგიერთი ერთგვაროვანი ობიექტების საქონლისა და მომსახურების სახელმწიფო შესყიდვა 2019 წლის 01 იანვრიდან ხორციელდება კონსოლიდირებული ტენდერების საშუალებით, ამ ეტაპზე სრულად ვერ განხორციელდა აღნიშნულ დადგენილებაში განსაზღვრულ ყველა CPV კოდზე კონსოლიდირებული ტენდერის გამოცხადება, რაც სავარაუდოდ 2020 წლიდან უფრო მასშტაბური იქნება და დადგენილების დანართით განსაზღვრული ერთგვაროვანი საქონლისა და მომსახურების შესყიდვა განხორციელდება კონსოლიდირებული ტენდერის საშუალებით. მათ შორისაა CPV კოდი 665 00000 სადაზღვევო და საკენსიო მომსახურებები. იმ შემთხვევაში თუ ჯანმრთელობის დაზღვევის მომსახურების სახელმწიფო შესყიდვაზე სააგენტო გამოაცხადებს კონსოლიდირებულ ტენდერს მაშინ ეს მიაღწევს უფრო დიდ მასშტაბებს და სადაზღვევო კომპანიებს მოუწევთ ახალი სტრატეგიის დასახვა.

მიუხედავად იმისა, რომ ერთი შეხედვით ვითარდება სამედიცინო დაზღვევის ბაზარი ციფრობრივი მონაცემები გაყიდული პოლიების თვალსაზრისით არც თუ ისე სახარბიელოდ გამოიყურება. 2015 წელს 533 471 პოლისი გაიყიდა, 2016 წელს 543 257, 2017 წლის მონაცემებით 544 356, 2018 წელს 549 758, ხოლო 2019 წლის პირველი კვარტლის მონაცემებით ეს რიცხვი 563 082-ს შეადგენს.

აღნიშნულ ციფრებზე დაყრდნობით თუ ვიმსჯელებთ მოსახლეობის საკმაოდ დიდი ნაწილი რჩება დაზღვევის გარეშე.

3.3 სამედიცინო დაზღვევის განმახორციელებელი კომპანიების კონკურენტუნარიანობა

გასული წლის ბოლოს საქართველოში 17 სადაზღვევო კომპანია იყო რეგისტრირებული, მათგან 16 ფლობს სიცოცხლისა და არასიცოცხლის დაზღვევის ლიცენზიას, ხოლო ერთი მათგანი მხოლოდ არასიცოცხლის დაზღვევისას.

	კომპანიის დასახელება	საიდენტიფიკაციო	ვებ. გვერდი
--	----------------------	-----------------	-------------

		კოდი	
1	სს სადაზღვევო კომპანია იმედი ელ	204919008	www.imedil.ge
2	სს სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი ჰოლდინგი	204426674	www.gpih.ge
3	სს დაზღვევის კომპანია ქართუ	204970031	www.cartuinsurance.ge
4	სს დაზღვევის საერთაშორისო კომპანია ირაო	205023856	www.iraო.ge
5	სს არდი დაზღვევა	404858631	www.ardi.ge
6	სს სადაზღვევო კომპანია ალფა	204568896	www.alpha.ge
7	სს სადაზღვევო კომპანია ევროინს ჯორჯია	204491344	www.icgroup.com.ge
8	სს პსპ დაზღვევა	204545572	www.ipsp.ge
9	სს სადაზღვევო კომპანია უნისონი	404393152	www.unison.ge
10	სს სადაზღვევო კომპანია პრაიმი	204540274	www.primeinsurance.ge
11	სს სადაზღვევო კომპანია ტაო	202408386	www.taοinsurance.ge
12	სს საერთაშორისო სადაზღვევო კომპანია კამარა	404990435	www.kamara.ge
13	სს თიბისი დაზღვევა	405042804	www.tbcinsurance.ge
14	სს სადაზღვევო კომპანია ალდაგი	404476189	www.aldagi.ge
15	სს რისკების მართვისა და სადაზღვევო კომპანია გლობალ ბენეფიტს ჯორჯია	404526777	www.benefits.ge
16	სს საქართველოს	405206566	www.igg.ge

	სადაზღვევო ჯგუფი		
17	სს ჰუალინგ დაზღვევა	406232214	-

სადაზღვევო კომპანიების აბსოლუტურ უმრავლესობას გააჩნია ვებ-გვერდი რაც დაზღვევის მსურველს აძლევს შესაძლებლობას მიიღოს ინფორმაცია სადაზღვევო პროდუქტების შესახებ.

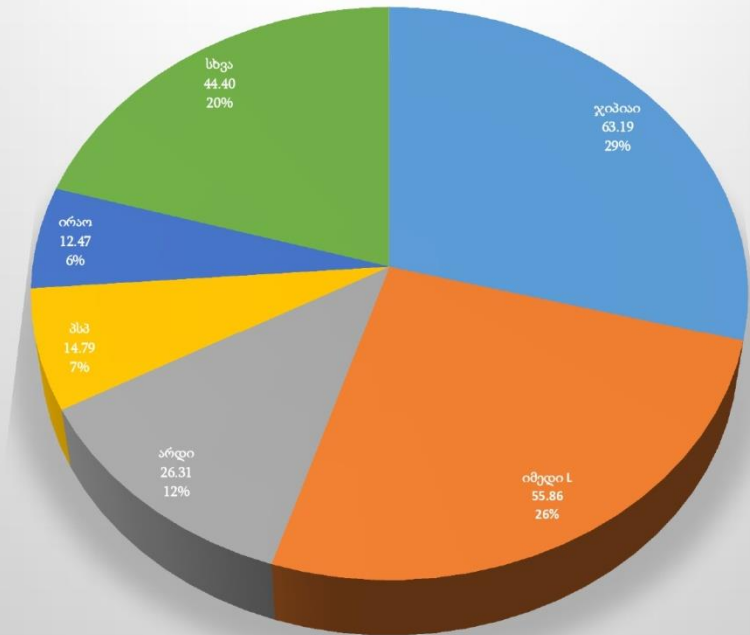
მიუხედავად ბაზარზე არსებული სადაზღვევო პროდუქტების მსგავსებისა სადაზღვევო კომპანიები განსხვავდებიან ერთმანეთისგან, შესაბამისად განსხვავდება მათი პოზიციონირება ბაზარზე, ფინანსური შესაძლებლობები რაც საბოლოოდ აისახება მათ მიერ დაზღვეულების რიცხოვნობაზე.

საანგარიშო პერიოდი (წელი)	მოზიდული პრემია (ლარი)
2016	175 316 207.00
2017	197 285 091.00
2018	217 011 723.00

აღნიშნული მონაცემები გვაძლევს ინფორმაციას რომ ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზარზე კომპანიების მიერ მოზიდული პრემია მზარდია და დადებითი ტენდენციით ხასიათდება.

2018 წელს სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევის სახეობაში მოზიდულმა პრემიამ 217 011 723.00 ლარი შეადგინა. ბაზრის წილი კომპანიების მიხედვით შემდეგნაირად ნაწილდება (დიაგრამა 3.1)

2018 წელს სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევის სახეობაში მოზიდული პრემია და ბაზრის წილი კომპანიების მიხედვით
სულ 217,01 მლნ. ლარი



წყარო: სსიპ საქართველოს დაზღვევის ზედამხედველობის სააგენტო.

როგორც 2018 წლის მონაცემებიდან ირკვევა, რომ სამედიცინო დაზღვევის ბაზრის ლიდერად ძირითადად ორი კომპანია გვევლინება, ესენია ჯიპიაი ჰოლდინგი და იმედი L.

რაც შეეხება 2019 წლის პირველი კვარტალის მონაცემებს ამ შემთხვევაშიც ლიდერად ეს ორი კომპანია გვევლინება თუმცა შეცვლილი ადგილებით. ამ ეტაპის მონაცემებით მოზიდული პრემიიდან სს იმედი L ფლობს 43%-იან წილს (41 მლნ), ხოლო სს ჯიპიაი ჰოლდინგი იკავებს 19%-იან წილს (17.58 მლნ).

ჯიპიაი ჰოლდინგი დაარსდა 2001 წელს როგორც პირველი კერძო საპენსიო ფონდი საქართველოში. კომპანიისთვის თავიდანვე პრიორიტეტად იქცა საქართველოში ე.წ. სოციალური დაზღვევის: ჯანმრთელობის, სიცოცხლისა და საპენსიო დაზღვევის პოპულარიზება და გავითარება. ამ მიმართულებას "ჯიპიაი ჰოლდინგი" დღესაც აქტიურად ავითარებს.

„ჯიპიაი ჰოლდინგი“ საქმიანობის პირველსავე წელს მნიშვნელოვან შედეგებს მიაღწია დაზღვევის სხვადასხვა სფეროში. ჰოლდინგი დღესაც ინარჩუნებს მოწინავე სადაზღვევო კომპანიის სტატუსს როგორც ზოგადად, ბაზარზე, ისე ცალკეული მიმდარტულელებით, მაგ. ჯანმრტელობის დაზღვევა, ავტოდაზღვევა, ქონების დაზღვევა და ა.შ.

2006 წლიდან „ჯიპიაი ჰოლდინგი“ ევროპის ერთ-ერთი უმსხვილესი სადაზღვევო კომპანიის, „ვენის სადაზღვევო ჯგუფის“ წევრი გახდა. კომპანიისტვის ეს იყო მნიშვნელოვანი წინსვლა, არამხოლოდ ფინანსური სტაბილურობის, არამედ გამოცდილების გაზიარების თვალსაზრისითაც: საქარტველოში პირველად მსგავსი დონისა და რეიტინგის უცხოური კომპანია ადგილობრივი კომპანიის აქციონერი გახდა.

კომპანია ერთ-ერთი ლიდერია საცალო ბაზარზე - „ჯიპიაი“-მ ერთ-ერთმა პირველმა გამოიტანა ხელმისაწვდომი სადაზღვევო პროდუქტები, იქნება ეს ჯანმრტელობის დაზღვევა, ავტოდაზღვევა თუ პასუხისმგებლობის დაზღვევა, ასევე დაზღვევა მცირე და საშუალო ბიზნესისტვის და საკრედიტო შენატანების დაზღვევა.

„ჯიპიაი ჰოლდინგი“ ერთ-ერთი ლიდერია ასევე კორპორაციულ ბაზარზეც. კომპანიის კლიენტები არიან საქარტველოს წამყვანი ბანკები, უძრავი ქონებისა და სამშენებლო კომპანიები, ნავტობკომპანიები და რამდენიმე ასეული საშუალო და მცირე ზომის ბიზნეს ორგანიზაციები.

ინოვაციური მიდგომა, ადგილობრივ მოტხოვნილეებაზე მორგებული უნიკალური სადაზღვევო პროდუქტები, მაღალი ხარისხის მომსახურება და მოტივირებულ თანამშრომელტა გუნდი – ეს სწორედ ის ფაქტორებია, რამაც განსაზღვრა და რაც გასაზღვრავს ჯიპიაი ჰოლდინგის წარმატებას ქარტულ ბაზარზე.

2013 წლის მონაცემებით ჯიპიაი ჰოლდინგი სადაზღვევო ბაზრის ერთ-ერთი ლიდერი იყო და მის 23%-ს აკონტროლებდა. კომპანიას უკვე 240 000-მდე დაზღვეული ყავდა ჯანმრტელობის დაზღვევის მიმარტულელებით, რომლესაც 12 საავადმყოფო ემსახურება 12 რეგიონში. ჯიპიაი ჰოლდინგი გამოირჩევა ინოვაციური გადაწყვეტილეებებით და მრავალ სიახლეს სტავაზობს თავის მომხმარებელს. აღსანიშნავია, რომ კომპანიამ უკვე ოტხჯერ

შედლო საუკეთესო კომპანიის სტატუსის მოპოვება და დაჯილდოვდა ოქროს ბრენდის ნომინაციაში როგორც რჩეული სადაზღვევო კომპანია.

ჯიპიაი ჰოლდინგს საიტზე წარმოდგენილი აქვს ხუთი სხვადასხვა ტიპის სადაზღვევო პოლისი - მედი ბაზისური, მედი ოპტიმალური, მედი სტანდარტი, მედი კლასიკი და მედი პრემიუმი. თითოეული მათგანი განსხვავდება მომსახურებითა და ღირებულებით.

განვიხილოთ მედი პრემიუმი რომელის ღირებულება შეადგენს თვეში 56 ლარს. აღნიშნული პოლისი მოიცავს წლის განმავლობაში პირადი ექიმისა და პედიატრის კონსულტაცია უფასოა. პირადი ექიმის მიმართებით დაზღვეულს შეუძლია გამოკვლევები გაიაროს ნებისმიერ ლიცენზირებულ კლინიკაში. დაზღვევა ითვალისწინებს პროფილაქტიკური ანალიზების ჩატარებას, გეგმიურ და გადაუდებელ ამბულატორიული მომსახურების მიღებას. გადაუდებელი და უბედური შემთხვევის დროს დაზღვეულის საავადმყოფოში მოხვედრის შედეგად გამოწვეული ხარჯების ანაზღაურებას. პოლისი ფარავს გეგმიური და გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურების ხარჯებს. პოლისი მოიცავს უბედური შემთხვევის დაზღვევას. პირადი ექიმის სამსახურით მედი პრემიუმით დაზღვეულებისთვის, თბილისში მომსახურე კლინიკებია: კლინიკა „კურაციო“, კლინიკა „მედიკორი“ და კლინიკა „მედიქალჰაუსი“. პოლისი ძალაში შედის ხელშეკრულების გაფორმებიდან მინიმუმ 15 დღის გასვლის შემდეგ, თვის პირველ ან 15 რიცხვში.

24 საათიანი ცხელი ხაზი	100%	ულიმიტო
პირადი ექიმის	100%	ულიმიტო
პროფილაქტიკური კვლევები	100%	წელიწადში ერთხელ
გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება	100%	20 000 ლარი
ჰოსპიტალური მომსახურება უბედური შემთხვევის გამო	100%	
გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება* (ერთ	90%	5 000 ლარი

საწოლ/დღეზე მეტი)			
გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება (ერთი საწოლ/დღე)		90%	1 000 ლარი
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება ("პოზიტიური სიის" შესაბამისად)		100%	ულიმიტო
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება ("პოზიტიური სიის" გარეთ)		60%	1 000 ლარი
გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება	პირადი ექიმის სამსახურის ბაზაზე	90%	ულიმიტო
	პპ კლინიკებში		
	არაპროვაიდერ კლინიკებში	60%	1 000 ლარი
მედიკამენტები	სახალხო აფთიაქში	60%	2 000 ლარი
	სხვა სააფთიაქო ქსელში	50%	
ორსულობა**		90%	ულიმიტო
გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება		100%	ულიმიტო
გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურება		70%	1 000 ლარი
ორთოდონტია / ორთოპედია		10-30%	ულიმიტო

*მომსახურებაზე "გეგმიური ჰოსპიტალიზაცია" ვრცელდება მოცდის პერიოდი 12 თვე

** მომსახურებაზე ორსულობა ვრცელდება მოცდის პერიოდი 24 თვე

კლინიკა "კურაციოს" არჩევის შემთხვევაში პრემიას ემატება თვეში 5 ლარი.

„იმედი L“-ი ჯანმრთელობის დაზღვევის კომპანიაა, რომელიც ყველაზე მსხვილი ჯანდაცვის ჯგუფის წევრია საქართველოში. **GEORGIA HEALTHCARE GROUP** არის

უმსხვილესი ვერტიკალურად ინტეგრირებული კერძო ჯანდაცვის პროვაიდერი საქართველოში სწრაფად მზარდ ჯანდაცვის სფეროში. ჯგუფი ახორციელებს სინერგიულ ბიზნეს მოდელს, რომელიც ჯანდაცვის მომსახურებებისა და ჯანმრთელობის დაზღვევის ინტეგრირების შედეგია. GHG ძირითადად ორიენტირებულია მასობრივ საბაზრო სეგმენტზე ჰოსპიტალური ქსელით, რომელიც მოიცავს 2,100-ზე მეტ საავადმყოფოს საწოლს, ასევე 39 სამედიცინო დაწესებულებას; აქვს უდიდესი რეგიონული დაფარვა, რაც მოიცავს სამ მილიონ ადამიანზე მეტს, ანუ საქართველოს მოსახლეობის დაახლოებით ორ მესამედს. ჯგუფი ასევე ახორციელებს ჯანმრთელობის დაზღვევის საქმიანობას. იმედი ელ-ს სადაზღვევო პოლისები ერთმანეთისგან განსხვავებული აქვს ვარსკვლავების მიხედვით. გვთავაზობს სამ, ოთხ და ხუთ ვარსკვლავიან პოლისებს.

დამატებითი დაფარვების კუთხით:

- შაქრიანი/უმაქრო დიაბეტი
- სამედიცინო ვარჯიში და მასაჟი
- სტომატოლოგიურ მომსახურებაში ორთოპედია, იმპლანტაცია, ბრეკეტები
- ფიზიოთერაპია და ლაზეროთერაპია
- ჰომეოპათიური სამკურნალო საშუალებების, იმუნომოდულატორების იმუნოდეპრესანტების ხარჯების ანაზღაურება
- სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამით გათვალისწინებული დაფარვების სრულად ანაზღაურება სადაზღვევო კომპანიის მიერ
- არარეგისტრირებული მედიკამენტები
- ლუქს პალატა და აყვანილი ექიმი
- დღის სტაციონარი
- ნაყოფის გენეტიკური კვლევა, სანაყოფე სითხის დიაგნოსტიკა
- სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები
- სამოყვარულო სპორტში მონაწილეობისას მიღებული ტრავმების მკურნალობა

- თანდაყოლილი და გენეტიკური დაავადებების ჰოსპიტალური მკურნალობა
- ამბულატორიული გამოკვლევები გამონაკლისების გარეშე ევექსის ბაზაზე (ჰეპატიტი, უმვილობა და ა.შ.)
- ნევროზთან და სტრესთან დაკავშირებული აშლილობანი
- კლიმაქსის მკურნალობა
- ონკოთერაპიისთვის გამოყოფილი ცალკე ლიმიტი
- საზღვარგარეთ მკურნალობა
- სისტემური დაავადებების მკურნალობა
- დაზღვევამდე არსებული დაავადებების მკურნალობა

სერვისის კუთხით:

- პერსონალური მენეჯერის მომსახურება
- ექსკლუზიური ექიმის მომსახურება
- ზარალის ანაზღაურებისას თანხის გადარიცხვა 2 სამუშაო დღეში
- ასანაზღაურებელი საბუთების წარდგენის ვადა 3 თვე
- ელექტრონული მიმართვების გაცემა
- კურიერის მომსახურება
- საგარანტიო წერილის გაცემა 2000 ლარამდე 1 საათში, 2000 ლარზე ზემოთ - 1 სამუშაო დღეში
- 500 ლარამდე თანხის ანაზღაურება ნაღდი ანგარიშსწორებით
- სერვის ცენტრის გახანგრძლივებულ სამუშაო საათებს
- მომსახურება სპეციალურად გამოყოფილ კომფორტ სივრცეში

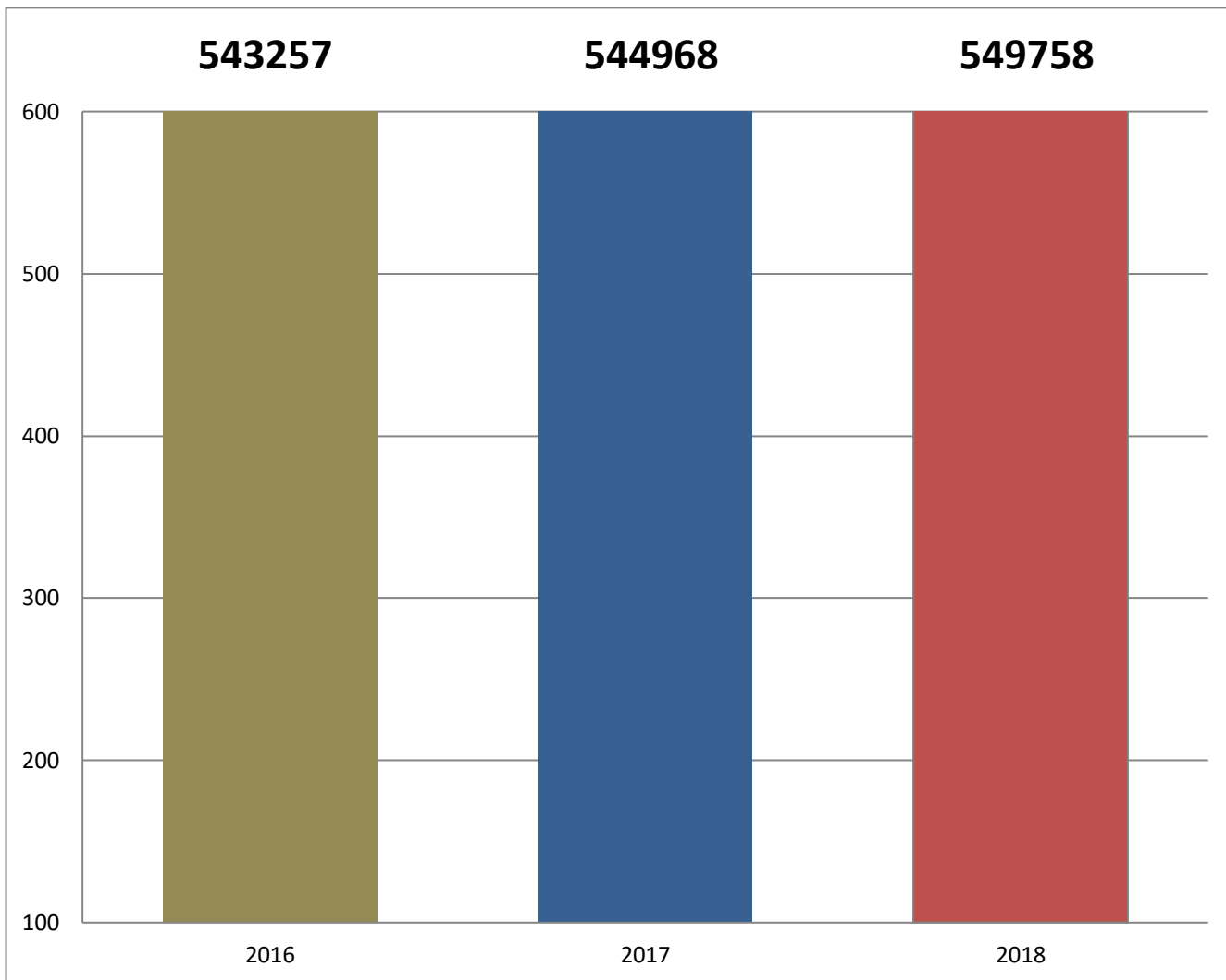
პროვაიდერების კუთხით:

- ჰოსპიტალური და ამბულატორიული მომსახურება წამყვან კლინიკებში: ევექსი, მედიქლაბი, კარაპს მედლაინი, ა.შ.

აღნიშნული კომპანიების და პაკეტების გარდა დაზღვევის მსურველს აქვს შესაძლებლობა გაეცნოს სხვადასხვა კომპანიების შემოთავაზებულ განსხვავებულ პაკეტებს.

სამედიცინო დაზღვევა უდავოდ მზარდი სეგმენტია, ჩვენს ქვეყანაში სულ უფრო მეტი ადამიანი მიმართავს დაზღვევას. ბოლო სამი წლის მონაცემებს თუ გადავხედავთ დაზღვეულთა რაოდენობა მზარდია. (გრაფიკი 3.3)

მოქმედი პოლისების რაოდენობა სამედიცინო დაზღვევაში (2016-2018 წლებში)



წყარო: სსიპ საქართველოს დაზღვევის ზედამხედველობის სააგენტო.

მზარდი სადაზღვევო პოლისების ტენდენცია მიუთითებს იმაზე რომ ბაზარი ეტაპობრივად ვითარდება.

მიუხედავად იმისა, რომ პოლისების მზარდი რაოდენობა ბაზრის განვითარების ნიშანია პრობლემები მაინც რჩება. როგორც ზემოთ წარმოდგენილი ბაზრის წილებიდან ირკვევა ამ ეტაპისთვის რეალურ მოთამაშეს მხოლოდ ორი კომპანია წარმოადგენს. სამედიცინო დაზღვევს ბაზრის ნახევარზე მეტს ორი კომპანია ფლობს, რაც არც თუ ისე დადებითად აისახება ბაზრის კონკურენტუნარიანობაზე.

დანარჩენი კომპანიების მიერ ბაზრის მეტი სეგმენტის ათვისება შესაძლებელს გახდის გადაიხედოს კომპანიების ფასების პოლიტიკა რაც შესაძლებელს გახდის უფრო ხელმისაწვდომიც კი გახდეს პოლისების ღირებულება.

3.4 სიახლეები ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზარზე

ჯანმრთელობის დაზღვევის ბაზარზე კომპანიები კონკურენტუნარიანობის ამალგების მიზნით გთავაზობენ სხვადასხვა ინოვაციურ პროდუქტებს, რომლებიც მიმართული დაზღვეული დაავადებების ჩამონათავალის გაფართოებითა და ისეთი პროდუქტებით რაც გაამარტივებს მომხმარებლისა და კომპანიის ურთიერთობას.

- ჰსპ დაზღვევამ 2019 წლის 11 ივნისს ტექნოპარკის საკონფერენციო დარბაზში, ხელი მოეწერა სს ჰსპ დაზღვევასა და სტარტაპ Mydoc-ის ხელშეკრულებას, რომელიც ითვალისწინებს ხელოვნურ ინტელექტზე დაფუძნებული თანამედროვე საინფორმაციო ტექნოლოგიების ინტეგრაციას დაზღვევის და ჯანდაცვის სფეროში.

2010 წლიდან ჰსპ დაზღვევა მუდმივად ქმნის და სთავაზობს მომხმარებელს განსხვავებულ ინოვაციურ და ტექნოლოგიურ სერვისებს, რომელიც უზრუნველყოფს მომსახურების მაღალ სტანდარტს და სამართლიანად იმსახურებს მომხმარებლის ნდობას.

2018 წელს პირველად საქართველოში შეიქმნა დაზღვევის პორტალი, რომელიც ყველა სადაზღვევო სერვისს ერთ ვირტუალურ სივრცეში აერთიანებს. ჰსპ დაზღვეულს აქვს შესაძლებლობა ნებისმიერი სადაზღვევო მომსახურება მიიღოს სწრაფად და მარტივად, თანამედროვე ტექნოლოგიების მეშვეობით. დაზღვევის პორტალი არის სივრცე, რომელიც ულევ შესაძლებლობებს იძლევა და ვითარდება.

2019 წლის სექტემბრის თვიდან პსპ დაზღვევის პორტალს ემატება ფუნქციონალი რომელიც ითვალისწინებს ორ შესაძლებლობას.

- სისტემა ხელოვნური ინტელექტის ალგორითმების საშუალებით, ადგენს შესაძლო კავშირებს წარმოდგენილ სიმპტომებსა და მონაცემთა ბაზაში არსებულ დიაგნოზებს შორის, რაც იძლევა საშუალებას, წინასწარ შეიქმნას სურათი პაციენტის მდგომარეობის შესახებ და მოცემულ სიმპტომებზე დაყრდნობით, ექიმმა მიიღოს ინფორმაცია შესაბამისი დაავადებების ალბათობათა შესახებ. ექიმი, თავის მხრივ, მაღალი დონის ავტომატიზაციისა და ციფრული ტექნოლოგიების დახმარებით გაცილებით ეფექტურად და ხარისხიანად წარმართავს დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პაციენტზე შემდგომი მეთვალყურეობის პროცესს.

- ასევე, პლატფორმა საშუალებას იძლევა, ონლაინ რეჟიმში დამყარდეს კომუნიკაცია პაციენტსა და ექიმს შორის. დაზღვეულს ეძლევა შესაძლებლობა მკურნალ ექიმს გადაუზღავნოს სხვადასხვა სამედიცინო ინფორმაცია, მიიღოს ექიმისგან დიაგნოზი და დანიშნულება. დაზღვეული, პსპ დაზღვევის პორტალზე online.ipsp.ge გაივლის ონლაინ გასაუბრებას ე.წ ექიმის ვირტუალურ ასისტენტთან - ჩატბოტთან და სპეციალური კითხვარის საშუალებით, შეავსებს საჭირო მონაცემებს.

ეს არის იმ სერვისების ჩამონათვალი, რასაც პსპ დაზღვევა სთავაზობს ყველა დაზღვეულ პირს, და რისი ანალოგიც, ამ ეტაპზე, არათუ საქართველოში, არამედ რეგიონშიც არ არსებობს.

პსპ დაზღვევა აგრძელებს ტექნოლოგიურ და ინოვაციურ პროექტებზე მუშაობას და მალე მომხმარებელი შეიტყობს პლატფორმის კიდევ ერთ სიახლეს, რომელიც ითვალისწინებს დაზღვეულის ელექტრონული სამედიცინო ისტორიის წარმოების სიახლეს.

- 2019 წელს კიდევ ერთი სიახლე ბაზარზე გამოდის „თიბისი დაზღვევის“ ჯანმრთელობის დაზღვევა, დაზღვეულთათვის ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიწოდების მიზნით, აქცენტს აკეთებს გრძელვადიან თანამშრომლობაზე როგორც

დაზღვეულებთან, ასევე მათ ორგანიზაციებსა და პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებთან.

სტრატეგიულ პარტნიორ კლინიკებს შორის არიან ისეთი სამედიცინო დაწესებულებები, რომლებიც გამოირჩევიან გამოცდილებითა და მაღალი კვალიფიკაციის პერსონალით, უახლესი აპარატურითა და ინფრასტრუქტურით, მათ შორის არის "მედიკორი" და ქართულ-ამერიკული კლინიკა.

ჩამოთვლილი კლინიკების გარდა, „თიბისი დაზღვევის“ მომხმარებელს კვალიფიციური ოჯახის ექიმები სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში მიიღებენ როგორც თბილისში, ასევე რეგიონებში.

„თიბისი დაზღვევისთვის“ მნიშვნელოვანია, მომხმარებელს მისცეს თავისუფალი არჩევანის შესაძლებლობა. შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების მიღება ნებისმიერ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაშია შესაძლებელი.

„თიბისი - ჯანმრთელობის დაზღვევის“ დირექტორ ნინო გაჩეჩილაძის შეფასებით, დაზღვევის ახალი პროდუქტის უპირატესობა სიმარტივე და სისწრაფეა, რაც მომხმარებლის საჭიროებებზე მაქსიმალურად არის მორგებული.

„თიბისი დაზღვევა“ ჯანმრთელობის პროდუქტით შემოვიდა ბაზარზე. ნინო გაჩეჩილაძის განაცხადით პროდუქტი მცირე, საშუალო და დიდი კომპანიებისთვის იქნება განკუთვნილი. უპირატესობა სერვისის მიღების სიმარტივე და სისწრაფე იქნება, რასაც უზრუნველყოფს სწორედ ის მრავალფეროვანი ციფრული არხები, რომლებითაც კლიენტებს მომსახურებას შესთავაზებენ. ივნისიდან გაეშვება ახალი ვებ პლატფორმა - სამედიცინო ანაზღაურების ვებ-აპლიკაცია, რომლის საშუალებითაც დაზღვეულებს სერვისის მიღება ძალიან მარტივად და სწრაფად შეეძლებათ“ .

მომსახურების ხარისხზე გააკეთა აქცენტი „თიბისი დაზღვევაში“ დაზღვეული კომპანიის, გაერთიანებული საფინანსო კორპორაციის ადმინისტრაციის ხელმძღვანელმა ლამა ჩხაიძემ.

„სამედიცინო დაზღვევის ბაზარზე ხარისხი გამოგვარჩევს. „თიბისი დაზღვევის“ ახალი მიმართულება მაქსიმალურად მომხმარებლების საჭიროებებზეა მორგებული, ხოლო მომსახურების ხარისხი და თანამშრომლების მიმართ ინდივიდუალური დამოკიდებულება არის გამორჩეული დეტალი, რის გამოც მათზე შევაჩერეთ არჩევანი. ჩვენი თანამშრომლები სარგებლობენ ოჯახური დაზღვევითაც და აღსანიშნავია, რომ თითოეულმა მათგანმა ოჯახი ანდო „თიბისი დაზღვევას“, - აღნიშნა მან .

„თიბისი დაზღვევის“ გენერალურ დირექტორ პაატა ღამბაძის შეფასებით, „თიბისი დაზღვევის“ ახალი პროდუქტი ბაზრის განვითარებას მნიშვნელოვნად შეუწყობს ხელს და კონკურენციას გაზრდის.

„თიბისი დაზღვევა“ ბევრ და საინტერესო სიახლეს შემოიტანს ბაზარზე, რაც კონკურენციასთან ერთად მოთხოვნებსაც გაზრდის, რადგან გარკვეული პერიოდი ამ ბაზარზე სტაგნაცია შეინიშნება. წლების განმავლობაში მნიშვნელოვანი რამ დაიკარგა - ადამიანი, პაციენტი და მის მიმართ ყურადღება. ჩვენ ვთავაზობთ მომხმარებელს 360-გრადუსიან ხედვას პაციენტზე, პირველ რიგში, ზრუნვას, რაც ადამიანებს სჭირდებათ და მაღალი ხარისხის მედიცინას. მარტო ზარალის ანაზღაურება არ არის მნიშვნელოვანი, ჩვენ აქცენტს ადამიანის პრობლემასა და ამ პრობლემის გაზიარებაზე ვაკეთებთ. ყველაფერი რაღაც მექანიკაში გადავიდა და ადამიანებს ზრუნვა და თანადგომა დააკლდათ, რასაც მათ "თიბისი დაზღვევა" სთავაზობს. ინოვაცია ის გახლავთ, რომ ჩვენ არ დაველოდებით, როდის გახდება ადამიანი ავად, აქცენტს პრევენციაზე გავაკეთებთ. ეს არის ე.წ. პრევენციული ღონისძიებები, როდესაც ადამიანს გაწერილი აქვს თავისი ჯანმრთელობის გეგმა და იცის, რომ ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად უნდა მივიდეს ექიმთან ვიზიტზე და ესა თუ ის დაავადება დროულად გამოავლინოს", - განაცხადა პაატა ღამბაძემ.

„თიბისი დაზღვევა“ თანამშრომლობს სამედიცინო დაწესებულებების ფართო ქსელთან. ამ დრომდე 200-მდე პარტნიორი ჰყავს, მათ შორის, ყველა წამყვანი კლინიკა: „ევექსი“, „ჯეო ჰოსპიტალსი“, „მედიქლაბი“, „ინოვა“ და ა.შ. მთელი საქართველოს მასშტაბით. „თიბისი დაზღვევა“ პარტნიორ კლინიკებთან ერთად მომხმარებელს გრძელვადიან პერიოდში მაღალი ხარისხის სერვისს შესთავაზებს და განავითარებს.

კარგი დაფარვები - მაღალი ლიმიტები, ნაკლები გამონაკლისები, თავისუფლება სამედიცინო დაწესებულების არჩევაში, საზღვარგარეთ მკურნალობის დაფინანსება და საუკეთესო ტარიფები საქართველოში - ეს ის უპირატესობებია, რომლებითაც „თიბისი დაზღვევა“ გამოირჩევა.

„თიბისი დაზღვევის“ ჯანმრთელობის დაზღვევით ისარგებლებენ ორგანიზაციები, რომლებსაც შეუძლიათ, დააზღვიონ თანამშრომლები გამარტივებული პროცესით, რისთვისაც შეიქმნება ვებ-პლატფორმა, რაც დაუზოგავს მათ ადმინისტრაციულ რესურსსა და დროს.

სადაზღვევო ნაკრების მინიმალური საფასური 38 ლარია, „თიბისი დაზღვევა“ მომხმარებელს სთავაზობს 5 ნაკრებს, რომლებიც ერთმანეთისგან განსხვავდება ლიმიტებითა და დაფარვებით.

„კარგი“, „უკეთესი“, „საუკეთესო“, „საუცხოო“ და „განსაკუთრებული“ - არჩევანი მომხმარებელზეა, თუ რომელ ნაკრებს აირჩევს.

„თიბისი დაზღვევა“ დაზღვეულებს შესთავაზებს შემდეგ მომსახურებებს: 24/7 „ცხელი ხაზი“ ტელეფონის ნომერზე 2 41 11 11 ან ელექტრონულ ფოსტაზე infohealth@tbcinsurance.ge; სასწრაფოს გამოძახება; ოჯახის ექიმის/პედიატრის კონსულტაცია კლინიკაში ან სახლში გამოძახებით; პროფილაქტიკური კვლევები; გადაუდებელი და გეგმური ამბულატორია; გადაუდებელი და გეგმური ჰოსპიტალური

მომსახურება; საზღვარგარეთ მკურნალობა; მედიკამენტების ანაზღაურება; გადაუდებელი და გეგმური სტომატოლოგია; ორსულობა/მშობიარობის ანაზღაურება.

მომხმარებელს ანაზღაურების მიღება შეეძლება "თიბისი დაზღვევის" სერვისცენტრებსა და ონლაინ, ვებგვერდის საშუალებით.

სერვის ცენტრებში ანაზღაურებისას 500 ლარამდე თანხის ანაზღაურება მოხდება მყისიერად, ხოლო 500 ლარზე მეტი თანხა მაქსიმუმ 3 სამუშაო დღეში ანაზღაურდება. ონლაინ ანაზღაურებისას: 500 ლარამდე თანხის ანაზღაურება მოხდება 1 დღეში ანგარიშზე ჩარიცხვის გზით, ხოლო 500 ლარზე მეტი თანხა მაქსიმუმ 3 სამუშაო დღეში.

ონლაინ ანაზღაურება ხელმისაწვდომი გახდება ივნისიდან ვებ-გვერდზე, ხოლო „თიბისი დაზღვევის“ სერვის ცენტრის მისამართია ალ. ყაზბეგის #24ბ.

- ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი სიახლე შემოგვთავაზა ჯიპიაი ჰოლდინგმა, საერთაშორისო გადამზღვევ კომპანია Sweets Re-სთან ერთად, ესაა კიბოს რისკისგან დაზღვევის პოლისი **ონკო ქეარი**:

პოლისი ითვალისწინებს **სადაზღვევო თანხის (კომპენსაციის) გაცემას ავთვისებიანი სიმსივნური დაავადების დიაგნოსტიკის შემთხვევაში.**

- ონკო ქეარის შეძენა შეუძლია 65 წლამდე ნებისმიერ პირს, რომელსაც არ აღენიშნება დაზღვევამდე სიმსივნური დაავადება.
- სადაზღვევო თანხა (კომპენსაცია) **150 000-მდეა** და დაზღვეული ირჩევს ხელშეკრულების გაფორმებისას.
- დაზღვეულს აქვს შესაძლებლობა მიღებული კომპენსაცია განკარგოს სურვილისამებრ.
- სადაზღვევო თანხის მისაღებად არ არის საჭირო თანხის გამოყენების ან/და მიზნობრიობის დამადასტურებელი დოკუმენტაციის წარდგენა.
- დაზღვევის პერიოდი 5 წელი.
- პოლისი ითვალისწინებს 18 წლამდე შვილ(ებ)-ს ავტომატურად დაზღვევას იმავე სადაზღვევო ლიმიტის ფარგლებში.

- ონკო ქეარის შეძენა შეუძლია იმ პირსაც, ვინც სარგებლობს სახელმწიფო დაზღვევით. პოლისი ონკო ქეარის დაზღვევის ღირებულება დამოკიდებულია სადაზღვევო თანხის მოცულობასა და დაზღვეულის ასაკზე.

ასაკი /სადაზღვევო თანხა (წლიური გადასახადი ლარში)	12'500	25'000	50'000	75'000	100'000	125'000	150'000
0-24	5,125	10,25	20,5	30,75	41	51,25	61,5
25-29	11	21,75	43,5	65,25	87	108,75	130,5
30-34	14,25	28,25	56,5	84,75	113	141,25	169,5
35-39	21,75	43,5	87	130,5	174	217,5	261
40-44	43,75	87,25	174,5	261,75	349	436,25	523,5
45-49	65,75	131,5	263	394,5	526	657,5	789
50-54	102	203,75	407,5	611,25	815	1017,5	1222,5
55-59	131,25	262,5	525	787,5	903	1312,5	1575
60-64	142,75	285,25	570,5	855,75	1140	1426,25	1711,5

აღნიშნული სიახლეები მხოლოდ და მხოლოდ დადებითად მოქმედებს ბაზრის განვითარებაზე, რაც გაზრდის კონკურენციას და პაციენტებზე მაქსიმალური ზრუნვას.

დასკვნა

როგორც უკვე აღვნიშნე სამედიცინო დაზღვევის განვითარება წარმოადგენს ქვეყნის ეკონომიკური განვითარებისა და სოციალური დაცვის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს წინაპირობას.

საქართველოში სამედიცინო დაზღვევა წარმოდგენილია სავალდებულო და ნებაყოფლობითი დაზღვევის სახით. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა წარმოდგენილია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის სახით და იმისთვის, რომ დღევანდელი სახით არსებულ მდგომარეობამდე მიეღწია განვითარების რამოდენიმე ეტაპი განვლო. ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის ბაზარი მზარდია და შეინიშნება დადებითი ტენდენციები. თუმცა მიუხედავად რამოდენიმე წლიანი გამოცდილებისა გარკვეული გამოწვევების მაინც არსებობს და საჭიროებს უფრო მეტ მუშაობას.

თუ შედარებით ანალიზს გავაკეთებთ ნათლად ჩანს, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის პროგრამა ბევრად უფრო წარმატებით ფუნქციონირებს ვიდრე ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევის ბაზარი ვითარდება.

მრავალი პრობლემა და ნაკლოვანება იკვეთება სამედიცინო დაზღვევის ბაზრის ფუნქციონირებაში, როგორც სავალდებულო ასევე ნებაყოფლობითი დაზღვევის შემთხვევაში.

სხვადასხვა სახის პრობლემები შეიძლება დაჯგუფდეს რამდენიმე ნაწილად:

1. ერთ-ერთ გამოკვეთილ პრობლემად შეიძლება განვიხილოთ ის, რომ დამოუკიდებლობის მოპოვებისა და საბაზრო ურთიერთობებზე გადასვლის შემდგომ, მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამამ სტარტი მხოლოდ 2006 წელს აიღო;
2. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის თავდაპირველ ეტაპზე უარყოფითი გავლენა კერძო სადაზღვევო კომპანიებზე, კერძოდ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამამ მოიცვა საქართველოს მთელი მოსახლეობა, რის შედეგადაც შემცირდა ნებაყოფლობით დაზღვეულ პირთა რაოდენობა;

3. საყოველთაო ჯანდაცვისა და ნებაყოფლობითი ჯანდაცვის პაკეტის ერთდროულად არსებობისას, უპირატესობა ენიჭებოდა საყოველთაო ჯანდაცვის ფარგლებში გაწეულ დანახარჯებს. ეს გარემოება საფრთხეს უქმნიდა სახელმწიფო სახსრების ზედმეტ ხარჯვას.
4. სამედიცინო დაზღვევის ბაზარზე არსებულ სამედიცინო კომპანიებს შორის ჯანსაღი კონკურენციის ნაკლებობა შეინიშნება, რაც უარყოფითად აისახება ფასდადებაში.
5. ზოგადად სამედიცინო დაზღვევას მკვეთრად ეხება ფასების მატება როგორც მედიკამენტოზურ საშუალებებზე, თანამედროვე ტექნოლოგიებზე და ასევე მკურნალობისას საჭირო სხვადასხვა საშუალებებზე.
6. ფასების ზრდა სამედიცინო მომსახურებაზე უარყოფითად აისახება ჯანმრთელობის დაზღვევაზე.
7. უარყოფითად მოქმედებს ადამიანების დამოკიდებულება არ გადაიხადონ სადაზღვევო პოლისში თანხა იმ ეტაპამდე სანამ „საჭიროება“ არ წარმოიქმნება.

ზემოაღნიშნული პრობლემები მხოლოდ ნაწილია და ვხვდებით უფრო კომპლექსურ და ერთობ რთულ პრობლემებს.

თუმცა ყველა ვთანხმდებით იმაზე, რომ ჯანმრთელობის დაზღვევის განვითარება ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებად გვევლინება ბოლო რამდენიმე წელია. არსებული პრობლემების მიუხედავად ბაზარზე არსებობს განვითარების პერსპექტივა, თუნდაც იმ მარტივი მიზეზის გამო, რომ მოსახლეობის გარკვეული ნაწილი ჯერ კიდევ არ სარგებლობს სამედიცინო დაზღვევით და სწორედ ეს ჯგუფი წარმოადგენს მიმზიდველ სეგმენტს სადაზღვევო კომპანიებისთვის. პრობლემების გადასალახად საჭიროა:

- კონკურენციის განვითარება როგორც სადაზღვევო კომპანიებს, ასევე სამედიცინო დაწესებულებებს შორის;
- საჭიროა სამედიცინო დაწესებულებებსა და სადაზღვევო კომპანიების შორის უფრო მჭიდრო თანამშრომლობა, რადგან დადგინდეს ოპტიმალური ფასები;
- გადამხდელუნარიანი მოსახლეობის რაოდენობის ზრდა, რაც გულისხმობს შემოსავლის ზრდას, მეტ სამუშაო ადგილს და ა.შ.

- აუცილებელია, რომ დასაქმებულის სამედიცინო დაზღვევა გახდეს სავალდებულო. განისაზღვროს დაზღვევის მინიმალური და აუცილებელი პაკეტი, რომლის ანაზღაურებასაც განახორციელებს დამსაქმებელი დასაქმებულის ხელფასისგან დამოუკიდებლად საკუთარი სახსრებით. იმ შემთხვევაში თუ დასაქმებული საკუთარი სურვილით მოინდომებს უფრო უკეთესი პირობებით დაზღვევას მინიმალურ პაკეტს ზემოთ არსებული თანხების ანაზღაურებას განახორციელებს დამოუკიდებლად.

- საჯარო დაწესებულებებში დასაქმებულ თანამშრომელთა ჯანმრთელობის დაზღვევაზე სასურველია თუ განხორციელდება მომსახურების შესყიდვა კონსოლიდირებული ტენდერის საშუალებით, რაც უფრო მეტად ხელს შეუწყობს (მასშტაბიდან გამომდინარე) სახსრების დაზოგვას და სასურველი სადაზღვევო მომსახურების უფრო დაბალ ფასში მიღებას.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა გახდა დიფერენცირებული შემოსავლების მიხედვით, რაც გულისხმობს, რომ რჩება მოსახლეობის ის ნაწილი ვინც დასაქმებულია და ყოველთვიურად გამოიმუშავებს გარკვეულ თანხას. მიმაჩნია, რომ სამედიცინო დაზღვევა პირველ რიგში უნდა განვითარდეს იმ ნაწილში ვინც დასაქმებულია. რაც გაზრდის ასევე კონკურენციას სადაზღვევო კომპანიებს შორის.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. ნ.ბერიძე, ნ.შონია, ჯ.ბიწაძე, „რისკები და დაზღვევა“,თბილისი, 2010 წელი, საგამომცემლო სახლი „ინოვაცია“.
2. თ. ვერულავა, „სამედიცინო ბაზარი: არსი, სპეციფიკა, სტიმულები“, თსუ-ს რეცენზირებადი საერთაშორისო სამეცნიერო ჟურნალი „ეკონომიკა და ბიზნესი“, თბილისი, 2017 წელი, 10(4).
3. ე.ზურაბიშვილი, „დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სასურველი ორგ. ფორმა“, რეცენზირებადი სამეცნიერო ჟურნალი ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა N2, თბილისი, 2016 წელი.
4. თ.აბსანძე, „წინა წლების მსგავსად საყოველთო ჯანდაცვის პროგრამას თანხები 2018 წელსაც დააკლდება“, გაზეთი „ფაქტ-მეტრი“, 2018 წელი, 3 იანვარი.
5. საქართველოს მთავრობის დადგენილება N 400, 2014 წლის 17 ივნისი, თბილისი, საქართველოს ეკონომიკური განვითარების სტრატეგიის „საქართველო 2020“ დამტკიცების და მასთან დაკავშირებული ზოგიერთი ღონისძიების თაობაზე.
6. შ. ჯადუგიშვილი, ჯანმრთელობის დაფინანსება საქართველოში 1990-2010წწ, Insurance.org.ge.
7. რ.ლევაშვილი, შ.ჯადუგიშვილი „სადაზღვევო ბაზრის ისტორია 2010-2016“, 2017წ.
8. Moh.gov.ge
9. Gpih.ge
10. imediL.ge
11. <http://parliament.ge/ge/>
12. <http://ssa.gov.ge/>
13. <https://idfi.ge/>
14. spa.gov.ge
15. <http://www.resonancedaily.com>
16. <http://ghn.ge>
17. www.On.ge