

საერთაშორისო გამჭვირვალობა - საქართველო



ჯანმრთელობის დაზღვევა საქართველოში

ხორციელდება ნიდერლანდების სამეფოს საელჩოს მხარდაჭერით



ეს ანგარიში საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სექტორში არსებული მდგომარეობის შესახებ მომზადებული მესამე ანგარიშია. პროექტის მიზანია ჯანდაცვის სექტორში მიმდინარე რეფორმებისა და მოვლენების შესწავლა და მათ შესახებ ფართო საზოგადოების ინფორმირება. პროექტი ფოკუსირებულია ფარმაცევტულ, სადაზღვევო და ჰოსპიტალურ სექტორებზე. ანგარიშის შინაარსი და მასში გამოთქმული მოსაზრებები „საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველოს“ ეკუთვნის და შეიძლება არ ასახავდეს საქართველოში ნიდერლანდების სამეფოს საელჩოს პოზიციას.

სარჩევი

1. მოკლე მიმოხილვა.....	4
2. შესავალი.....	4
3. კვლევის მეთოდოლოგია.....	4
4. რეკომენდაციები და ძირითადი მიგნებები	7
5. ვაუჩერული სისტემის და მზღვევლების რაიონული განაწილების სისტემის შედარება.....	13
6. სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციარებზე დაწესებული უკანონო შეზღუდვები	15
7. რატომ არიდებენ თავს ვალდებულებებს ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის მიმწოდებლები	17
8. შეუსაბამობები საქართველოს მთავრობის სადაზღვევო პოლიტიკის შემუშავებასა და განხორციელებაში... ..	19
9. ჰორიზონტალური ინტეგრაცია სადაზღვევო სექტორში	23
10. როგორ შეიძლება გააუმჯობესოს სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამებმა სამედიცინო მომსახურების ხარისხი	26
10.1. სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციართა საზრიანობა	28
11. ვერტიკალური გაფართოება სადაზღვევო სექტორში	28
12. ჯანმრთელობის დაზღვევის ნებაყოფლობითი პროგრამა	33

1. მოკლე მიმოხილვა

ამ ანგარიშში განალიზებულია ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამები, ასევე, საქართველოს ჯანმრთელობის დაზღვევის სექტორში არსებული ვითარება, ვერტიკალური გაფართოება და ჰორიზონტალური ინტეგრაცია სადაზღვევო ბაზარზე და ადეკვატური ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობა, რათა: **1. შევადგინოთ** სახელმწიფო დაზღვევის არსებული და ადრინდელი პროგრამების ეფექტიანობა, ეფექტურობა და მდგრადობა; **2. წარმოვადგინოთ** სადაზღვევო პოლიტიკის, რეგულირებისა და მზღვეველების ოპერირების გაუმჯობესებასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები საქართველოს მთავრობის, ეროვნული ბანკისა და მზღვეველებისთვის. აღნიშნული რეკომენდაციების მიზანია: ა. აღმოიფხვრას დაზღვევის სახელმწიფო პოლიტიკაში და, საზოგადოდ, ჯანმრთელობის დაზღვევის სექტორში არსებული შეუსაბამობები და ხარვეზები **ბ.** სახელმწიფო დაზღვევის სექტორში შესაბამისი ჩარევების გზით გაუმჯობესდეს ჯანდაცვის მდგომარეობა **გ.** წახალისდეს ნებაყოფლობითი დაზღვევის პროგრამებში მონაწილეობა.

2. შესავალი

2008-2012 წლებში საქართველოს სადაზღვევო ბაზარზე საქმიანობის არნახული ზრდა აღინიშნა. 2006 წელს ქვეყანა ჯანმრთელობის დაზღვევის 100,000-მდე ბენეფიციარს ითვლიდა, რომელთა უმეტესობა დედაქალაქში იყო კონცენტრირებული. აქტივობის აღნიშნულ აღმავლობას ბიძგი დიდწილად საქართველოს მთავრობის მიერ 2007 წლის სექტემბერში თბილისსა და იმერეთში 196,000 უკიდურესად გაჭირვებული მოქალაქისთვის¹ დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის დაწყებამ მისცა. 2008 წლის აპრილისთვის პროგრამამ 740,000 ადამიანი მოიცვა. უკიდურესად გაჭირვებულთა გარდა დაზღვევის ამ პროგრამაში სხვა კატეგორიის მოქალაქეებიც მოხვდნენ - მასწავლებლები, სათემო ორგანიზაციების წევრები, ორგანიზებული ჩასახლების ადგილებში მცხოვრები იძულებით გადაადგილებული პირები, ოკუპირებული ტერიტორიების მოსახლურე რაიონებში მცხოვრებნი, მსახიობები, მხატვრები, რუსთაველის პრემიის ლაურეატები².

დაზღვევის არსებული სახელმწიფო პროგრამა დაზღვევის იმ გაფართოებულ სახელმწიფო პროგრამასთან ერთად, რომელიც 2012 წლის სექტემბრიდან ამოქმედდება, ეტაპობრივად 2.1 მილიონ ადამიანს მოიცავს, რაც სახელმწიფო დაზღვევით ამჟამად მოსარგებლეთა რიცხვის თითქმის სამმაგი ზრდაა.

3. კვლევის მეთოდოლოგია

ჩვენი მიგნებები ეფუძნება:

1. 2008-2012 წლებში სადაზღვევო ბაზარზე მიმდინარე მოვლენების ღრმა ანალიზს;

2. სიღრმისეულ ინტერვიუებს, სტრუქტურირებულ ინტერვიუებსა და ვრცელ მიმოწერას სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამაში მონაწილე ორი ქართული სადაზღვევო კომპანიის, „ირაოსა“ და „აი სი ჯგუფის“, მარკეტინგისა და პროდუქტის განვითარების მენეჯერებსა და ფინანსურ დირექტორებთან, ასევე, ეროვნულ ბანკთან, რომელიც დაზღვევის სექტორის ეროვნული მარეგულირებელია, საქართველოს სადაზღვევო ასოციაციასთან, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან და ამ სამინისტროს სოციალური მომსახურების სააგენტოსთან, ასევე, ჯანდაცვის სექტორის პროფესიონალებთან;

¹ ბენეფიციართა კატეგორია, რომელთა სარეიტინგო ქულები სოციალურად დაუცველთა მონაცემთა ერთიან ბაზაში არ აღემატება 70,000-ს, ანუ, რომლებსაც არ შეუძლიათ საკუთარი თავის რჩენა.

² ამ კატეგორიების ბენეფიციართა წილი სახელმწიფო დაზღვევით მოსარგებლეთა 9.4%-ს შეადგენს.

3. სადაზღვევო სოციოლოგიურ კვლევას, რომელიც 2012 წლის აპრილ-მაისში ჩავატარეთ³. კვლევისთვის სათანადო კითხვარი შემუშავდა, რომელშიც 700-ზე მეტი კითხვა შევიდა. კვლევამ მოიცვა სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის 252 და კორპორატიული და ინდივიდუალური დაზღვევის პროგრამის 100 ბენეფიციარი, ასევე, საკონტროლო ჯგუფი, რომელიც 350 დაზღვეველი რესპონდენტისგან შედგებოდა. კვლევამ გარკვეული წარმოდგენა შეგვიქმნა იმის შესახებ, თუ როგორ აღიქვამენ და როგორი განწყობები აქვთ რესპონდენტებს სადაზღვევო და ჯანდაცვის სექტორებში მიმდინარე მოვლენების მიმართ, რა შეადგენს მათ კმაყოფილებას და სარგებლიანობას, რა პრობლემებს აწყდებიან მათთვის საჭირო სამედიცინო მომსახურების მიღებისას, რამდენად ხელმისაწვდომია მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობისთვის შესაფერისი სამედიცინო მომსახურება და ა.შ. რაც უფრო მნიშვნელოვანია, ეს სოციოლოგიური კვლევა დაგვეხმარა, უკეთ გაგვეანალიზებინა ა. რისი გაკეთება საჭირო როგორც დაზღვევის არსებული სახელმწიფო პროგრამის, ისე იმ ახალი გაფართოებული სახელმწიფო პროგრამის გასაუმჯობესებლად, რომელიც 2012 წლის სექტემბრიდან ამოქმედდება, ბ. რა ნაბიჯები უნდა გადადგას საქართველოს მთავრობამ სამედიცინო მომსახურების დონის ასამაღლებლად.

კვლევის ჩვენი მეთოდოლოგიის ამოსავალი წერტილია იმ შედეგების განზოგადება, რაც სადაზღვევო სექტორის ჩვენს კვლევაში მონაწილე 702 რესპონდენტმა მოგვცა და ასევე იმის ახსნა თუ როგორ მივედით ჩვენს მიგნებებამდე და რამდენად ამაგრებს ეს მიგნებები ჩვენს რეკომენდაციებს. ჩვენი კვლევის ერთ-ერთ საკვანძო კითხვაზე დაყრდნობით ქვემოთ განვიხილავთ თუ როგორ მოვახდინეთ აღნიშნული განზოგადება.

2010 წელს სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამაში მონაწილე კომპანიებმა საავადმყოფოების მშენებლობის მთავრობის სქემაში ჩაერთნენ, რაც, სავარაუდოდ, მხოლოდ საკუთარი სურვილით არ გაუკეთებიათ, რადგან ეს მათთვის არ წარმოადგენდა ბიზნეს თვალსაზრისით მიმზიდველ წამოწყებას. აღნიშნული საკვანძო კითხვა, რომელზეც კვლევაში ვპასუხობთ არის ის თუ რამდენად გაიზარდა სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამის ბენეფიციარებისთვის მომსახურების გაწევაზე უარები სადაზღვევო კომპანიების მიერ ამ საავადმყოფოების მშენებლობის გამო. საავადმყოფოების მშენებლობა იყო ის ფინანსური სტრესი, რამაც მზღვეველები თავდაცვით პოზიციაში ჩააყენა (დაწვრილებით იხ. მე-7 თავში).

2009-2010 წლებში დაზღვევის მოხმარების წილი, რაც იმ ბენეფიციართა რაოდენობის ტოლია, ვისაც მომსახურება გაეწია, 10.8%-ით გაიზარდა, ხოლო ბენეფიციართა საერთო რაოდენობამ იმავე პერიოდში 12.1%-ით მოიმატა. ეს ნიშნავს იმას, რომ ამ პერიოდში საქართველოს მთავრობამ მზღვეველებს 12.1%-ით მეტი ბენეფიციარისთვის გადაუხადა თანხა, რასაც მოხმარების ზრდის ეფექტი უნდა გაენიჭებინა. აუდიტის სახელმწიფო სამსახურის შესაბამისობის აუდიტის აქტის თანახმად, უარების რაოდენობა 2009 წელს 1198-დან 2010 წელს 1364-მდე გაიზარდა, რაც უარების 13.8%-იანი ზრდაა. თუმცა, უარების 2010 წლის მონაცემები სამი მსხვილი მზღვეველის („იმედი ელ“-ი, „ალდაგი ბისიაი“, „აი სი ჯგუფი“) შესაბამის მაჩვენებლებს არ მოიცავს, 2009 წლის მონაცემები კი არ მოიცავს მხოლოდ ერთი მსხვილი მზღვეველის („ალდაგი ბისიაი“) მაჩვენებლებს. შესაბამისად, ცდომილების ზღვარი უარების 2010 წლის მაჩვენებელში, რაც 2009-დან 2010 წლამდე ცვლილებას ასახავს, სინამდვილეში ძალიან მაღალია.

დაზღვევის მოხმარების და უარის მაჩვენებლებს შორის კორელაცია დადებითი მხოლოდ მაშინ არის, თუ ბენეფიციართა საერთო რაოდენობა არ იზრდება. ამ ორ მაჩვენებელს შორის კორელაცია არ არის წრფივი, ანუ, ერთი ცვლადის ერთი ერთეულით ზრდა, მეორის ერთზე მეტი/ნაკლები ერთეულით მატებას იწვევს. თუმცა, როდესაც დაზღვევის მოხმარების მაჩვენებლის ზრდის განეიტრალება ბენეფიციართა რაოდენობის ზრდით ხდება დაზღვევის მოხმარების და კომპენსაციის უარყოფის მაჩვენებლებს შორის კორელაცია დადებითი აღარ არის, ანუ, უარების მაჩვენებელი ყოველთვის მოხმარების მაჩვენებლის ზრდის კვალდაკვალ არ მატულობს. ზემოაღნიშნულ პერიოდში სწორედ ამ შემთხვევასთან გქონდა საქმე: 2009-2010 წლებში ბენეფიციართა რიცხვის 12.1%-იანი მატება მოხმარების მაჩვენებლის 10.8%-იანი მატებით იყო კომპენსირებული. თუმცა იმ დასკვნის გასაკეთებლად, რომ პროგრამის ბენეფიციართა რიცხვის 12.1%-იანი მატება მოხმარების მაჩვენებლის

³ კვლევა ჩატარა კვლევებისა და მარკეტინგის ინსტიტუტმა (IPM).

10.8%-იან მატებით იყო კომპენსირებული, ჩვენ უნდა ვიცოდეთ რამდენს შეადგენდა მოხმარება ბენეფიციარების ამ 12.1%-ში. სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის სადაზღვევო შემთხვევების და ბენეფიციარების მონაცემებზე⁴ დაფუძნებული ჩვენი შეფასებით 2009–2010 წწ. სახ. დაზღვევის მოხმარების მაჩვენებელი 24%-ს შეადგენდა.⁵ სახ. დაზღვევით მოსარგებლეთა მხრიდან მოხმარების 24%-იანი მაჩვენებელი ნიშნავს, რომ, მოსარგებლეთა 12.1%-იანმა ზრდამ 2009–2010 წწ. მოხმარების მაჩვენებლის 10.8%-ით მატების ეფექტი გაანეიტრალა.

ამიტომ, დანამდვილებით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ უარების წილის ზრდა მოხმარების წილის ზრდას არ გამოუწვევია. თუმცა, ეს არ იძლევა საკმარის საფუძველს დასკვნისთვის, რომ საავადმყოფოების მშენებლობამ უარები გაზარდა. უარის მაჩვენებლის ზრდა შესაძლოა სადაზღვევო პაკეტის პირობებით გაუთვალისწინებელი ან დადგენილ ლიმიტზე მაღალი სადაზღვევო შემთხვევების ზრდას გამოეწვია და არა მანცდამანც საავადმყოფოების მშენებლობის გამო სადაზღვევოების მოგების შემცირებას. ერთ-ერთი უმსხვილესი კომპანიის, „ჯიპიაი ჰოლდინგის“, მიერ მოწოდებული მონაცემებით, სადაზღვევო პაკეტის პირობებით გაუთვალისწინებელი შემთხვევების რაოდენობამ 2010 წელს 381, ხოლო 2011წ. 686 შეადგინა⁶. ჯანმრთელობის მზღვევებს შორის ამგვარი შემთხვევების ნორმალური განაწილების დაშვებაზე დაყრდნობით, გამოვიანგარიშეთ 2011 წელს სახელმწიფო დაზღვევის ფარგლებში სადაზღვევო პაკეტის პირობებით გაუთვალისწინებელი შემთხვევების რაოდენობა, რამაც 56,150 შეადგინა⁷.

სადაზღვევო პაკეტის პირობებით გაუთვალისწინებელი შემთხვევების რაოდენობის გამოთვლის შემდეგ, 2011 წელს სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის ფარგლებში უარების მოთხოვნების რეალისტური ციფრის მისაღებად ჩვენ:

1. ავიღეთ ჩვენს მიერ ჩატარებულ სადაზღვევო სოციოლოგიურ კვლევაში მონაწილე სახ. დაზღვევის ბენეფიციარი რესპონდენტებისთვის ნათქვამი უარების რაოდენობა, რამაც 28 შეადგინა;
2. გამოვიანგარიშეთ აღნიშნული უარების (28) მულტიპლიკატორი და მივიღეთ 3611, რათა დაგვედგინა სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციართა რაოდენობა, რომლებსაც უარი ეთქვათ;
3. გამოვთვალეთ სახელმწიფო დაზღვევის იმ ბენეფიციართა რიცხვი, რომლებსაც უარი ეთქვა და მივიღეთ 101,108⁸;
4. გამოვიანგარიშეთ სახ. დაზღვევის პროგრამის ფარგლებში უარების შემთხვევების მულტიპლიკატორი კვლევით გამოვლენილ უარების საშუალო რაოდენობაზე დაყრდნობით, რამაც შეადგინა 1;
5. გამოვიანგარიშეთ უარების რაოდენობა და მივიღეთ 101,108⁹;

⁴ სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სისტემის დაწესებულებათა მიერ მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების მართვის შესაბამისობის აუდიტის აქტი (01.07.07–01.01.2011)

⁵ 205031/(794994+891363)/2), სადაც 205031 არის სადაზღვევო შემთხვევების, ხოლო 794994 და 891363 სახ. დაზღვევის ბენეფიციარების რაოდენობა შესაბამისად 2009 და 2010 წელს.

⁶ სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამაში მონაწილე სადაზღვევო კომპანიებს ჩვენ ვთხოვეთ მოეწოდებინათ სადაზღვევო პაკეტის პირობებით გაუთვალისწინებელი შემთხვევების ჩაშლა სადაზღვევო მოთხოვნების მიხედვით, მაგრამ ეს მონაცემები მხოლოდ „ჯიპიაი ჰოლდინგმა“ მოგვაწოდა (წერილი #225 III, 2012 წლის 13 ივნისი).

⁷ გაანგარიშების დეტალები იხ. <http://transparency.ge/sites/default/files/attachment/sherchevis-charcho.pdf>

⁸ 28 X 3611

⁹ დაზღვევის ერთი ბენეფიციარისთვის ნათქვამი უარი არ ნიშნავს ერთ უარს. ეს კი ნიშნავს, რომ უარების რაოდენობა იმ ბენეფიციართა რაოდენობაზე მეტი/ნაკლები შეიძლება იყოს, ვისაც უარი უთხრეს. თუმცა ჩვენს შემთხვევაში მულტიპლიკატორი 1-ის ტოლია, რაც ნიშნავს, რომ უარების რაოდენობა სახელმწიფო დაზღვევის იმ ბენეფიციართა რაოდენობის ტოლია, ვისაც უარი ეთქვა (101,108X1).

6. დავთვალეთ ცდომილების ზღვარი, რამაც 3.9% შეადგინა¹⁰
7. მოვახდინეთ სამართლიანი უარების ცდომილების ზღვარის მთლიანი უარების ცდომილების ზღვარით (3.9%) კორექტირება 2.16%-მდე
8. გამოვთვალეთ უსამართლო უარების რაოდენობა შემდეგნაირად: ყველა უარის დამრგვალებულ ციფრს (101,100) გამოვაკლეთ 56,150, რაც სადაზღვევო პაკეტის პირობებით გაუთვალისწინებელი შემთხვევების, ანუ სამართლიანი უარების, რაოდენობაა ¹¹ და მივიღეთ 44,950.
9. მოვახდინეთ უსამართლო უარების ცდომილების ზღვარის მთლიანი უარების ცდომილების ზღვარით (3.9%) კორექტირება 1.71%-მდე.

ამრიგად, უარების მაჩვენებლის ზრდა არც მოხმარების და არც სადაზღვევო პაკეტის პირობებით გაუთვალისწინებელი შემთხვევების რაოდენობის ზრდას მოჰყოლია. ვინაიდან სხვა ისეთი ფაქტორი, რომელიც უარების მაჩვენებლის ზრდას გამოიწვევდა, არ არსებობს, ვფიქრობთ, რომ უარების მაჩვენებლის ზრდის მიზეზი მზღვეველების მიერ საავადმყოფოების მშენებლობის ვალდებულებებია. ამიტომ მიგვაჩნია, რომ მზღვეველებზე გარედან თავსმოხვეულ ვალდებულებებსა (სავადმყოფოების მშენებლობა) და უარების მაჩვენებელს შორის დადებითი კორელაციაა, რაც ნიშნავს, რომ საავადმყოფოების მშენებლობის ვალდებულებების ზრდასთან ერთად უარების მაჩვენებელიც იზრდება. ამრიგად, სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამაში მონაწილე კომპანიების მიერ საავადმყოფოების მშენებლობის ფასი სახ. დაზღვევის ბენეფიციარებისთვის უსამართლოდ ნათქვამი $44,950 \pm 1.71\%$ ¹² უარია.

ანგარიშში წარმოდგენილი მიგნებები ემყარება სადაზღვევო სექტორის ჩვენი კვლევის შედეგებს. ჩვენ გულდასმით შევისწავლეთ მოსახლეობის არსებული განაწილება, შევიმუშავეთ შერჩევის პროცედურა და განვსაზღვრეთ მულტიპლიკატორები და შერჩევის ისეთი ზომები¹³, რომლებიც კვლევის შედეგების მოსახლეობაზე შეძლებისდაგვარად ზუსტი განზოგადების საშუალებას მოგვცემდა.

კვლევის დანარჩენი შედეგებით მარტივი მეთოდოლოგია ანგარიშის იმ თავებშია აღწერილი, სადაც ვერ მოხერხდა მეთოდოლოგიის შესაბამისი მსჯელობიდან ამოღება.

4. რეკომენდაციები და ძირითადი მიგნებები

„საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველოს“ აუცილებლად მიაჩნია რომ:

1. საქართველოს მთავრობამ როგორც სახელმწიფო დაზღვევის არსებულ, ისე ახალ გაფართოებულ პროგრამებს შორის აღმოფხვრას შეუსაბამობები, შექმნას სადაზღვევო სექტორის განვითარებისთვის სწორი სტიმულები, რასაც წინამდებარე ანგარიშში აღვწერთ;
2. საქართველოს მთავრობამ შემოიღოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა (დაწვრილებით იხ. მე-10 თავი)
3. საქართველოს მთავრობამ სახელმწიფო დაზღვევის არსებული პროგრამა შესაბამისობაში მოიყვანოს სახელმწიფო დაზღვევის ახალ გაფართოებულ პროგრამასთან. სახელმწიფო დაზღვევის

¹⁰ ცდომილების ზღვარის გამოთვლისთვის იხ. <http://transparency.ge/sites/default/files/attachment/sherchevis-charcho.pdf>

¹¹ ჩვენს მიერ გამოყენებული სტატისტიკური მეთოდოლოგიის დეტალებისთვის იხ. <http://transparency.ge/sites/default/files/attachment/sherchevis-charcho.pdf>

¹² 1.71%, რაც უსამართლოდ ნათქვამი უარების ცდომილების ზღვარია, იანგარიშება 909,903 ადამიანიდან, ანუ თბილისის მერიის მიერ დაზღვეულების ჩათვლით სახ. პროგრამებით დაზღვეულთა მთლიანი ოდენობიდან და არა 44,950-დან. მაშასადამე, ადამიანებში გამოხატული ცდომილება ყოფილა $44,950 \pm 15560$ დაზღვეული (უარების რაოდენობა სახელმწიფო დაზღვევის იმ ბენეფიციართა რაოდენობის ტოლია, ვისაც უარი ეთქვა. იხ მე-9 სქოლიო ზემოთ).

¹³ შერჩევის პროცედურა, შერჩევის განსაზღვრა, შეწონვა, ნდობის ინტერვალი, ცდომილების ზღვარი და სხვ. შეგიძლიათ იხ. <http://transparency.ge/sites/default/files/attachment/sherchevis-charcho.pdf>

არსებული პროგრამა ბენეფიციარების უმეტესობას 2013 წლის აპრილიდან¹⁴ უფლებას აძლევს, თავად აირჩიოს საკუთარი მზღვეველი, 2012 წლის სექტემბრიდან ასამოქმედებელი ახალი პროგრამა კი ამ უფლებას არ ითვალისწინებს¹⁵.

გარდა ამისა, 2012 წლის სექტემბრიდან ასამოქმედებელი სახელმწიფო დაზღვევის გაფართოებული პროგრამა **ა.** დაფარავს უფრო მაღალშემოსავლიან ადამიანებს, ვიდრე ამჟამინდელი სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა ფარავს და **ბ.** ამჟამინდელ პროგრამასთან შედარებით, ბენეფიციარებს მომსახურების უფრო მრავალფეროვან და ვრცელ პაკეტს შესთავაზებს, მაგალითად, პრევენციულ სამედიცინო მომსახურებას¹⁶, მამოგრაფიას, ულტრასონოგრაფიას, ტომოგრაფიას, პალიატიურ მკურნალობას უკურნებელი სენით დაავადებული პაციენტებისათვის და სხვ.¹⁷

2012 წლის სექტემბრიდან ასამოქმედებელ სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამასა და ამჟამად მოქმედ პროგრამას სხვადასხვა მიზნობრივი ჯგუფები ჰყავს და აქედან გამომდინარე, განსხვავებული პირობები სახ. დაზღვევის ამ ორი პროგრამის მარეგულირებელ საქართველოს მთავრობის ორ დადგენილებას შორის რაიმე წინააღმდეგობაზე არ მიუთითებს¹⁸, მაგრამ ისინი საქართველოს მთავრობის სადაზღვევო პოლიტიკაში არსებულ სერიოზულ შეუსაბამობაზე ნამდვილად მეტყველებს.

ორი კითხვა, რომელიც ასეთ პოლიტიკასთან დაკავშირებით ჩნდება, არის: **ა.** რატომ ეძლევათ სახელმწიფო დაზღვევის ერთი პროგრამის ბენეფიციარებს მზღვეველის არჩევის საშუალება, ხოლო მეორე პროგრამისას -- არა? **ბ.** რატომ უნდა მოიცავდეს უფრო მაღალშემოსავლიანი სეგმენტისთვის განკუთვნილი სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა უფრო დაბალშემოსავლიანი სეგმენტისთვის განკუთვნილ პროგრამაზე უფრო მრავალფეროვანი მომსახურების პაკეტს?

მიგვაჩნია რომ საქართველოს მთავრობამ ან უნდა დაასაბუთოს ეს განსხვავებული მიდგომა ან აღმოფხვრას როგორც ეს¹⁹, ისე ამ ანგარიშში აღწერილი სხვა შეუსაბამობები.

4. საქართველოს მთავრობამ სახელმწიფო დაზღვევის ხარჯების ჩაშლა მოახდინოს სამედიცინო შემოწმებების, ლაბორატორიული და სხვა დიაგნოსტიკური გამოკვლევების, სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურების, ზედნადები ხარჯების და სხვა კომპონენტების მიხედვით. სანამ მთავრობას არ ეცოდინება სადაზღვევო პრემიის რა წილი რა კომპონენტზე მოდის, ის ვერ განსაზღვრავს იმ სფეროებს, სადაც სადაზღვევო პოლიტიკის კორექტირებაა საჭირო. ცხადია, სახელმწიფო დაზღვევის ასიგნების წინასწარ ჩაშლა ვერ მოხდება, ვინაიდან იმის პროგნოზირება თუ რომელ კომპონენტზე რამდენი დაიხარჯება შეუძლებელია; თუმცა, გაწეული ხარჯების ასე ჩაშლა სახელმწიფო ბიუჯეტის შესრულების ანგარიშებში შესაძლებელია, რაც სადაზღვევო პოლიტიკის კორექტირებას თუ სხვა ნაბიჯების განსაზღვრას შეუწყობს ხელს. შესაბამისად, სახელმწიფო დაზღვევის ასიგნების ხარჯვა დეტალურად უნდა იყოს სახელმწიფო ბიუჯეტის შესრულების ანგარიშებში ასახული;

¹⁴ იხ. საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილების მე-5 მუხლის მე-13 პუნქტი.

¹⁵ იხ. საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 12 მაისის №165 დადგენილების მე-2 მუხლის მე-6 პუნქტი და მე-5 მუხლის 1-ლი პუნქტი.

¹⁶ სახელმწიფო დაზღვევის სქემების ჩვენმა კვლევამ გვიჩვენა, რომ სახელმწიფო დაზღვევის 74 ბენეფიციარიდან ნახევარი მზად არის თვეში 5 ლარი გადაიხადოს, თუ სადაზღვევო პაკეტს პროფილაქტიკური სამედიცინო მომსახურება დაემატება. ჩვენი კვლევის კორპორაციული და ინდივიდუალური დაზღვევის კომპონენტებმა გვიჩვენა, რომ ინდივიდუალური სადაზღვევო პაკეტის მფლობელები, რომლებიც სრულად იხდიან თავიანთ სადაზღვევო პრემიას, მეტი პასუხისმგებლობით ეკიდებიან პროფილაქტიკურ სამედიცინო მომსახურებას. ჩვენ დავადგინეთ, რომ პროფილაქტიკური სამედიცინო მომსახურებით 30%-ით მეტი ინდივიდუალური სადაზღვევო პაკეტის მფლობელი ისარგებლებდა, ვიდრე კორპორაციული დაზღვევის ის ბენეფიციარები, ვინც საკუთარ დაზღვევაში არაფერს ან სადაზღვევო პრემიის 30%-ზე ნაკლებს იხდის. პროფილაქტიკური ზომების უფლებდელყოფა ფისკალური რესურსების გადინების ერთ-ერთი სერიოზული წყაროა. ამ გადინების შეჩერება კი ბენეფიციარების მიერ თანადაფინანსებული ნებაყოფლობითი დაზღვევის სქემებით შეიძლება.

¹⁷ იხ. საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 12 მაისის №165 დადგენილების მე-3 მუხლი.

¹⁸ საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილება და საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 12 მაისის №165 დადგენილება.

¹⁹ მე-8 თავში ჩამოთვლილია სამედიცინო მომსახურების ის სახეები, რომლებსაც სახელმწიფო დაზღვევის გაფართოებული სქემა ითვალისწინებს სახელმწიფო დაზღვევის არსებული სქემისგან განსხვავებით.

174.1 მილიონი ლარი, რაც ახლანდელი სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამისა და ახალი გაფართოებული პროგრამის საერთო ღირებულებაა 2012 წელს²⁰, სამედიცინო მომსახურების იმგვარ გაუმჯობესებას შეუწყობს ხელს, რაც სხვა სახის დაზღვევით (კორპორაციული, ინდივიდუალური) ვერ იქნება მიღწეული²¹. მე-10 თავში აღწერილია თუ როგორ შეიძლება სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამების მასშტაბმა ხელი შეუწყოს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაზრდას.

5. ეროვნულმა ბანკმა ჯანმრთელობის მზღვეველებს მოსთხოვოს კორპორაციული/ინდივიდუალური ჯანმრთელობის დაზღვევის პრემიების ჩაშლა სამედიცინო შემოწმებების, ლაბორატორიული გამოკვლევების, სხვა დიაგნოსტიკური გამოკვლევების, სამედიცინო პერსონალის ანაზღაურების, ზედნადები ხარჯების და სხვა კომპონენტების მიხედვით ფაქტობრივი ხარჯის შემდეგ;

6. ეროვნულმა ბანკმა დახმარება გაუწიოს სადაზღვევო კომპანიებს ისეთი სისტემით, რომელიც კომპანიის მარაგებისა და ფულადი ნაკადების მაქსიმალურად შემოწმებით დროული პროგნოზირების საშუალებას იძლევა. ჩვეულებრივი საბუღალტრო აღრიცხვისგან განსხვავებით, პარალელური ფინანსური აღრიცხვა²², მაგალითად, აკვიზიციურ²³ ხარჯებს (კლიენტების მოსაზიდად გაწეული ხარჯი) ხარჯად აღიარებდა იმ ტიპის სადაზღვევო პოლისიდან/პოლისებიდან მიღებული მოგების (და არა სადაზღვევო პრემიის) პროპორციულად, რომელთა შესაძენადაც იქნა ეს ხარჯები გაწეული. მე-9 თავში გახილულია, თუ რას შეიძლება მივაღწიოთ ადრეული პროგნოზირებით.

7. საავადმყოფოები მართონ დამოუკიდებელმა მენეჯმენტკომპანიებმა და არა სადაზღვევოების შვილობილმა კომპანიებმა. დამოუკიდებელი კომპანიების მიერ საავადმყოფოების მართვის შემთხვევაშიც კი, საჭირო იქნება საავადმყოფოების განცალკევება იმ მზღვეველებისგან, ვინც ისინი ააშენებდნენ, რაც, ცხადია, არ ნიშნავს მზღვეველებისთვის საავადმყოფოების ჩამორთმევას. განცალკევება აქ ნიშნავს ან რეალურად დამოუკიდებელ მართვას, რა დროსაც მზღვეველი ინვესტორის უფლებებით სარგებლობს, ანდა მთავრობის მიერ მზღვეველებისგან საავადმყოფოების გამოსყიდვას შემდეგ შესაფერისი ინვესტორებისთვის მათ მისაყიდვად;

8. საქართველოს მთავრობამ განაახლოს ნებაყოფლობითი დაზღვევის პროგრამა გამოუყენებელი რესურსების ასათვისებლად, რაც ხელს შეუწყობს სადაზღვევო ბიზნესის მდგრადობას და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას ქვეყანაში;

9. საქართველოს მთავრობამ ხელი შეუწყოს კონკურენციას სახელმწიფო დაზღვევის არსებული და ახალი გაფართოებული პროგრამების სადაზღვევო ვაუჩერების რაიონული განაწილების რეჟიმიდან თავისუფალი მიმოქცევის რეჟიმში გადაყვანით, რაც სახ. დაზღვევის ბენეფიციარის მიერ მზღვეველის

²⁰ 2012 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტი <http://mof.ge/4623>

²¹ სადაზღვევო ინსტიტუტის დირექტორის გიორგი გიგოლაშვილის შეფასებით („საერთაშორისო გამჭვირვალობა - საქართველოსთან“ 2012 წლის 15 მაისის ინტერვიუ), 174.1 მილიონი ლარი მთლიანი სადაზღვევო ბრუნვის 40%-45%-ს შეადგენს, რაც ნიშნავს, რომ საქართველოს სადაზღვევო სექტორის მთლიანი ბრუნვა დაახლოებით 400 მილიონ ლარს შეადგენს.

²² პარალელურ ფინანსურ აღრიცხვაში არაფერია ცუდი, თუ კომპანიის ბუღალტერია სუფთაა. არაფინანსური აღრიცხვისგან განსხვავებით, პარალელური ფინანსური აღრიცხვა, მაგალითად, აკვიზიციურ ხარჯებს ხარჯად აღიარებდა იმ ტიპის სადაზღვევო პოლისიდან/პოლისებიდან მიღებული მოგების (და არა სადაზღვევო პრემიის) პროპორციულად, რომელთა შესაძენადაც იქნა გაწეული. რა მნიშვნელობა აქვს ანალიტიკურ ფინანსურ აღრიცხვას აკვიზიციური ხარჯებისთვის? ხარჯების ამგვარი აღიარება მზღვეველს, მაგალითად, დაეხმარება გამოიანგარიშოს სადაზღვევო აგენტების საკომისიო განაკვეთი: ვთქვათ, 2010 წლის აპრილისგან განსხვავებით, 2011 წლის აპრილში სადაზღვევო აგენტების საკომისიოს რა განაკვეთი იქნებოდა ბიზნესის თვალსაზრისით გამართლებული იმ ტიპის სადაზღვევო პოლისიდან/პოლისებიდან მიღებული მოგების გათვალისწინებით, რომელთა შესაძენადაც იქნა ეს საკომისიო ხარჯები გაწეული: შესაძლოა, სადაზღვევო აგენტებისთვის მეტის გადახდა ღირდეს ან ჯობდეს საკომისიო განაკვეთის უცვლელად დატოვება.

²³ აკვიზიციური ხარჯები შედგება სადაზღვევო კომპანიის მიერ ახალი მომხმარებლების მოსაზიდად და კომპანიის პროდუქტებისა და მომსახურების მათთვის გასაცნობად გაწეული ხარჯებისგან. კონკრეტულ პერიოდში გაწეული მთლიანი აკვიზიციური ხარჯების გაყოფით იმავე პერიოდში შეძენილი ახალი მომხმარებლების მთლიან რაოდენობაზე მიიღება შეფარდება, რომელიც სადაზღვევო კომპანიამ საინვესტიციო გადაწყვეტილებების დროს უნდა გაითვალისწინოს.

არჩევს უფლებას გულისხმობს. სახ. სადაზღვევო პროგრამის შეფასების ორი ძირითადი კრიტერიუმია შეუძლიათ თუ არა პროგრამის ბენეფიციარებს მზღვეველის და სამედიცინო დაწესებულების არჩევა. პირველი არჩევანი ცალსახად შეზღუდულია, მეორე კი გამოუყენებელი. სრულიად ცხადია, რომ ამ ორი ბარიერის მოშლა სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამებს უკეთესობისკენ შეცვლის.

10. საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილებასა და საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 12 მაისის №165 დადგენილებაში და სადაზღვევო კონტრაქტებში/პოლისებში დეტალურად გაიწეროს სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციართა უფლებები, რაც მათ საკუთარი დაზღვევის შესაძლებლობებით სრულად სარგებლობის საშუალებას მისცემს. სახელმწიფო დაზღვევის კონტრაქტებში, მაგალითად, არ წერია, რომ ბენეფიციარს შეუძლია მოითხოვოს იმ სამედიცინო დაწესებულებაში მომსახურების მიღება, რომელსაც თავად აირჩევს, მაგრამ ბენეფიციარებს შეუძლიათ სთხოვონ თავიანთ მზღვეველს მიმართვა არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში, თუ პროვაიდერ დაწესებულებას რომელიმე მოცემული დაავადების მკურნალობის არასაკმარისი გამოცდილება აქვს ან არ აქვს გამოცდილება.

როგორც მე-8 თავში აღნიშნული, სადაზღვევო კომპანიებმა, რომლებთანაც ინტერვიუები გვქონდა, დაგვიდასტურეს, რომ სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციარებს შეუძლიათ სთხოვონ თავიანთ მზღვეველს, მიავლინოს ისინი არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში, თუ პროვაიდერ დაწესებულებას კონკრეტული დაავადების მკურნალობის არასაკმარისი ან არანაირი გამოცდილება არ აქვს. ჩვენი სადაზღვევო კვლევის სახელმწიფო დაზღვევის კომპონენტმა აჩვენა, რომ ამ შესაძლებლობის შესახებ სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციართა 2%-ზე ნაკლებმა იცის.

11. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ გააფართოვოს მის მიერ დამტკიცებული სამკურნალო საშუალებათა ნუსხა: საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილება ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციარებს 50%-იან თანაგადახდას სთავაზობს 50 ლარის ღირებულების იმ წამლებზე, რომლებიც შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებულ სამკურნალო საშუალებათა ნუსხაშია შეტანილი²⁴, რაც 25 ლარის ღირებულების შეღავათს ნიშნავს. ამ ნუსხის პრობლემა ის არის, რომ იგი მხოლოდ ხუთი სხვადასხვა ტიპის რამდენიმე მედიკამენტის დასახელებას მოიცავს²⁵. ნუსხაში შემავალი ამ ხუთი ტიპის მედიკამენტები გულისსხლძარღვთა, გასტროენტეროლოგიური, სასუნთქი გზების დაავადებების, ანთებების, ალერგიების და სხვა დაავადებების სამკურნალო პრეპარატებია. მართალია, ამ ტიპის მედიკამენტები ყველაზე ფართოდ გამოიყენება, მაგრამ ჩვენს სოციოლოგიურ კვლევაში მონაწილე ბენეფიციარების 20%-მა მათთვის საჭირო მედიკამენტები ნუსხაში ვერ აღმოაჩინა. ჩვენ ვფიქრობთ, რომ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ უნდა ჩაატაროს სოციოლოგიური კვლევა, რათა დაადგინოს ის პრეპარატები, რომლებიც აღნიშნულ ნუსხას უნდა დაემატოს.

12. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ უზრუნველყოს, საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილების მე-8 მუხლის მე-2 პუნქტის შესრულება, რომელიც მზღვეველს უკრძალავს, დაზღვეულს ამ დადგენილებით განსაზღვრულ სადაზღვევო პირობებზე უარესი პირობები შესთავაზოს. როგორც ანგარიშის მე-6 თავში აღნიშნული, სახელმწიფო დაზღვევით მოსარგებლეთა ჯანმრთელობის დაზღვევის პაკეტების შედარებამ გვაჩვენა, რომ „ალფა“ უხეშად არღვევს 2009 წლის 9 დეკემბრის საქართველოს მთავრობის №218 დადგენილებას, ანუ, ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მთავარ მარეგულირებელ აქტს. საქართველოს მთავრობის ეს დადგენილება ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციარებს 2010 წლიდან მოყოლებული 50%-იან თანადაფინანსებას სთავაზობს ამბულატორიული პაციენტებისათვის გამოწერილ 50 ლარამდე ღირებულების იმ წამლებზე, რომლებიც შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სამკურნალო საშუალებათა ნუსხაშია შეტანილი, რაც 25 ლარის ღირებულების შეღავათს ნიშნავს. მიუხედავად იმისა, რომ 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილება არ უზღუდავს სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციარებს უფლებას იყიდონ წამლები

²⁴ 2012 წლის 26 თებერვლის #53.

²⁵ მედიკამენტის ტიპი ნიშნავს წამლების ჯგუფს, რომელსაც შესაბამისი ნოზოლოგიის სამკურნალოდ იყენებენ.

რომელ აფთიაქშიც სურთ, „ავერსის“ შვილობილი კომპანია „ალფა“ თავის დაზღვეულებს ამ უფლებას უკანონოდ უზღუდავს, როდესაც ეუბნება, რომ წამლები მხოლოდ „ავერსის“ აფთიაქებში შეიძინონ²⁶. ჯერ ერთი, როგორც მე-6 თავში აღვნიშნეთ, „ავერსის“ აფთიაქებში საკმაოდ ბევრი დასახელების მედიკამენტი არ იყიდება, რაც ნიშნავს იმას, რომ სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამით მოსარგებლე „ალფას“ ბენეფიციარები ვერასდროს იყიდიან იმ წამლებს, რომლებიც „ავერსის“ სააფთიაქო ქსელში არ აქვთ. მეორე, თუ წამლები რომელიმე სხვა აფთიაქში ავერსის აფთიაქების ფასზე დაბალ ფასად იყიდება, სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციარები წამლებს გარანტირებული ლიმიტის ფარგლებში სხვაგან უფრო ხელსაყრელ ფასად ვერ იყიდიან, რაც ნიშნავს, რომ ისინი ისედაც მცირე ლიმიტისგან მაქსიმალურ სარგებელს ვერ მიიღებენ.

13. საქართველოს მთავრობამ მიიღოს სათანადო ზომები, რომ იმ ჩავარდნებმა და ხარვეზებმა, რომლებიც სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა (ყოფილი კონტროლის პალატა) სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამაში აღმოაჩინა, არ შეაფერხოს სახელმწიფო დაზღვევის ახალი გაფართოებული პროგრამის განხორციელება, რომელიც 2012 წლის სექტემბერში იწყება. მაგალითად, 2010 წელს, აუდიტის სამსახურმა აღმოაჩინა, რომ 2008-2010 წლებში სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციარებთან კონტრაქტების 75% დადგენილ ვადაზე გვიან გაფორმდა, მაშინ როცა სახელმწიფო კონტრაქტის მთელი ვადის განმავლობაში სადაზღვევო პრემიას იხდიდა. გარდა ამისა, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა მკვდარი სულები აღმოაჩინა (მონაცემთა ბაზაში ერთი და იმავე პირის ორჯერ შეტანა, არასათანადო ბენეფიციარები²⁷, გარდაცვლილები). სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის შეფასებით, ამ დარღვევებმა მილიონობით ლარი შეადგინა, რაც შემდეგ მზღვეველებისგან იქნა ამოღებული²⁸.

14. საქართველოს მთავრობამ გამოიყენოს სკრინინგის უკეთესი მექანიზმი სახელმწიფო დაზღვევის არასათანადო ბენეფიციარების მინიმუმამდე დასაყვანად. არასათანადო ბენეფიციარები კიდევ უფრო ამცირებენ სახელმწიფო დაზღვევის ასიგნების ეფექტს, მაშინ როცა ეს ასიგნება ისედაც არასაკმარისია. როგორც მე-8 თავშია მითითებული, სახელმწიფო დაზღვევის იმ 252 ბენეფიციარიდან, რომლებიც ჩვენმა სოციოლოგიურმა კვლევამ მოიცვა, 40-მა განაცხადა, რომ მათი თვიური შემოსავალი 401 ლარიდან 3000 ლარამდე მერყეობს, ხოლო 20-ის თქმით, მათი შემოსავალი 300-400 ლარია, რაც, ნიშნავს, რომ ისინი სახ. დაზღვევის პროგრამაში თაღლითურად მოხვდნენ. თუ გავითვალისწინებთ, რომ რესპონდენტები, ჩვეულებრივ, არ ამხელენ თავიანთ შემოსავალს, რადგან ეშინიათ, რომ სწორმა პასუხმა შეიძლება სადაზღვევო სქემიდა მათი გამოთიშვა გამოიწვიოს, რესპონდენტთა რაოდენობა, რომელთა შემოსავალი სადაზღვევო პროგრამაში მოსახვედრ ზღვარზე მაღალია, მეტი უნდა იყოს. სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის არასათანადო ბენეფიციართა რაოდენობის გამოსათვლელად შესაბამისი ცდომილების ზღვარის (4.6%) გათვალისწინებით, განვსაზღვრეთ იმ რესპონდენტთა მულტიპლიკატორი, რომელთა შემოსავალი პროგრამისთვის კვალიფიცირების შემოსავლის ზღვარს აღემატება (3611), რაც შემდეგ ამ ტიპის ბენეფიციართა გამოთვლაში დაგვეხმარა და მივიღეთ $144,440^{29} \pm 4.6\%$.³⁰

15. საქართველოს მთავრობამ მოაგვაროს სახელმწიფო სადაზღვევო ფონდის ფრაგმენტაციის პრობლემა. თუ გვსურს, რომ ქვეყნის სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამები ეფექტიანი და მდგრადი იყოს და სხვადასხვა პროგრამებს შორის გადაფარვა თავიდან ავიცილოთ უნდა შეწყდეს საერთო სადაზღვევო ფონდის დანაწევრება. თბილისი მთავრობამ, მაგალითად, დაზღვევა იმ 120,000 ბენეფიციარს შესთავაზა, რომელთა სარეიტინგო ქულა სოციალურად დაუცველთა ბაზაში 70,000-დან 100,000-მდე მერყეობდა. ესენი არიან საშუალო სკოლის მასწავლებლები, სკოლამდელი აღზრდის და

²⁶ ჩვენ დარღვევის უტყუარი სამხილი გვაქვს, რომელსაც დანტერესების შემთხვევაში წარმოვადგენთ.

²⁷ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სოციალური მომსახურების სააგენტოს თანამშრომლები.

²⁸ სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სისტემის დაწესებულებათა მიერ მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების მართვის შესაბამისობის აუდიტის აქტი (01.07.07-01.01.2011)

²⁹ 3611 X 40

³⁰ 4.6% იანგარიშება 909,903 ადამიანიდან, ანუ თბილისის მერიის მიერ დაზღვეულების ჩათვლით სახ.

პროგრამებით დაზღვეულთა მთლიანი რაოდენობიდან და არა იმ ადამიანების ერთობლიობიდან, ვინც დადგენილზე მაღალი შემოსავლის გამო არ უნდა იყოს სახ. დაზღვევის პროგრამებში (144,440). მაშასადამე, ადამიანებში გამოხატული ცდომილება ყოფილა $144,440 \pm 41,855$ დაზღვეული.

სხვა საგანმანათლებლო დაწესებულებების პერსონალი, მუზეუმების, ბიბლიოთეკების, საბავშვო ბაღების, გადაუდებელი დახმარების სამსახურების თანამშრომლები, მწერალთა, კომპოზიტორთა, არქიტექტორთა და მსახიობთა პროფესიული ორგანიზაციების წევრები³¹. ამ პროგრამის ბენეფიციარები სახელმწიფო დაზღვევის და სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამების ბენეფიციარები არ არიან. რა პრობლემაა პარალელურად მოქმედი სახელმწიფო დაზღვევის სხვადასხვა პროგრამა, თუ მათ სხვადასხვა კატეგორიის ბენეფიციარები ჰყავთ და მათ შორის გადაფარვას არ აქვს ადგილი? სადაზღვევო პროგრამების (იქნება ეს სახელმწიფო, კორპორაციული თუ ინდივიდუალური) ეფექტიანობისა და ეფექტურობის ამოსავალი წერტილი რისკების გაერთიანებაა. რისკების გაერთიანება რისკების მართვის ერთ-ერთი ფორმაა, რაც ბენეფიციარების ერთი სქემის ქვეშ გაერთიანებით სადაზღვევო ზარალების ვარიანტების მაჩვენებელს ამცირებს. სადაზღვევო ზარალების ვარიანტი ნიშნავს გარკვეული ბენეფიციარების მხრიდან მაღალ, ხოლო სხვა ბენეფიციარების მხრიდან დაბალ მოთხოვნას. ბენეფიციარების მაქსიმალური რაოდენობის ერთი სქემის ქვეშ გაერთიანება, რასაც მოთხოვნის აგრეგირებას უწოდებენ, ვარიანტის ამ ეფექტს მაქსიმალურად ანეიტრალებს³²;

16. საქართველოს მთავრობამ მინიმუმამდე შეამციროს სახელმწიფო დაზღვევის გაფართოებულ პროგრამის ფარგლებში სხვადასხვა მომსახურების ჭარბი მოხმარების რისკი. ამ მიმართულებით, მაგალითად, სწორი ნაბიჯია სასწრაფო დახმარების სახელმწიფო დაზღვევის გაფართოებული პროგრამის ფარგლებში სასწრაფო დახმარების დაფინანსების სადაზღვევო კომპანიებისთვის ეტაპობრივად გადაბარება. ვარშავაში, რომლის მოსახლეობაც 4 მილიონია, ყოველდღიურად სასწრაფო დახმარების 600 გამოძახება აღირიცხება, ხოლო 1.1-მილიონიან თბილისში ყოველდღიურად 1500 სასწრაფო დახმარების გამოძახება ფიქსირდება³³.

სადაზღვევო პროგრამების ჩვენმა სოციოლოგიურმა კვლევამ წამლების არარაციონალურად მომარაგების³⁴ შემთხვევების გამოთვლის საშუალება მოგვცა: სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის 252 ბენეფიციარიდან 7-მა თქვა, რომ ამბულატორიული ავადმყოფებისთვის 50 ლარამდე ღირებულების წამლებზე დაწესებული 50%-იანი თანადაფინანსების გამოსაყენებლად ბოლო 1 წლის განმავლობაში ისეთი მედიკამენტები შეიძინა, რომლებიც არ სჭირდებოდა. სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამით მოსარგებლე ჩვენი კვლევის რესპოდენტების მულტიპლიკატორით (3611) და ცდომილების შესაბამისი ზღვარის (2.1%) გათვალისწინებით, სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის იმ ბენეფიციართა რაოდენობა გამოვთვალეთ, რომლებიც წამლებს არარაციონალურად იმარაგებენ და მივიღეთ $25,277^{35} \pm 2.1\%$ ³⁶. წამლების არარაციონალურად მომარაგება, ეს ჭარბი მოხმარებით არის გამოწვეული თუ სხვა ფაქტორით, ფულის ფლანგვაა, რაც საქართველოს მთავრობამ მინიმუმამდე უნდა შეამციროს;

17. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სოციალური მომსახურების სააგენტომ აწარმოოს დამოუკიდებელი მონიტორინგი უარების იმ ჩივილების მიხედვით ჩასაშლელად, რომლებსაც სახელმწიფო დაზღვევის არსებული და გაფართოებული პროგრამები არ ითვალისწინებს.

ჩვეულებრივ, სადაზღვევო კომპანიები სადაზღვევო პაკეტის პირობებთან შეუსაბამო სადაზღვევო მოთხოვნებს არ აღრიცხავენ. ამგვარი მოთხოვნების აღრიცხვა მართლაც არ არის ადვილი, რადგან ბენეფიციარები ასეთ მოთხოვნებს, როგორც წესი, წერილობითი ფორმით კი არ წარუდგენენ სადაზღვევო კომპანიას, არამედ ტელეფონით ან, სადაზღვევო კომპანიებში მისვლის შემთხვევაში,

³¹ 120,000 ბენეფიციარიდან 85,000-ის სარეიტინგო ქულა 70,000-დან 100,000-მდეა, 30,000 ბენეფიციარი არასაკით პენსიონერია, ხოლო დანარჩენი 5,000 - სხვა კატეგორიების ბენეფიციარები. მუნიციპალური სადაზღვევო ასიგნება 16 მილიონი ლარია, თვიური სადაზღვევო პრემია კი 9 ლარი.

³² აღნიშნული განეიტრალების სტატისტიკურ ახსნაზე (ნორმალური განაწილება) წინამდებარე ანგარიშში არ შევჩერდებით და დაინტერესების შემთხვევაში წარმოგიდგენთ.

³³ მამუკა ქაცარავა, თბილისის მერიის სოციალური მომსახურებისა და კულტურის სამსახურის უფროსი; <http://www.versia.ge/index.php/2009-03-16-12-31-57/1236-2012-01-30-11-10-38.html>

³⁴ ინგლ. hoarding

³⁵ 3611X7

³⁶ 2.1% იანგარიშება 909,903 ადამიანიდან, ანუ თბილისის მერიის მიერ დაზღვეულების ჩათვლით სახ. პროგრამებით დაზღვეულთა მთლიანი რაოდენობიდან და არა 25,277-დან. მამასადამე, ადამიანებში გამოხატული ცდომილება ყოფილა $25,277 \pm 19,107$ დაზღვეული.

ოპერატორებს სიტყვიერად აცნობენ. უარების მაჩვენებლების განხილული ჩაშლის გარეშე შეუძლებელია შეფასდეს ასრულებს თუ არა სახელმწიფო დაზღვევის მოცემული პროგრამა ბენეფიციარებისთვის ხელმისაწვდომი სამედიცინო მომსახურების გაწევის ამოცანას.

სანამ სოციალური მომსახურების სააგენტო არ დაიწყებს სადაზღვევო პაკეტის პირობებთან შეუსაბამო სადაზღვევო მოთხოვნების მონაცემების დამოუკიდებლად შეგროვებას³⁷, მომხმარებელთა კმაყოფილების მონიტორინგი ზუსტ სურათს ვერ ასახავს³⁸.

18. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სოციალური მომსახურების სააგენტომ განახორციელოს სახელმწიფო დაზღვევის არსებული და ახალი გაფართოებული პროგრამის ბენეფიციარების კმაყოფილების და სარგებლიანობის მონიტორინგი (აუცილებელია ამ ორი სრულიად განსხვავებული ცნების მკვეთრად გამიჯვნა). თუმცა მომხმარებლის მონიტორინგი რეგულარული, წინასწარ განსაზღვრული პროცედურა უნდა იყოს და უნდა ეფუძნებოდეს შესაბამისი მონაცემების მთელი წლის განმავლობაში შემოწმებას. მომხმარებლის კმაყოფილების მონიტორინგი არ მოგვეცეს სწორ სურათს, თუ არ მოხდა მონაცემთა გაფილტრვა. არიან ბენეფიციარები, რომლებიც ისეთი სამედიცინო მომსახურების დაფინანსებას ითხოვენ, რომელსაც სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა არ ფარავს. მათი უკმაყოფილება, რასაკვირველია, უგულებელყოფილ უნდა იქნეს.

ჩვენმა სოციოლოგიურმა კვლევამ აჩვენა, რომ სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის ბენეფიციარი რესპონდენტების 50% გათვითცნობიერებული იყო როგორც საკუთარი უფლებების, ისე იმ მომსახურების სახეობებში, რომლებიც მათ პოლისით ეკუთვნოდათ, 40% კი - არა. ამიტომ, სოციალური მომსახურების სააგენტომ უნდა იმუშავოს სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის ბენეფიციართა არაინფორმირებული უკმაყოფილების ინფორმირებული კმაყოფილებით შესაცვლელად. არაინფორმირებული უკმაყოფილება, რომელიც ბენეფიციარებს შორის დაზღვევასთან დაკავშირებით არაგონივრულ მოლოდინებს აჩენს, იზრდება იმ შეზღუდვების არცოდნით, რომელიც სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის ბენეფიციარებს აქვთ დაწესებული.

5. ვაუჩერული სისტემის და მზღვეველების რაიონული განაწილების სისტემის შედარება

2008 წელს საქართველოს მთავრობამ გასცა ვაუჩერები³⁹, რომლებიც ბენეფიციართა უმეტესობას⁴⁰ შეეძლო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე ცხრა⁴¹ მზღვეველიდან ნებისმიერის სადაზღვევო კონტრაქტში გადაეცვალა. ვაუჩერების თავისუფალ მიმოქცევაში გაშვებით საქართველოს მთავრობამ სადაზღვევო ბაზარზე კონკურენციას გაუღო კარი.

კონკურენციამ მზღვეველებს უკეთესი მომსახურების შეთავაზებისკენ შეიძლება უბიძგოს იმ პირობებშიც კი, როცა მთავრობა მათ ერთი და იმავე ოდენობის სადაზღვევო პრემიას უხდის; თუმცა სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე სადაზღვევო კომპანიებმა არ იცოდნენ, რას მოუტანდა მათ ეს

³⁷ ჩვენ სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამაში მონაწილე თითქმის ყველა სადაზღვევო კომპანიას ვთხოვეთ ამ მონაცემების მოწოდება, რაც მხოლოდ „ჯიპიაი ჰოლდინგმა“ მოგვაწოდა.

³⁸ ჩვენ თხოვნაზე მოეწოდებინათ, ეს ინფორმაცია, ხუთმა მსხვილმა სადაზღვევო კომპანიამ („ალდაგი ბისიაი“, „იმედი ელ“-ი, „ჯი პი აი ჰოლდინგი“, „არქიმედეს გლობალ ჯორჯია“, „ირაო“) გვითხრა, რომ ასეთ მონაცემებს არ აღრიცხავენ. მოგვიანებით შევიტყვეთ, რომ ადრე, ასეთი ინფორმაცია ამ კომპანიებმა, „ალდაგი ბისიაი“-ს გარდა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს და სახელმწიფო აუდიტის სამსახურს მიაწოდეს. სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან პასუხისმგებლობების თავის არიდება ჩვენი სადაზღვევო კვლევის ერთ-ერთი უმთავრესი ხელისშემშლელი ფაქტორი იყო.

³⁹ ვაუჩერი არის მთავრობის მიერ სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციარისთვის მიცემული დაპირება, რომ მას ეს ვაუჩერი დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე მზღვეველის სადაზღვევო კონტრაქტში შეუძლია გადაეცვალოს.

⁴⁰ საქართველოს მთავრობის №218 დადგენილების მე-2 მუხლის 3² პარაგრაფის თანახმად, იმ ბენეფიციარებს, რომლებიც „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ 70 000-მდე სარეიტინგო ქულით 2009 წლის 1 დეკემბრამდე იქნენ რეგისტრირებული და რომლებსაც 2010 წლის 1 აპრილამდე დადებული სადაზღვევო კონტრაქტები აქვთ, შეუძლიათ თავად აირჩიონ სადაზღვევო კომპანია.

⁴¹ წინამდებარე ანგარიშის წერის მომენტისათვის ქვეყანაში ჯანმრთელობის ექვსი მზღვეველი ოპერირებს.

პროგრამა. მათ არ იცოდნენ როგორი იქნებოდა ბენეფიციართა აქტივობის ხარისხი. ვინაიდან ეს პროგრამა უკიდურესად გაჭირვებულებს ფარავდა, მზღვეველები ვარაუდობდნენ, რომ სიღარიბის გამო მიშვებული ჯანმრთელობის გამო ბენეფიციარები მაღალ რისკს წარმოადგენდნენ. არც ბენეფიციარებმა (რომელთა უმეტესობას მანამდე დაზღვევა არ ჰქონია) იცოდნენ რას მოუტანდა მათ დაზღვევის ეს პროგრამა. ამგვარ ვითარებაში ადვილი არ არის მზღვეველს გადააწყვეტინო იმაზე მეტი მომსახურების შეთავაზება, რაშიც მას ფულს უხდებოდა. სკეპტიკურად განწყობილი და გამოუცდელი ბენეფიციარები კი დამატებითი ან უფრო მრავალფეროვანი სამედიცინო მომსახურების შეთავაზებას დიდი მოლოდინით არ ხვდებიან.

ამიტომ, საკითხავია, შეცვალა თუ არა რაიმე 2008 წელს კონკურენციისთვის კარის გაღება. ჩვენმა კვლევამ და მზღვეველებთან ინტერვიუებმა დაგვანახა, რომ კონკურენციას სახ. დაზღვევის ბაზარზე რეალურად არაფერი შეუცვლია. თუმცა დაზღვევის ეს ვაუჩერული სისტემა ქმნიდა კონკურენციის პერსპექტივას, მაგრამ ეს პერსპექტივა ვერ განხორციელდა, რადგან საქართველოს მთავრობა 2010 წელს რაიონული განაწილების სისტემაზე გადავიდა.

მზღვეველთა სიფრთხილე და დაზღვეულთა სკეპტიციზმი სახელმწიფო დაზღვევის განვითარების ორი მთავარი შემაფერხებელი ფაქტორი იყო საქართველოში. სკეპტიციზმს 2008-2009 წლებში ოპოზიციური პარტიების მხრიდან დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის, როგორც ფუჭი წამოწყების, კრიტიკაც აძლიერებდა, რაც, რასაკვირველია, აპრიორული დასკვნა იყო. ამ სკეპტიციზმის გათვალისწინებით, არ გვგონია, რომ მთავრობას თავიდანვე შეიძლება მზღვეველები ბენეფიციარებისთვის უკეთესი პირობების შეთავაზებით მოზიდვაში შეეჯიბრებინა.

2010 წლის აპრილში საქართველოს მთავრობამ გადაწყვიტა 2013 წლის აპრილამდე ყველა ბენეფიციარისთვის მზღვეველის არჩევის უფლება შეეჩერებინა. სახელმწიფო დაზღვევის მიზნით ქვეყანა 26 სამედიცინო რაიონად დაიყო და ტენდერით ცხრა სადაზღვევო კომპანია⁴² შეირჩა, რომლებიც ამ 26 რაიონს უნდა მომსახურებოდნენ. საქართველოს მთავრობის მიერ გადახდილი წლიური სადაზღვევო პრემიის მაქსიმალური ზღვარი 144 ლარი იყო. ტენდერზე დასახელებულ ფასებში ყველაზე მაღალი – 132 ლარი 23 რაიონისთვის იყო შემოთავაზებული, ხოლო ყველაზე დაბალი – 116.4 ლარი თბილისისა და სხვა ორი სადაზღვევო რაიონისთვის⁴³. სადაზღვევო კომპანიებმა მთავრობის მიერ გარანტირებული ჯანმრთელობის დაზღვევის პაკეტი სოციალურად დაუცველ იმ 888,392 ბენეფიციარს შესთავაზეს, რომელთა სარეიტინგო ქულა 70,000-ს არ აღემატებოდა⁴⁴. თითოეულ რაიონში ასეთი სარეიტინგო ქულის მქონე გარკვეული რაოდენობის ადამიანი ცხოვრობდა, რომლებიც ავტომატურად გახდნენ შესაბამის რაიონების მზღვეველების ბენეფიციარები. ბაზრის ასეთი დანაწევრებით საქართველოს მთავრობამ სახელმწიფო დაზღვევის ბაზარზე კონკურენცია სამი წლით (2010 წლის აპრილი - 2013 წლის აპრილი) ფორმალურად შეაჩერა. ახლა, როდესაც 2013 წლის აპრილამდე სახელმწიფო სადაზღვევო ვაუჩერების თავისუფალი მიმოქცევა შეწყვეტილია, სადაზღვევო კომპანიებს არანაირი სტიმული არა აქვთ სახელმწიფო დაზღვევით მოსარგებლებს მომსახურების უფრო ფართო სპექტრი შესთავაზონ. 2009 წელს დაფუძნებული „ალფა“ ერთადერთი კომპანიაა, რომელმაც სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციარებს დამატებითი პაკეტი შესთავაზა, კერძოდ, 14-50%-იანი ფასდაკლება თავისი დამფუძნებელი კომპანია „ავერსის“ რიგ მომსახურებასა და პროდუქტებზე და „ავერსის“ მედიკამენტები 100 ლარის ფარგლებში, რომლებსაც „ალფას“ სახელმწიფო დაზღვევის პოლისის მფლობელები უფასოდ იღებდნენ⁴⁵. თუმცა ეს დამატებითი შეღავათები მალევე გაუქმდა. ჩვენმა კვლევამ გვიჩვენა, რომ „ალფას“ დამატებითი შეღავათებით ამ კომპანიის სახელმწიფო დაზღვევის 252 მოსარგებლეთაგან 5%-ზე ნაკლებმა ისარგებლა, რაც იმის მაჩვენებელია, რომ სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციარები სკეპტიკურად უყურებენ დამატებით შეღავათებს, სკეპტიციზმი კი, ცხადია, დამატებით სადაზღვევო შეთავაზებებზე მოთხოვნის შექმნას ხელს არ უწყობს.

⁴² ეს კომპანიებია: „ალფა“, „აღდაგი ბისიაი“, „აი სი ჯგუფი“, „ირაო“, „იმედი ელ“-ი, „ჯი პი აი ჰოლდინგი“, „ქართუ“ და ასევე, „ვესტი“, რომელიც მოგვიანებით „არქიმედეს გლობალ ჯორჯიას“ შვილობილი კომპანია გახდა.

⁴³ ცხრა სადაზღვევო კომპანიიდან შვიდმა სადაზღვევო კონტრაქტისთვის 116 ლარი მოითხოვა.

⁴⁴ 2012 წლის 1 მაისის მდგომარეობით, სახელმწიფო დაზღვევის მიმღებთა რიცხვი 791,582-ს შეადგენს.

⁴⁵ საქართველოს მთავრობის სტანდარტული ლიმიტია 50 ლარის მედიკამენტი 50%-ის თანდაფინანსებით.

როდესაც ბენეფიციარს სახელმწიფოს მიერ კონკურსით შერჩეული სადაზღვევო კომპანიის ნაცვლად მზღვეველის თავისუფლად არჩევა შეუძლია, მთავრობა შეძლებისდაგვარად დაბალ სატენდერო ფასად მომსახურების სადაზღვევო კომპანიებისგან შესყიდვას ვერ ახერხებს⁴⁶. მეორე მხრივ, არასეგმენტირებული ბაზარი სტიმულია მზღვეველისთვის, მომხმარებელს სტანდარტული სადაზღვევო პრემიის სანაცვლოდ უკეთესი პირობები შესთავაზოს, რაც იმავე ფასად უკეთესი ხარისხის მომსახურებას გულისხმობს. ამრიგად, სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამაში მონაწილე სხვადასხვა მზღვეველის სხვადასხვა დამატებითი პირობები (მაშინ როცა ყველა ახდენს მთავრობის მიერ გარანტირებული სტანდარტული მომსახურებისგაწევას⁴⁷) მხოლოდ ჯანსაღი კონკურენციის ნიშანია.

ჩვენმა კვლევამ აჩვენა, რომ იმ ოთხი წლის განმავლობაში, რაც სახელმწიფო დაზღვევა მოქმედებს, ბენეფიციარებმა დაზღვევას გემო გაუგეს. მიუხედავად იმისა, რომ ამ პერიოდში ბენეფიციართა მოთხოვნის ზრდის კვალდაკვალ და საავადმყოფოების მშენებლობაში ინვესტირების შედეგად სადაზღვევო კომპანიების მოგების მარჟა შემცირდა, მზღვეველებმა იციან, რომ მათი მოგება სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული მომსახურების გარდა დამატებითი ან უფრო მრავალფეროვანი მომსახურების შეთავაზების საშუალებას მაინც იძლევა. ამრიგად, დადგა დრო, რომ რაიონულმა განაწილებამ გზა კონკურენციას დაუთმოს, ანუ, ბენეფიციარებს შეუზღუდავი თავისუფლება მიეცეთ თავად აირჩიონ მზღვეველები. ჩვენმა კვლევამ აჩვენა, რომ კვლევაში მონაწილე სახელმწიფო დაზღვევის 252 ბენეფიციარის 30%-მა ერთხელ მაინც იკითხა, როგორ შეიძლებოდა მზღვეველის შეცვლა. მაგალითად, სახელმწიფო დაზღვევის ახალციხელი ბენეფიციარი მარინა გელაშვილი, რომლის შვილსაც „იმედი ელ“-მა სისხლის ანალიზის გაკეთებაზე უარი უთხრა, ამბობს, რომ რაიონში მცხოვრებ უმწიფებს მისცეს სადაზღვევო პოლისები და უთხრეს, რომ ამ რეგიონს სხვა სადაზღვევო კომპანია არ ემსახურება.

სახელმწიფო დაზღვევის გაფართოებული პროგრამა, რომელიც 2012 წლის სექტემბრიდან ამოქმედდება, კონკურენციას აუცილებლად შეზღუდავს, რადგან სწორი სტიმულების არსებობისა და სახელმწიფო დაზღვევის გაფართოებული პროგრამის არარსებობის შემთხვევაში, ამ პროგრამის არაერთი ბენეფიციარი არჩევანს ინდივიდუალურ სადაზღვევო პაკეტზე გააკეთებდა. რა თქმა უნდა, ეს სულაც არ ნიშნავს იმას, რომ საქართველოს მთავრობამ სახელმწიფო დაზღვევის გაფართოებული პროგრამა არ უნდა დაიწყოს. ეს ნიშნავს იმას, რომ მთავრობას შეეძლო, სახელმწიფო დაზღვევის გაფართოებული პროგრამის ბენეფიციართა რიცხვი შეემცირებინა, 5-ლარიანი ნებაყოფლობითი სადაზღვევო პროგრამის დაფინანსება რომ არ შეეწყვიტა, რასაც დეტალურად მე-11 თავში განვიხილავთ.

6. სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციარებზე დაწესებული უკანონო შეზღუდვები

სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის ბენეფიციართა სადაზღვევო პაკეტების შედარებამ გვაჩვენა, რომ „ალფა“ 2009 წლის 9 დეკემბრის საქართველოს მთავრობის №218 დადგენილებას, რაც ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მთავარი მარეგულირებელი აქტია, უხეშად არღვევს. საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილება ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციარებს 50%-იან თანადაფინანსებას სთავაზობს 50 ლარამდე ღირებულების იმ წამლებზე, რომლებიც შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ სამკურნალო საშუალებათა დამტკიცებულ ნუსხაშია შეტანილი. ეს კი 25 ლარის ღირებულების შეღავათს ნიშნავს. თუმცა სადაზღვევო კომპანია „ალფა“ („ავერსის“ შვილობილი კომპანია) თავის ბენეფიციარებს ამ უფლებას უკანონოდ უზღუდავს, როდესაც მათ ეუბნება, რომ წამლების შეძენა მხოლოდ „ავერსის“ აფთიაქებში შეუძლიათ. ჯერ ერთი, „ავერსის“ აფთიაქებში ბევრი დასახელების მედიკამენტი არ იყიდება. შედეგად, სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამით მოსარგებლე „ალფას“

⁴⁶ ჩვენი ეს მიგნება დაადასტურა საერთაშორისო ფონდი კურაციოს კვლევამ, რომელიც უმწიფოთათვის სამედიცინო დაზღვევას ეხებოდა: „ტენდერის შედეგად, სადაზღვევო პრემიის განაკვეთი 2011-2013 წლებისთვის 27%-ით შემცირდა“. Health Insurance for the Poor: Georgia's Path to Universal Coverage? Curatio International Foundation, 2012, გვ. 18.

⁴⁷ საქართველოს მთავრობის №218 დადგენილება ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ, 2009 წლის 9 დეკემბერი.

ბენეფიციარები ვერასდროს იყიდნან იმ წამლებს, რომლებიც „ავერსის“ საფთვიაქო ქსელში არ მოიძებნება. მეორე, სახელმწიფო დაზღვევის პაკეტის მფლობელები წამლებს გარანტირებული ლიმიტის ფარგლებში ვერ ყიდულობენ იქ, სადაც უფრო ხელსაყრელ ფასად შეიძენდნენ. 2009 წლის 9 დეკემბრის საქართველოს მთავრობის №218 დადგენილება სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციარებს არ უზღუდავს უფლებას წამალი რომელიმე კონკრეტულ აფთვიაქო შეიძინონ. ამიტომ, „ალფას“ მიერ სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციარებზე დაწესებული ეს შეზღუდვა 2009 წლის 9 დეკემბრის საქართველოს მთავრობის №218 დადგენილების მე-8 მუხლის მე-2 პუნქტის აშკარა დარღვევაა დადგენილება მზღვეველს უკრძალავს, დაზღვეულს ამ დადგენილებით განსაზღვრულ სადაზღვევო პირობებზე უარესი პირობები შესთავაზოს. მიგვაჩნია, რომ აღნიშნული დარღვევა საკმარისია კომპანიის პასუხისმგებლობის დასაყენებლად.

სადაზღვევო კომპანია „ალფას“ ვთხოვეთ, სახელმწიფო სადაზღვევო პაკეტის ნიმუშის ასლი მოწოდებინა. ვინაიდან თხოვნაზე უარი გვეთქვა, „ალფას“ ბენეფიციარები და ცხელი ხაზის ოპერატორები გამოვკითხეთ, რომლებმაც დაგვიდასტურეს, რომ გარანტირებული ლიმიტის ფარგლებში წამლების ყიდვა ბენეფიციარებს მხოლოდ „ავერსის“ აფთვიაქოებში შეეძლოთ.

„ალფას“ მიერ სახელმწიფოს დაზღვევით მოსარგებლეთა უფლებების შელახვა დაადასტურა საქართველოს სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმაც, რომელმაც დაადგინა, რომ 2010 წლის ივლის-სექტემბერში დაზღვევის მედიაციის სამსახურში შეტანილი 15 ე.წ. რთული მედიაციის შემთხვევიდან 14 „ალფას“⁴⁸ ეხებოდა. აღსანიშნავია, რომ 2010 წელს, ეს სადაზღვევო კომპანია სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციართა რაოდენობით „იმედი ელ“-ს, „აი სი გრუფს“ და „ჯიპიაი ჰოლდინგს“ ჩამოუვარდებოდა. რაც უფრო მეტია ბენეფიციარი, მით მეტია საჩივრების რაოდენობა. თუ გავითვალისწინებთ, რომ მედიაციის სამსახურში შესული საჩივრების 93% ალფაზე მოდის მაშინ, როდესაც სამ სხვა მზღვეველს ბენეფიციართა მეტი რაოდენობა ჰყავს, ეს მარტივი ლოგიკა „ალფას“ შემთხვევაში არ მოქმედებს.

ერთ-ერთმა ჩვენმა რესპონდენტმა, რომელიც სადაზღვევო კომპანიის თანამშრომელია და ანონიმურად დარჩენა არჩია, გვითხრა, რომ ხელმძღვანელობა კომპანიის თანამშრომლებს მითითებას აძლევს, მომსახურების ხარჯის ანაზღაურების რაც შეიძლება მეტ მოთხოვნაზე უთხრან დაზღვეულებს უარი. მაგალითად, ზოგიერთი კორპორაციული/ინდივიდუალური სადაზღვევო პაკეტი არ ითვალისწინებს სიმსივნის მკურნალობას. როგორც ამ რესპონდენტმა გვითხრა, სადაზღვევო კომპანია ნებისმიერი სახის წარმონაქმნის, როგორც სიმსივნის, მკურნალობაზე ამბობს უარს, მიუხედავად იმისა, რომ ყველა წარმონაქმნი სიმსივნური არ არის. ამ რესპონდენტმა ისიც აღნიშნა, რომ სადაზღვევო კომპანია, სხვადასხვა გამოგონილი მიზეზით, უარს ამბობს გართულებული ორსულობების მკურნალობაზე მაშინაც კი, როდესაც ამას სადაზღვევო პაკეტი ფარავს. მეორე რესპონდენტის თქმით, სახელმწიფო დაზღვევით მოსარგებლებს თვეობით უწევთ ლოდინი არა მარტო ქირურგიული ოპერაციების⁴⁹, არამედ ულტრასონოგრაფიული გამოკვლევის ჩასატარებლად, რაც სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამაში მონაწილე მზღვეველთა მიერ ვალდებულებების თავის არიდების აშკარა მაჩვენებელია და სახელმწიფო დაზღვევის ათასობით ბენეფიციარს სურვილს უკარგავს, მოითხოვოს მომსახურება.

ჯანმრთელობის დაზღვევის პროვაიდერები თავიანთ ვალდებულებებს მხოლოდ სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის ფარგლებში არ არიდებენ თავს. როგორც საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის კორპორაციული სადაზღვევო პაკეტის მფლობელმა ერთმა ანონიმურმა რესპონდენტმა გვითხრა, ამბულატორიული მკურნალობის რეალური ლიმიტი 400 ლარია ნაცვლად მის პაკეტში მითითებული 600 ლარისა.

⁴⁸ სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სისტემის დაწესებულებათა მიერ მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების მართვის შესაბამისობის აუდიტის აქტი (01.07.07–01.01.2011) , გვ. 34.

⁴⁹ საქართველო არ არის ერთადერთი ქვეყანა, სადაც სახელმწიფო დაზღვევის მფლობელები ქირურგიულ ოპერაციას თვეობით ელოდებიან. თუმცა ულტრასონოგრაფიულ გამოკვლევაზე რიგები პირდაპირ უთითებს ხელოვნურ ბარიერებზე.

ერთ-ერთი ჩვენი რესპონდენტის⁵⁰ თქმით, სადაზღვევო კომპანიები სამედიცინო დაწესებულებებთან მუდმივად არა მარტო ფასებზე ვაჭრობენ, არამედ გაწეული სამედიცინო დახმარების ხარჯებზეც კამათობენ. ამას „საერთაშორისო ფონდი კურაციოს კვლევაც ადასტურებს“⁵¹. კურაციოს მკვლევარებმა დაადგინეს, რომ პაციენტებს სპეციალისტებთან და დიაგნოსტიკური გამოკვლევისთვის (განსაკუთრებით ისეთ ძვირადღირებულზე, როგორც კომპიუტერული ტომოგრაფია) მიმართვებზე უარს მაშინაც კი ეუბნებიან, როდესაც ამის საჭიროება მეორე ექიმის დასკვნით და ჯანდაცვის დაწესებულების ადმინისტრაციის მიერ დასტურდება, რასაც შედეგად, ხშირად, პაციენტის ჯანმრთელობის გაუარესება მოჰყვება. მკვლევარებმა ისიც დაადგინეს, რომ სადაზღვევო კომპანიების მენეჯერები (ისინიც კი, ვინც განათლებით ექიმი არ არის) ხშირად კლინიკის გადაწყვეტილებებში ერევიან. მეტიც, მენეჯერები, ზოგჯერ ქირურგიულ ოპერაციებს ესწრებიან, დასმული დიაგნოზის სისწორეში რომ დარწმუნდნენ. კერძო სადაზღვევო კომპანიების წარმომადგენლების ფოკუს-ჯგუფში ერთ-ერთ დისკუსიაზე⁵², რომელიც კურაციომ ჯანმრთელობის დაზღვევის საკითხის კვლევის ფარგლებში ჩაატარა, გაირკვა, რომ სახელმწიფო დაზღვევის ერთ-ერთმა პროვაიდერმა სამედიცინო დაწესებულებასთან უმწეოთათვის სამედიცინო დახმარების პროგრამის ბენეფიციარებისათვის⁵³ კორონარული შუნტირების ფასის 35%-იან შემცირებაზე მოილაპარაკა. ამას სხვა, სახელმწიფო დაზღვევის არმქონე მომხმარებლებისათვის ფასის კლება მოყვა, რამაც სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერები აიძულა, ანალოგიურ პროცედურაზე ფასები შესაბამისად შეემცირებინათ. საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ფასები არ არის გადაჭარბებული. ფასების შემდგომი კლება ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესებას ნამდვილად არ შეუწყობს ხელს.

7. რატომ არიდებენ თავს ვალდებულებებს ჯანმრთელობის სახელმწიფო დაზღვევის მომწოდებლები

როგორც ზემოთ აღინიშნა, საქართველოს მთავრობამ სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა 2007 წლის სექტემბერში ამოქმედა. 2009 წლის 9 დეკემბერს ხელისუფლებამ მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ დადგენილება მიიღო, რომელშიც სახელმწიფოს დაზღვევის პირობები იყო გაწერილი. 2010 წლის 30 მარტს ამ დადგენილებაში ცვლილება შევიდა⁵⁴, რომელშიც საავადმყოფოების მშენებლობაზე საქართველოს მთავრობის გადაწყვეტილება აისახა. 2010 წლის 10 აპრილს შეტანილი ცვლილებით კი, ვალდებულების შეუსრულებლობისთვის 1 მილიონი ლარის ოდენობის პირგასამტეხლო განისაზღვრა. დადგენილება არ ავალდებულებს ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე სადაზღვევო კომპანიებს, საავადმყოფოები ააშენონ, მაგრამ დიდი ალბათობით, ისინი აიძულეს, ეს ვალდებულება აეღოთ. მართალია, არც ერთ სადაზღვევო კომპანიას, ვისაც შევხვდით, არ უთქვამს, რომ საავადმყოფოს აშენება აიძულეს, მაგრამ, „აი სი ჯგუფის“ გარდა, არც ის უთქვამს ვინმეს მკაფიოდ, რომ საავადმყოფოების მშენებლობასა და ოპერირებას მისი მოკლე ან გრძელვადიანი ბიზნესინტერესები ითვალისწინებდა. „აი სი ჯგუფმა“ განაცხადა, რომ საავადმყოფოების მშენებლობა და ოპერირება კომპანიის ბიზნესინტერესებში შედიოდა. თუმცა კითხვაზე, თუ ააშენებდა საავადმყოფოს, ხელისუფლებას ინიციატივა რომ არ გამოეჩინა, „აი სი ჯგუფმა“ უარყოფითი პასუხი გაგვცა. აქ ისმის კითხვა თუ დამალების გარეშე რატომ გააკეთებს ბიზნესი ისეთ რაიმეს, რაც მის მოკლე ან გრძელვადიან ბიზნესინტერესებში არ შედის.

რატომ გადაწყვიტა მთავრობამ, რომ საავადმყოფოები სადაზღვევო კომპანიებს აეშენებინათ? დაზღვევის სფეროს შესახებ სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის⁵⁵ ანგარიშზე დაყრდნობით, რომელშიც სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამაში მონაწილე მზღვეველების საქმიანობის ფინანსური ინდიკატორებია გაანალიზებული, გამოვიანგარიშეთ სადაზღვევო კომპანიების მოგების საშუალო მარჟა 2008-2010 წლებში, რამაც 51% შეადგინა. ამგვარი მარჟა მსგავს სექტორებთან შედარებით უპრეცედენტოდ მაღალია. გარდა ამისა, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა დაადგინა, რომ

⁵⁰ ინტერვიუ 2012 წლის 1 ივლისს შედგა.

⁵¹ Health Insurance for the Poor: Georgia's Path to Universal Coverage? Curatio International Foundation, 2012, გვ. 14, 32.

⁵² 2011 წლის 15 ნოემბერს საერთაშორისო ფონდი კურაციოს მიერ ჩატარებული ინტერვიუ, Health Insurance for the Poor: Georgia's Path to Universal Coverage? Curatio International Foundation, 2012, გვ. 29.

⁵³ უმწეოთათვის სამედიცინო დახმარების პროგრამა ამ ანგარიშში მოვისხენიებთ როგორც სახელმწიფო დაზღვევის სქემას/პროგრამას.

⁵⁴ იხ. დადგენილების მე-3 დანართი.

⁵⁵ ყოფილი კონტროლის პალატა.

სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებული ხარჯების 45.1%-ს 20 ლარამდე ხარჯები შეადგენს, რაც სამედიცინო დაზღვევის პროვაიდერების მხრიდან ვალდებულებების თავის არიდების კიდევ ერთ ტაქტიკაზე მეტყველებს.

„საერთაშორისო ფონდი კურაციოს“ ბოლოდროინდელი კვლევის თანახმად⁵⁶, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის ეფექტიანობის შესაფასებლად არასწორი მეთოდები გამოიყენა, რადგან მნიშვნელოვანი შესყიდვები, ადმინისტრაციული და საინვესტიციო ხარჯები (მათ შორის კაპიტალური ინვესტიციები ჰოსპიტალურ ინფრასტრუქტურაში) არ გაუთვალისწინებია. აღნიშნული კვლევის მიხედვით, ყველა ამ ხარჯის გათვალისწინების შემთხვევაში, ზარალის ერთობლივი მაჩვენებელი სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევის ყველა პროვაიდერისთვის, საშუალოდ, 93% იქნებოდა, მოგების მარჟა კი, შესაბამისად, -- მხოლოდ 7%, რაც შესაბამის საერთაშორისო მაჩვენებელს შეესაბამება.

კურაციოს ეს შეფასება ჩვენთან ინტერვიუში საქართველოს სადაზღვევო ასოციაციის თავმჯდომარემ დევი ხეჩინაშვილმაც დაადასტურა. მისი თქმით, მზღვეველთა მიერ მომხმარებელთა მოსაზიდად გაწეული ხარჯები იმდენად მაღალი იყო, რომ საქართველოს მთავრობამ 2010 წელს თავისუფალი მიმოქცევის სადაზღვევო ვაუჩერებიდან დაზღვევის რაიონული განაწილების სისტემაზე გადასვლა გადაწყვიტა⁵⁷.

ჩვენ დავინტერესდით, ჰკითხა თუ არა მთავრობამ სადაზღვევო კომპანიებს რჩევა, სანამ მათი კონტრაქტების პირობებს შეცვლიდა. საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილება, პრაქტიკულად, სადაზღვევო კომპანიებთან საქართველოს მთავრობის დადებული კონტრაქტია. ინტერვიუებში მზღვეველებმა აღნიშნეს, რომ ხელისუფლებას მათთან კონსულტაცია არ გაუვლია. კონსულტაცია კონტრაქტის ძირითად მხარეებთან კონტრაქტში არასავალდებულო მუხლის ჩამატების შემთხვევაშიც კი აუცილებელია, რომ არაფერი ვთქვათ იმ შემთხვევაზე, როცა ფორმალურად არასავალდებულო მუხლის სავალდებულო შესრულებასაც მხარეს თავს ახვევენ. სადაზღვევო კომპანიებს შეეძლოთ დაეტოვებინათ სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა. თუმცა არც ერთმა კომპანიამ ეს არ გააკეთა მიუხედავად იმისა, რომ ბიზნეს თვალსაზრისით, ზოგიერთისთვის ეს უფრო რაციონალური ქმედება იქნებოდა, ვიდრე ამ პროგრამაში დარჩენა და საავადმყოფოების აშენება. ამრიგად, სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამაში მზღვეველების დარჩენა შემდეგი ფაქტორებით შეიძლება აიხსნას:

1. მთავრობის ზეწოლა სადაზღვევო კომპანიებზე, რომ პროგრამაში არ გასულიყვნენ;
2. მზღვეველების მიერ რისკების შეუფასებლობა⁵⁸;
3. სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამაში მონაწილე კომპანიების მოგების მაღალი მარჟა: სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამაში მონაწილე სადაზღვევო კომპანიების ფინანსური ანგარიშების შემოწმების შემდეგ სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა დაადგინა, რომ 2008-2010 წლებში ამ კომპანიების მოგების

⁵⁶ Health Insurance for the Poor: Georgia's Path to Universal Coverage? Curatio International Foundation, 2012, გვ. 18.

⁵⁷ „საერთაშორისო ფონდი კურაციოს“ კვლევის თანახმად, საქართველოს მთავრობამ სახელმწიფო დაზღვევის სქემაში მონაწილე კომპანიებს დაავალა მომხმარებელთა მოზიდვის პროცესი სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ დაქირავებული სოციალური აგენტების მეშვეობით წარემართათ და თითო გაფორმებულ კონტრაქტზე სოციალური მომსახურების სააგენტოსთვის ფიქსირებული თანხა - 3 ლარი, გადაეხადათ. საქართველოს კონტროლის პალატის აუდიტორული ანგარიში ერთ-ერთი მთავარი მიზეზი გახდა იმისა, რომ 2010 წელს უმწეოთათვის სამედიცინო დახმარების პროგრამის შინაარსი შეიცვალა. მიჩნეული იქნა, რომ უფრო ხანგრძლივ, სამწლიან კონტრაქტებზე გადასვლით ბენეფიციართა მოსაზიდად თანხები დაიზოგებოდა, რაც სახელმწიფო დაზღვევის სქემაში ჩართულ მზღვეველებს უზიძგებდა მეტი ინვესტიცია დაზღვეულთა ჯანმრთელობის შენარჩუნებაში ჩაედოთ პრევენციულ სამედიცინო მომსახურების გაძლიერების გზით; ასევე, გამოთავისუფლდებოდა თანხები მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით ინფრასტრუქტურაში ინვესტირებისათვის. როგორც ზემოთ აღინიშნა, ეს უკანასკნელი გრძელვადიანი კონტრაქტის ერთ-ერთ უმთავრესი პირობა იყო. Health Insurance for the Poor: Georgia's Path to Universal Coverage? Curatio International Foundation, 2012, გვ. 19.

⁵⁸ დეტალები იხ. ამ ანგარიშის მე-9 თავში.

მარჟა 51%-ს აღწევდა⁵⁹. სავარაუდოდ, კომპანიების მოგების მარჟა უფრო დაბალი იქნებოდა, მათ რომ სახ. დაზღვევის ბენეფიციარებისთვის იმდენი უარი არ ეთქვათ, რაც უთხრეს. მთავრობამ გადაწყვიტა მზღვეველების მოგების მაღალი მარჟის საავადმყოფოების აშენებინებით დაბეგვრა. ამგვარ „დაბეგვრას“ კი ამ სადაზღვევო კომპანიების ბენეფიციარებისთვის უკვალოდ არ ჩაუვლია.

ჩვენმა კვლევამ აჩვენა, რომ სამივე ზემოჩამოთვლილმა ფაქტორმა გავლენა მოახდინა (მართალია, სხვადასხვა ხარისხით) კომპანიების გადაწყვეტილებაზე პროგრამიდან არ გასულიყვნენ.

ჩვენ გავანალიზეთ რა შედეგები მოუტანა ბენეფიციარებს და თავად მზღვეველებს გარედან თავსმოხვეულმა ვალდებულებებმა. კვლევამ გვიჩვენა, რომ მზღვეველებზე გარედან თავსმოხვეული ვალდებულებების ზრდის კვალდაკვალ იმ ხელოვნური ბარიერების რიცხვიც მატულობს, რომლებსაც სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციარები აწყდებიან. ერთ-ერთი ასეთი აშკარად ხელოვნური ბარიერი უარების რაოდენობის ზრდაა. ერთ-ერთი ძირითადი კითხვა, რომელსაც ანგარიშში პასუხს ვცემთ თავსმოხვეულ ვალდებულებებს (სავადმყოფოების მშენებლობა) და უარების მაჩვენებელს შორის კორელაციის დადგენას ეხება. ჩვენ დავადგინეთ, რომ მზღვეველების მიერ სავადმყოფოების მშენებლობის ფასი იყო სახ. დაზღვევის ბენეფიციარებისთვის ნათქვამი 44,950±1.71%. უარი. დაწვრილებითი ანალიზისთვის იხ. თავი 3, კვლევის მეთოდოლოგია.

8. შეუსაბამობები საქართველოს მთავრობის სადაზღვევო პოლიტიკის შემუშავებასა და განხორციელებაში

ამ ანგარიშში ვაანალიზებთ შეუსაბამობებს საქართველოს მთავრობის მიერ სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის განხორციელებაში. თუმცა სერიოზული შეუსაბამობები სახელმწიფო დაზღვევის პოლიტიკის შემუშავებაშიც აღინიშნება, რის შესახებაც შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვაცნობთ⁶⁰. 2012 წლის სექტემბერში საქართველოს მთავრობა ახალი სადაზღვევო პროგრამის განხორციელებას იწყებს, რომელიც ყველა ასაკით პენსიონერს, სკოლამდელი ასაკის ბავშვს (ანუ, 0-დან 5 წლის ჩათვლით ასაკის ბავშვებს), შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებს⁶¹ და მკვეთრად შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანებს⁶² მოიცავს.

ჩვენს მიერ ჩატარებულმა სადაზღვევო სოციოლოგიურმა და სამაგიდო კვლევამ და ინტერვიუებმა საქართველოს მთავრობის მიერ სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის შემუშავებასა და განხორციელებაში ექვსი ძირითადი შეუსაბამობა აღმოაჩინა:

1. სახელმწიფო დაზღვევის ამჟამინდელი პროგრამა⁶³ 2013 წლის აპრილიდან სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციართა უმეტესობას საკუთარი მზღვეველის არჩევის საშუალებას აძლევს, ახალი პროგრამა კი, რომელიც 2012 წლის სექტემბრიდან ამოქმედდება, არჩევანის ასეთ თავისუფლებას არ ითვალისწინებს⁶⁴. მთავრობის სადაზღვევო ვაუჩერების თავისუფალი მიმოქცევა ნიშნავს იმას, რომ სადაზღვევო პოლისის მფლობელს შეუძლია მიმართოს ნებისმიერ მზღვეველს, რომელიც სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამაშია ჩართული, მზღვეველები კი, თავის მხრივ, ერთმანეთს კონკურენციას ბენეფიციარების მიზიდვაში გაუწევენ. ეს არის ის კონკურენცია, რომელიც მზღვეველს უბიძგებს ხელისუფლების მიერ გარანტირებული პირობების გარდა ბენეფიციარს დამატებით უკეთესი

⁵⁹ სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სისტემის დაწესებულებათა მიერ მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების მართვის შესაბამისობის აუდიტის აქტი (01.07.07–01.01.2011)

⁶⁰ „საერთაშორისო გამჭვირვალობა-საქართველოს“ 2012 წლის 1 ივლისის წერილი შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს.

⁶¹ არსებული სქემის ნაცვლად, რომელიც 3 წლამდე ასაკის ბავშვებს მოიცავს.

⁶² უწინ ამ კატეგორიის ადამიანებს პირველი ჯგუფის ინვალიდებს უწოდებდნენ.

⁶³ იხ. საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილების მე-5 მუხლის მე-13 პუნქტი.

⁶⁴ იხ. საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 12 მაისის №165 დადგენილების მე-2 მუხლის მე-6 პუნქტი და მე-5 მუხლის 1-ლი პუნქტი

პირობები შესთავაზოს⁶⁵. ამდენად, საინტერესოა, რატომ აქვთ სახელმწიფო დაზღვევის ერთი პროგრამის ბენეფიციარებს უფლება, თავად აირჩიონ მზღვეველი, ხოლო მეორე პროგრამის ბენეფიციარებს - არა.

2. სახელმწიფო დაზღვევის გაფართოებული პროგრამა ა. დაფარავს უფრო მაღალშემოსავლიან მოქალაქეებს, ვიდრე ამჟამინდელი სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა ბ. ამჟამინდელი პროგრამასთან შედარებით, მომსახურების უფრო მრავალფეროვან და ვრცელ პაკეტს შესთავაზებს თავის ბენეფიციარებს. 2012 წლის მაისის მდგომარეობით, უმწიფოები (რომელთა სარეიტინგო ქულები სოციალურად დაუცველთა მონაცემთა ერთიან ბაზაში 70,000-ს არ აღემატება) სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის ახლანდელ ბენეფიციართა საერთო რაოდენობის, სულ ცოტა, 89%-ს შეადგენდა⁶⁶. საკითხავია, რატომ უნდა მოიცვას სახელმწიფო დაზღვევის გაფართოებულმა პროგრამამ ახლანდელი პროგრამის ბენეფიციარებზე უფრო მაღალშემოსავლიანი მოქალაქეები სამედიცინო მომსახურების უფრო ფართო და მრავალფეროვანი ისეთი პაკეტით, რომელიც, მაგალითად, პრევენციულ სამედიცინო მომსახურებას ითვალისწინებს? ეს იმ შეუსაბამობად მიგვაჩნია, რომელიც ამ ანგარიშში დაწვრილებით განხილულ სხვა შეუსაბამობებთან ერთად უნდა აღმოიფხვრას.

3. სახელმწიფო დაზღვევის ახალი გაფართოებული პროგრამა არსებული სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის პარალელურად განხორციელდება, ვინაიდან ამ ორ პროგრამას სხვადასხვა ბენეფიციარები ჰყავს⁶⁷. სახელმწიფო დაზღვევის გაფართოებული პროგრამით გათვალისწინებულია სამედიცინო მომსახურების უფრო ფართო სპექტრი, ვიდრე არსებული პროგრამით.

სამედიცინო მომსახურებები, რომელსაც სახელმწიფო დაზღვევის ახალი პროგრამა ითვალისწინებს, ხოლო არსებული სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა არ ითვალისწინებს, შემდეგია:

მომსახურება	წლიური სადაზღვევო ლიმიტი	ბენეფიციარის შენატანი
გეგმური ქირურგიული ოპერაცია და შესაბამისი გამოკვლევები	15,0000 ლარი	20%, 10% ასაკობრივი პენსიონერებისთვის
გულის და ონკოლოგიური ქირურგიული ოპერაციები 0-5 წლის ასაკის ბავშვებისათვის და შესაბამისი სამედიცინო გამოკვლევები	15,0000 ლარი	0%
ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობა და დიაგნოსტიკა	15,0000 ლარი	20%, 10% ასაკობრივი პენსიონერებისთვის
სასწრაფო დახმარების მანქანით იმ ბენეფიციართა ტრანსპორტირება და შესაბამისი საავადმყოფოებში მოთავსება, ვინც ჰოსპიტალიზაციას საჭიროებს	ულიმიტო	0%
ბინაზე ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამოკვლევა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული რისკების შეფასება, პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარება, პალიატიური პალატიური	ულიმიტო	0%

⁶⁵ მე-4 თავში განხილულია მოტივები, რამაც შეიძლება მზღვეველს უზიძგოს, ბენეფიციარს დამატებით იმ მომსახურებაზე უკეთესი პირობები შესთავაზოს, რომელიც სახელმწიფო სადაზღვევო სქემით არის გარანტირებული.

⁶⁶ თუ გავითვალისწინებთ, რომ ამჟამად მოქმედი სქემის სხვა კატეგორიის ბენეფიციართა (მზრუნველობას მოკლებული ბავშვები, იძულებით გადაადგილებული პირები, სხვ.) საკმაოდ დიდ რაოდენობა ასევე უმწიფოა, ამ სქემაში უმწიფოთა პროცენტული რაოდენობა 89%-ზე მაღალია.

⁶⁷ სახელმწიფო დაზღვევის გაფართოებული პროგრამა მოიცავს ყველა ასაკით პენსიონერს, სკოლამდელი ასაკის ბავშვს (0-5 წლის ბავშვებს), შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვებს და მკვეთრად შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ადამიანებს.

მზრუნველობის, სამედიცინო მომსახურების გაწევა		
ვაქცინაცია	ულიმიტო	0%
სპეციალისტის დანიშნულებით სხვადასხვა ტიპის რენტგენული, მამოგრაფიული, ულტრასონოგრაფიული, ტომოგრაფიული გამოკვლევის ჩატარება	ულიმიტო	20%
გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება, მათ შორის, ინფექციურ დაავადებებთან და ინკურაბელური პაციენტების პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაცია	15, 000 ლარი	20%, 10% ასაკობრივი პენსიონერებისთვის
შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული სამკურნალო საშუალებათა ნუსხიდან ამბულატორიული ავადმყოფებისთვის გამოწერილი 100 ლარამდე ღირებულების წამლები ⁶⁸ , რაც, 50%-იანი თანაგადახდის გათვალისწინებით, 50 ლარის ღირებულების შეღავათს ნიშნავს, ამჟამად მოქმედი სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამით გათვალისწინებული 25-ლარიანი შეღავათის ნაცვლად (50%-იანი ფასდაკლება 50 ლარამდე ღირებულების წამლებზე)	100 ლარი	50%

2012 წლის სექტემბრიდან ასამოქმედებელ სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამასა და ამჟამად მოქმედ პროგრამას სხვადასხვა მიზნობრივი ჯგუფები ჰყავს და აქედან გამომდინარე, განსხვავებული პირობები, ეს დაზღვევის მარეგულირებელ საქართველოს მთავრობის ორ დადგენილებას შორის რაიმე წინააღმდეგობაზე არ უთითებს⁶⁹. თუმცა ეს განსხვავებული პირობები საქართველოს მთავრობის სადაზღვევო პოლიტიკაში არსებულ სერიოზულ შეუსაბამობაზე ნამდვილად მეტყველებს. მიგვაჩნია, რომ საქართველოს მთავრობამ უნდა გაამართლოს ამგვარი დიფერენცირებული მიდგომა ან თავისი დაზღვევის სახელმწიფო პოლიტიკის შესაბამისი კორექტირება მოახდინოს.

4. როგორც საქართველოს პრეზიდენტმა 2012 წლის საპარლამენტო ანგარიშში აღნიშნა, სახელმწიფო დაზღვევის გაფართოებული პროგრამით **ა.** ასაკით პენსიონერებისათვის მედიკამენტების ანაზღაურების 100-ლარიანი ლიმიტი უნდა დაწესებულიყო (50%-იანი დაფინანსება 200 ლარამდე ღირებულების წამლებზე) ამჟამინდელი სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამით გათვალისწინებული 25-ლარიანი ლიმიტის ნაცვლად (50%-იანი დაფინანსება 50 ლარამდე ღირებულების წამლებზე), **ბ.** 2013 წლის იანვრიდან მოიცავდა ყველა იმ არასრულწლოვანს, ვისაც ოთხი ან მეტი და-ძმა ჰყავს.

⁶⁸ მედიკამენტები, რომლებიც ჩამოთვლილია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2012 წლის 26 თებერვლის № 53 დადგენილებაში. ჩვენ ვარჩიეთ მარტივად გადმოგვეცა საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 12 მაისის №165 დადგენილებაში მოცემული ფორმულირება, რომელიც ამბობს: „...ანაზღაურდება სამკურნალო საშუალებათა დამტკიცებული ნუსხის მიხედვით. მზღვევის მიერ ანაზღაურდება პოლისის წლიური სადაზღვევო ლიმიტის 100 ლარის ფარგლებში, 50%-ის თანაგადახდით მოსარგებლის მხრიდან“.

⁶⁹ საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილება და საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 12 მაისის №165 დადგენილება.

თუმცა საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 12 მაისის №165 დადგენილებით ასაკით პენსიონერებისათვის მედიკამენტების ლიმიტი 50 ლარით განისაზღვრა (ანუ 50%-იან თანადაფინანსებას 100 ლარამდე ღირებულების წამლებზე)⁷⁰, ხოლო ოთხი ან მეტი და-ძმის მყოფი არასრულწლოვანები იმ ბენეფიციართა კატეგორიებიდან, რომლებსაც ახალი პროგრამით უნდა ესარგებლათ, საერთოდ ამოიღეს. 200 ლარამდე ლიმიტი, 50%-იანი თანაგადახდით, მხოლოდ იმ ასაკობრივი პენსიონერებისთვის განისაზღვრა, რომელთა ქულაც 70,000-ს არ აღემატება და სადაზღვევო ხელშეკრულება გაფორმებული ან გაგრძელებული აქვთ გარკვეულ დრომდე⁷¹.

არავინ დავობს იმაზე, რომ ხელისუფლებას საკუთარი გადაწყვეტილების შეცვლის უფლება აქვს, მაგრამ მან საკუთარი გადაწყვეტილება უნდა ახსნას - რამ განაპირობა ბენეფიციართა კატეგორიებს შორის ამ ჯგუფის ჯერ ჩართვა და მერე გამორიცხვა. ჩვენს შემფოთებას როგორც ხელისუფლების შეუსაბამობა, ასევე მისი ანგარიშვალდებულების ნაკლებობა იწვევს. თუ ხელისუფლება არ განმარტავს მის ნაბიჯებს ანდა ცვლილებებს საკუთარ ტაქტიკაში, მის გადაწყვეტილებებში საზოგადოების მოსაზრება გადაწყვეტილებების მოტივებზე ვერ აისახება.

5. სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციართა უფლებები არ არის დეტალურად გაწერილი, რაც მათ საშუალებას მისცემდა, მაქსიმალური სარგებელი მიეღოთ ამ სქემიდან. სადაზღვევო კონტრაქტები არ ითვალისწინებენ სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციართა მივლენას იმ სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელსაც თავად აირჩევენ. თუმცა, ბენეფიციარებს შეუძლიათ, სთხოვონ თავიანთ მზღვეველს, მიავლინოს არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში, თუ პროვაიდერ დაწესებულებას კონკრეტული დაავადების მკურნალობის არასაკმარისი ან არანაირი გამოცდილება არა აქვს. ეს მკაფიოდ უნდა იყოს აღნიშნული როგორც საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილებაში, ასევე სადაზღვევო კონტრაქტებში/პოლისებში.

ჩვენს მიერ გამოკითხულმა სადაზღვევო კომპანიებმა დაგვიდასტურეს, რომ სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის ბენეფიციარებს შეუძლიათ მოითხოვონ მათი არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში გაგზავნა, თუ პროვაიდერ დაწესებულებას კონკრეტული დაავადების მკურნალობის არასაკმარისი ან არანაირი გამოცდილება არა აქვს. ჩვენმა სადაზღვევო სოციოლოგიურმა კვლევამ აჩვენა, რომ სახელმწიფო სადაზღვევო პოლისის მფლობელი რესპონდენტების 2%-ზე ნაკლებმა იცოდა ამ შესაძლებლობის შესახებ.

6. სახელმწიფო დაზღვევის იმ 252 ბენეფიციარიდან, რომლებიც ჩვენმა სოციოლოგიურმა კვლევამ მოიცვა, 40-მა თქვა, რომ მათი თვითური შემოსავალი 401 ლარიდან 3000 ლარამდე მერყეობს⁷², ხოლო 20-ის თქმით, მათი შემოსავალი 300-400 ლარია, რაც, აშკარად, სიცრუეა. თუ გავითვალისწინებთ, რომ რესპონდენტები, ჩვეულებრივ, არ ამხელენ თავიანთ შემოსავალს, რადგან ეშინიათ, რომ სწორმა პასუხმა შეიძლება სადაზღვევო სქემიდან მათი დისკვალიფიკაცია გამოიწვიოს, იმ რესპონდენტთა რაოდენობა, რომელთა შემოსავალი სადაზღვევო პროგრამაში მოსახვედრ ზღვარზე მაღალია, მეტი უნდა იყოს, თუმცა რამდენად მეტი, ამის გამოანგარიშება შეუძლებელია. რათა გამოგვეთვალა სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის იმ ბენეფიციართა რაოდენობა, რომლებიც სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამისთვის არ კვალიფიცირდებიან, ჩვენი შერჩევის დიზაინში წონების საფუძველზე და ცდომილების ზღვარის (5%) გათვალისწინებით, განვსაზღვრეთ იმ რესპონდენტთა მულტიპლიკატორი, რომელთა შემოსავალი პროგრამისთვის კვალიფიცირების შემოსავლის ზღვარს აღემატება (3611), რაც შემდეგ ამ ტიპის ბენეფიციართა გამოთვლაში დაგვეხმარა და მივიღეთ $144,440 \pm 4.6\%$ ⁷³

2010 წელს ქვეყნის მთავარი აუდიტორული დაწესებულება, საქართველოს სახელმწიფო აუდიტის სამსახური, აცხადებდა, რომ „მიუხედავად საკმაოდ შთამბეჭდავი მოცულობის საბიუჯეტო

⁷⁰ იხ. საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 12 მაისის №165 დადგენილების მე-3 მუხლის 1-ლი პარაგრაფის დ.ბ. პუნქტი.

⁷¹ საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილება, მუხლი 3.

⁷² იმ 11 რესპონდენტის შემოსავალი, რომლებიც სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფად ითვლება, 901-დან 1000 ლარამდე მერყეობდა.

⁷³ 3611 X 40

ხარჯებისა, შედეგის თვალსაზრისით დადებითი ტენდენციები არ გვაქვს არც სამედიცინო მომსახურების ხარისხის, არც მედპერსონალის ფინანსური პირობების და არც უფლებრივი ინფორმირებულობის კუთხით⁷⁴.

2011 წლის თებერვალში სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა საჯაროდ განაცხადა, რომ „მკაცრი სახელმწიფო რეგულირების“ არარსებობამ სადაზღვევო კომპანიების „არაკეთილსინდისიერ ქმედებებთან“ ერთად „ხელოვნურად შეზღუდა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა“, ხოლო პროგრამით მოსარგებლეთა არასაკმარისმა ინფორმირებამ შედეგად მოიტანა სახელმწიფოს დაფინანსებით განხორციელებული სამედიცინო დაზღვევის პროგრამის „საგანგაშო“ ნაკლოვანებები⁷⁵.

2010 წელს სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა სახელმწიფო ფინანსების არამიზნობრივი ხარჯვის შემთხვევები გამოავლინა, კერძოდ ადგილი ჰქონდა ბენეფიციართა ორმაგ რეგისტრაციას, სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის მონაწილე მზღვევლებს კონტრაქტების 75% დაგვიანებით ჰქონდათ გაფორმებული. სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა დაზღვევის მონაცემთა ბაზაში 13,400 ბენეფიციარს ვერ მიაგნო. აუდიტის სამსახურმა ასევე აღმოაჩინა სოციალური მომსახურების სააგენტოს 91 თანამშრომელი და მათი ოჯახების წევრები (სულ 430 ადამიანი), რომლებიც ამ პროგრამის ფარგლებში 2008-2010 წლებში იყვნენ დაზღვეულები და მათ სასარგებლოდ გადახდილი სადაზღვევო პრემია 109,925 ლარს შეადგენდა, ხოლო 3.703 მილიონი ლარი იმ 17,690 ბენეფიციარისთვის იყოს გადახდილი, რომლებიც მონაცემთა ბაზაში შეტანის დროისთვის გარდაცვლილები იყვნენ. გარდა ამისა, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა დაადგინა, რომ 1842 ბენეფიციარი ორჯერ იყო მონაცემთა ბაზაში შეტანილი და მათ სასარგებლოდ გადახდილი სადაზღვევო პრემია 145,171 ლარს უდრიდა⁷⁶.

სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა ასევე დაადგინა, რომ საქართველოს მთავრობის №218 დადგენილება ორმაგი დაზღვევის საშუალებას იძლეოდა, რის შედეგადაც სახელმწიფო თანხები გაიფლანგა. 3,255 სამხედრო მოსამსახურე და მათი ოჯახის წევრები (სულ 15,359 ადამიანი) დაზღვეულები იყვნენ როგორც თავდაცვის სამინისტროს, ასევე სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის ფარგლებში და სადაზღვევო პრემიის სახით, მხოლოდ 2010 წლის ივლისიდან 2011 წლის იანვრამდე, მათ სასარგებლოდ 224,446 ლარი იქნა გადახდილი. გარდა ამისა, საშუალო სკოლების 3,183 თანამშრომელი იყო დაზღვეული როგორც განათლების სამინისტროს, ასევე სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის ფარგლებში და ამ ორმაგი დაზღვევის ღირებულებამ 904,567 ლარი შეადგინა⁷⁷.

9. ჰორიზონტალური ინტეგრაცია სადაზღვევო სექტორში

სადაზღვევო ინდუსტრიაში ჰორიზონტალური ინტეგრაცია 2010 წლის მიწურულს, „არქიმედეს გლობალ ჯორჯიას“ მიერ „ვესტის“ შესყიდვით, დაიწყო. 2012 წლის მაისში „ალდაგი ბისიაიმ“ „იმედი ელში“ „მეტას“ აქციათა 51% და ევროპის განვითარებისა და რეკონსტრუქციის ბანკის აქციათა 34% შეიძინა და სადაზღვევო ბაზრის ამ ერთ-ერთი უმსხვილესი და ყველაზე საიმედო მოთამაშის მფლობელი გახდა. ამ შერწყმის გარეშე „იმედი ელი“ საკუთარ ფინანსურ ვალდებულებებს ვერ შეასრულებდა. აღნიშნული შერწყმის შემდეგ „ალდაგი ბისიას“ წილი საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის ერთ მესამედს აღემატება⁷⁸. ჰორიზონტალური ინტეგრაციის ამ ბოლო ტალღამ საქართველოს სადაზღვევო ბაზარი არჩევანის თვალსაზრისით გააღარიბა და ნაკლებ მრავალფეროვანი გახდა.

⁷⁴ <http://control.ge/news/id/202>

⁷⁵ სივილ ჯორჯია: კონტროლის პალატა სადაზღვევო კომპანიებს „არაკეთილსინდისიერების“ გამო აკრიტიკებს. <http://www.control.ge/eng/news/id/128>

⁷⁶ სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სისტემის დაწესებულებათა მიერ მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების მართვის შესაბამისობის აუდიტის აქტი (01.07.07-01.01.2011), გვ.40-42.

⁷⁷ სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სისტემის დაწესებულებათა მიერ მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების მართვის შესაბამისობის აუდიტის აქტი (01.07.07-01.01.2011), გვ.43.

⁷⁸ 2011 წლის მე-3 კვარტლის მდგომარეობით, „ალდაგი ბისიაი“-ს საბაზრო წილი 16.9%-ს შეადგენდა, „იმედი ელ“-ისა კი 16.2%-ს. ამ კომპანიების ისევე, როგორც სხვა მზღვევოების საბაზრო წილები ყველა სახის დაზღვევას, მათ

სადაზღვევო კომპანიებთან ინტერვიუებმა და მიწერ-მოწერამ გვაჩვენა, რომ ამ კომპანიების ფინანსური აღრიცხვა არ არის საინვესტიციო ან ბიზნეს გადაწყვეტილებების მიღების ხელშეწყობისკენ მიმართული. საკმარისია აღინიშნოს, რომ არც ერთ სადაზღვევო კომპანიას, რომელმაც საავადმყოფოების მშენებლობის ვალდებულება აიღო, ან ააღებინეს, არ გამოუთვლია ასეთი ინვესტიციის წმინდა მიმდინარე ღირებულება⁷⁹, რაც ამ ნაბიჯის რისკების შეფასებისთვის გამოადგებოდა⁸⁰. თავის მხრივ, რისკების შეფასება მათ უკარნახებდა, როგორ მოქცეულიყვნენ - დარჩენილიყვნენ ჰოსპიტალურ პროგრამაში თუ გასულიყვნენ. არ არის გამორიცხული, რომ მზღვეველები, მაღალი რისკების მიუხედავად, პროგრამაში დარჩენილიყვნენ, რაც სქემიდან გასვლით ხელისუფლების განაწყენების რისკს აწონ-დაწონიდნენ. მზღვეველებს ჰოსპიტალურ პროგრამაში საკუთარი მონაწილეობის რისკების შეფასებით მთავრობა შესაძლოა ვერ დაეთანხმებინათ ჰოსპიტალური პროგრამიდან გასვლაზე, მაგრამ ცდა მაინც ღირდა.

როგორც დავადგინეთ, წმინდა მიმდინარე ღირებულებისა და რისკების უგულებელყოფამ სადაზღვევო ბაზარზე ჰორიზონტალური ინტეგრაციის ორი ტალღა გამოიწვია ბოლო ორი წლის განმავლობაში. მაგალითად, „იმედი ელი“ კაპიტალის ვალდებულებებთან და აქტივების ვალდებულებებთან თანაფარდობების გაუთვალისწინებლობამ გაკოტრებამდე მიიყვანა. მარტივად თუ ვიტყვით, „იმედი ელს“ თერთმეტზე ნაკლები საავადმყოფოს მშენებლობის ვალდებულება რომ აეღო, ის ბაზრიდან არ გავარდებოდა⁸¹. „იმედი ელმა“ თერთმეტიდან ექვსი საავადმყოფოს აშენება შეძლო. „იმედი ელის“ სერიოზული პრობლემები უკვე 2011 წლის სექტემბრიდან შეინიშნებოდა, მაგრამ არც ამ კომპანიამ და არც ეროვნულმა ბანკმა ამას ყურადღება არ მიაქცია. ამ ფაქტმა სხვა სადაზღვევო კომპანიების ფინანსური მდგომარეობის შესწავლისკენ გვიბიძგა.

ეს ანგარიში ფართო საზოგადოებასთან ერთად საქართველოს მთავრობის, ეროვნული ბანკის და ასევე, სადაზღვევო კომპანიებისთვის არის განკუთვნილი. ჩვენ მოვუწოდებთ ეროვნულ ბანკს და მზღვეველებს გაითვალისწინონ ჩვენი მიგნებები. ქვემოთ სქოლიოში წარმოდგენილი ტექნიკური განმარტების ადრესატი სადაზღვევო სფეროს ეროვნული მარეგულირებელი, ეროვნული ბანკია⁸².

შორის ჯანმრთელობის/სიცოცხლის დაზღვევას, მოიცავს. ამ და სხვა მზღვეველების საბაზრო წილების გამოსაანგარიშებლად გამომუშავებული და გადაზღვევის პრემიები შევაჯამეთ და გავყავით ყველა მზღვეველის გამომუშავებული და გადაზღვევის პრემიების ჯამზე.

⁷⁹ წმინდა მიმდინარე ღირებულება ადარებს ფულის დღევანდელ ღირებულებას მის მომავალ ღირებულებასთან, ინფლაციისა და უკუგების გათვალისწინებით.

⁸⁰ მზღვეველების მიერ საავადმყოფოების მშენებლობა უფრო ვერტიკალური გაფართოებაა, ვიდრე ჰორიზონტალური ინტეგრაცია, მაგრამ ამ თავში ამ პრობლემას იმიტომ განვიხილავთ, რომ სწორედ ვერტიკალურმა გაფართოებამ მიგვიყვანა შერწყმებთან, ანუ ჰორიზონტალურ ინტეგრაციასთან.

⁸¹ რა თქმა უნდა ჩვენ ვერ დავადგინეთ საავადმყოფოთა იმ ოპტიმალურ რიცხვს, რაც იმედი-ელს უპრობლემოდ შეიძლება აეშენებინა.

⁸² როგორც გავარკვეეთ, მზღვეველების მიერ რისკების შეუფასებლობის კიდევ უფრო ამძიმებს ეროვნული ბანკის მიერ შესაბამისი ზომების არმიღება. სადაზღვევო სფეროს ეს მარეგულირებელი მზღვეველებისგან ფინანსური მდგომარეობის რეგულარულ შემოწმებას, რაც მათ საქმიანობას უფრო პროგნოზირებადს გახდიდა, არ ითხოვს. ჯანმრთელობის ორ ქართულ მზღვეველთან ინტერვიუებმა და ბოლო 7 თვის განმავლობაში მზღვეველების უმეტესობასთან მიმოწერამ დაგვანახა, რომ საკუთარი ფინანსური რისკების შეუფასებლობა ქართული სადაზღვევო კომპანიების ერთადერთი ხარვეზი არ არის. ისინი საკუთარი აკვიზიციური ხარჯების (კლიენტების მოზიდვის ხარჯები) ამორტიზაციასაც არ აკეთებენ სათანადოდ, ან საკმაოდ არაზუსტად ანგარიშობენ ამ ხარჯებს და ადმინისტრაციულ ხარჯებთან ერთად ასახავენ. აკვიზიციური ხარჯი ახალი მომხმარებლების მოზიდვის ხარჯია. ეს არის წინმსწრები ხარჯი, რომელიც მოიცავს სადაზღვევო აგენტების საკომისიოებს, ანდერრაიტინგს, საპრემიო პროცენტებს და მოზიდვის სხვა ხარჯებს.

აკვიზიციური ხარჯების ამორტიზების გარეშე შეუძლებელია შემოსავლისა და ხარჯების სინქრონიზება: ხარჯი ხარჯად არ აისახება მანამ, სანამ კომპანიის მოგება-ზარალის ანგარიშგებაში ხარჯად არ აღიარდება. ეს კომპანიები თავიანთ აკვიზიციურ ხარჯებს მოზიდული კონტრაქტებიდან მიღებული შემოსავლის პროპორციულად აღიცხავენ, რაც ბუღალტრულად აბსოლუტურად სწორია.

თუმცა აუცილებელია სადაზღვევო კომპანიები პარალელურ ფინანსურ აღრიცხვას აწარმოებდნენ, რითიც საკუთარ ფინანსურ მდგომარეობას რეგულარულად გააკონტროლებდნენ. პარალელური ფინანსური აღრიცხვა

თუ სადაზღვევო კომპანია საკუთარ რისკებს და აკვიზიციურ ხარჯებს სწორად ვერ აფასებს, ის მომხმარებლების დაკარგვის საფრთხის წინაშე დგას. სწორედ საავადმყოფოების მშენებლობაში ინვესტირების რისკების ვერშეფასებამ მიიყვანა სადაზღვევოს ბაზრის ერთ-ერთი უძლიერესი და ყველაზე დივერსიფიცირებული პორტფელის მქონე მოთამაშე „იმედი ელი“ „აღდაგი ბისიასთან“ შერწყმამდე. შედეგად, საქართველოს სადაზღვევო ბაზარზე არჩევანი და მრავალფეროვნება შეიზღუდა, ანუ მომხმარებლებს სადაზღვევო პროდუქტების ნაკლები არჩევანი დარჩა. 2010 წელს „ვესტის“ ბაზრიდან გასვლაც რისკების შეუფასებლობამ გამოიწვია.

საქართველოს ეროვნული ბანკის პრეზიდენტის გიორგი ქადაგიძის თქმით, სადაზღვევო კომპანიების კონსოლიდირება გაგრძელდება, რაც მათ რიცხვს შეამცირებს. გიორგი ქადაგიძეს მიაჩნია, რომ მზღვეველთა უმეტესობა ეროვნული ბანკის გამკაცრებულ მოთხოვნებს აკმაყოფილებს და 10–20 კაციანი სადაზღვევო კომპანიები ვეღარ იარსებებენ, რადგან ახალ სტანდარტებს ვერ დააკმაყოფილებენ⁸³.

ზოგიერთი ექსპერტის⁸⁴ მოსაზრებით, საქართველოს მსგავსი მცირე ზომის ქვეყნისთვის ჯანმრთელობის ექვსი⁸⁵ მზღვეველი ბევრია. მათ ისეთი განვითარებული ეკონომიკების მაგალითები მოჰყავთ როგორც ისრაელია, სადაც ჯანმრთელობის 3-4 მზღვეველი ოპერირებს. მართლაც, 4.5-მილიონიანი ქვეყნისთვის, სადაც ჯანმრთელობის ექვსი მზღვეველია, ძნელია მასშტაბის ეკონომიით (economies of scale) სარგებლის მიღებაზე იფიქრო. სადაზღვევო ბაზარზე ჰორიზონტალური ინტეგრაცია, თავისთავად, ნეგატიური მოვლენა სულაც არ არის, რადგან რისკების გაერთიანებით სარგებლის მიღების საშუალებას იძლევა⁸⁶.

რატომ უნდა დავინტერესდეთ „იმედი ელის“ ბაზრიდან გავარდნით?

ა. მომხმარებლების ბაზით, სადაზღვევო პროდუქტებითა და ძალიან კარგი მომსახურებით „იმედი ელმა“ სადაზღვევო ბაზარზე მრავალფეროვნება შექმნა და კონკურენციის გაძლიერებას შეუწყო ხელი. ეს ორი ფაქტორი კი ბაზრის განვითარების აუცილებელი წინაპირობებია. ცხადია, „იმედი ელის“ ბაზრიდან გავარდნა საქართველოს სადაზღვევო ბაზარზე არჩევანს აღარბეზს და კონკურენციას ასუსტებს. თუმცა მიგვაჩნია, რომ სადაზღვევო ბაზარზე კონკურენციას ყოველთვის კომპანიების რაოდენობა არ განაპირობებს. სადაზღვევო პროდუქტების ხარისხი და მრავალფეროვნება კონკურენციის მასტიმულირებელი უმნიშვნელოვანესი ფაქტორებია. მართალია, სადაზღვევო პროდუქტების ხარისხი და მრავალფეროვნება ბაზარზე მოთამაშეების რაოდენობის⁸⁷ პირდაპირპროპორციულია, მზღვეველის ბიზნესაქტიურობის დონე, მისი საიმედოობა ბენეფიციართა თვალში და აქედან გამომდინარე მისდამი ნდობა ძალიან მნიშვნელოვანი ფაქტორებია. „იმედი ელს“ ყველა ეს და წარმატებული კომპანიისთვის სხვა საჭირო პირობები ჰქონდა. ამიტომ, „იმედი ელის“ ბაზრიდან გავარდნის ეფექტი უფრო ძლიერი იყო, ვიდრე რომელიმე სხვა, ნაკლებ დივერსიფიცირებული და ინოვაციური კომპანიისა.

ბ. „იმედი ელის“ ბაზრიდან გავარდნა სადაზღვევო კომპანიების ფინანსური მართვის ხარვეზებზე მიუთითებს, რასაც ყურადღება დაზღვევის სფეროს მარეგულირებელმა, ეროვნულმა ბანკმა, დროულად უნდა მიაქციოს.

ერთ-ერთი ინსტრუმენტია, რომელიც კომპანიის საკუთარი ფინანსური პოზიციის მუდმივი შემოწმებით დროული პროგნოზირების საშუალებას აძლევს.

⁸³ http://www.resonancedaily.com/index.php?id_rub=5&id_artc=7896

⁸⁴ მაგალითად, ამირან გამყრელიძე, საქართველოში ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის წარმომადგენელი საქართველოში და პროგრამების კოორდინატორი, მედიცინის დოქტორი, პროფესორი; „საერთაშორისო გამჭვირვალობა - საქართველოს“ ინტერვიუ, 2012 წლის 21 მაისი.

⁸⁵ ამ ანგარიშის წერის მომენტისთვის, ქვეყანაში ჯანმრთელობის ექვსი მზღვეველია.

⁸⁶ დეტალებისათვის იხ. მე-15 რეკომენდაცია (მე-4 თავი), რომელიც რისკების გაერთიანების (risk pooling) მნიშვნელობას ეხება.

⁸⁷ <http://www.icgroup.ge/index.php?a=main&pid=57&lang=eng>

საქართველოს სადაზღვევო ბაზარზე მომხდარი ჰორიზონტალური ინტეგრაციის მიზანი ბაზრის მონოპოლიზება არ ყოფილა. ჰორიზონტალური ინტეგრაცია, ძირითადად, წინასწარგანზრახვის გარეშე მოხდა და სადაზღვევო კომპანიების მიერ საკუთარი ინვეტიციების ხარჯ-სარგებლის და რისკების გაუთვალისწინებლობამ მოიტანა. ამიტომ, ფინანსური მართვის გაუმჯობესება მომავალში მსგავსი მოვლენების განჭვრეტის საშუალებას მოგვცემს.

მიგვაჩნია, რომ ეროვნულმა ბანკმა ბევრად მეტი უნდა გააკეთოს, რათა ხელი შეუწყოს სადაზღვევო კომპანიებს უფრო ეფექტურ ოპერირებაში საქმიანობის შეფასების ინდიკატორების სისტემის შემოღებით, რაც ამჟამად არ არსებობს. თუ ეს სისტემა სადაზღვევო კომპანიების საჭიროებებზე აიგება, რაც ყურადღებით შესწავლას მოითხოვს, იგი ხელს შეუწყობს სადაზღვევო კომპანიებში გონივრულ ფინანსურ მართვას (მაგ., კაპიტალის ვალდებულებებთან, აქტივების ვალდებულებებთან თანაფარდობების, აკვიზიციური ხარჯების დათვლას და სხვ). მიუხედავად იმისა მზღვეველები ამ სისტემას ფინანსურ აღრიცხვაში გამოიყენებენ თუ არა, მათ საკუთარი ოპერაციების შეფასების ის სისტემა ექნებათ, რომელიც მათ გაცილებით უკეთ დაანახებს მათივე ფინანსურ მდგომარეობას.

როგორც უკვე აღინიშნა, საქმიანობის შეფასების სისტემა მზღვეველებს დროულად აგებინებს ფინანსურ მართვაში ხარვეზების შესახებ. აქედან გამომდინარე, ეს სისტემა მათ საქმიანობის გაუმჯობესებაში უფრო ეხმარება, ვიდრე ანგარიშგების გაუმჯობესებაში, რაც იმას ნიშნავს, რომ ეს სისტემა მეტ რეგულირებას არ გულისხმობს.

დაზღვევის შესახებ კანონის 21-ე მუხლში წერია, რომ საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში, ეროვნული მარეგულირებელი ზედამხედველობას უწევს მზღვეველის მიერ ნორმატიული და მეთოდოლოგიური დოკუმენტაციით გათვალისწინებული მოთხოვნების დაცვას და შემოწმებას, ბუღალტრული აღრიცხვის დოკუმენტების და ფინანსური ანგარიშგების კომპონენტების შემოწმებას; განსაზღვრავს: შიდა საბუღალტრო აღრიცხვის მოთხოვნებს, მზღვეველის აქტივებსა და ალბულ ვალდებულებებს შორის ზღვრულ თანაფარდობას; მზღვეველის კაპიტალსა და ვალდებულებებს შორის ზღვრულ თანაფარდობას; შექმნას მეთოდოლოგიური და სარეკომენდაციო დოკუმენტაცია სადაზღვევო საკითხების შესახებ; დაზღვევის შესახებ კანონის 21¹ მუხლის თანახმად, ეროვნულ ბანკს შეუძლია მზღვეველს შეუზღუდოს ან შეუჩეროს მოგების განაწილება, მატერიალური წახალისებების გაცემა და ახალი ვალდებულებების აღება. განსაკუთრებულ შემთხვევაში, როდესაც საფრთხე ემუქრება დამზღვევისა და დაზღვეულის ინტერესებს, შეუჩეროს მზღვეველს კონკრეტული ოპერაციების განხორციელების უფლება, შემოიღოს იძულებითი ადმინისტრაციის რეჟიმი.

ამდენად, მიგვაჩნია, რომ ეროვნულ ბანკს ეფექტიანად შეეძლო კანონით მინიჭებული უფლებამოსილების გამოყენება მზღვეველების სადაზღვევო ბაზრიდან გავარდნის თავიდან ასაცილებლად⁸⁸.

10. როგორ შეიძლება გააუმჯობესოს სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამებმა სამედიცინო მომსახურების ხარისხი

სახელმწიფო დაზღვევის ორი პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი და მდგრადობა ის საკითხებია, რომლებსაც ამ ანგარიშში პერიოდულად ვუბრუნდებით და სხვადასხვა კუთხიდან ვაანალიზებთ.

დაზღვევის გაფართოებული სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც 2012 წლის სექტემბრიდან ამოქმედდება, დაზღვევის არსებულ სახელმწიფო პროგრამასთან ერთად, ეტაპობრივად 2.1 მილიონ ადამიანს მოიცავს, რაც სახელმწიფო დაზღვევით ამჟამად მოსარგებლეთა რიცხვის თითქმის სამმაგი

⁸⁸ საქართველოს მთავრობის №218 დადგენილების მე-12 მუხლის თანახმად, შექმნილია უწყებათაშორისი კომისია, რომელსაც უფლება აქვს გასცეს რეკომენდაცია სახელმწიფო დაზღვევის სქემაში მზღვეველის მონაწილეობის შეწყვეტაზე, თუ მზღვეველის ფინანსური მდგომარეობა ისე გაუარესდება, რომ იგი ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებას ვერ ახერხებს, მის მიმართ დროებითი ადმინისტრაცია უნდა დაინიშნოს. ამრიგად, კომისია ერევა მაშინ, როდესაც მზღვეველის მიმართ იწყება ლიკვიდაციის/გაკოტრების საქმისწარმოება. მანამდე კომისიას ჩარევის უფლება არა აქვს.

ზრდაა. სახელმწიფო დაზღვევის გაფართოებული და სახელმწიფო დაზღვევის არსებული პროგრამების ბენეფიციართა რაოდენობა დაახლოებით ხუთჯერ მეტი იქნება კორპორატიული და ინდივიდუალური დაზღვევით მოსარგებლეთა საერთო რიცხვზე⁸⁹.

მართალია, სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციართა რიცხვის გასამმაგება სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნის სამმაგ ზრდას არ ნიშნავს, მაგრამ მოთხოვნის მკვეთრმა მატებამ ნამდვილად ნიშნავს. დაზღვევა სამედიცინო მომსახურებას მეტი ადამიანისთვის ხდის ხელმისაწვდომს და შესაბამისად, ხარისხის გაუმჯობესებას უწყობს ხელს: მეტი ხელმისაწვდომობა სამედიცინო პრაქტიკის გაფართოებას, ანუ მეტ პაციენტს ნიშნავს. სამედიცინო პრაქტიკის გაფართოებას უფრო მრავალფეროვანი კლინიკური გამოცდილება მოაქვს. სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნის სწორედ ეს ზრდა ხდის შესაძლებელს სამედიცინო სფეროს ათასობით მუშაკისთვის გაიფართოვონ პრაქტიკა და შეიძინოს ის გამოცდილება, რასაც სხვაგვარად ვერ შეიძენდნენ. კლინიკურ გამოცდილებას სწორედ მედიკოსთა პრაქტიკა ქმნის: რაც უფრო მეტ ოპერაციას ატარებს ქირურგი, მით უფრო მეტად ხელოვნდება თავის სფეროში. იგივე შეიძლება ითქვას ნებისმიერ სხვა მედიკოსზე. გარდა ამისა, რაც უფრო მეტი ხალხი სარგებლობს სამედიცინო მომსახურებით, მით უფრო იზრდება სამედიცინო/სადაზღვევო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების მოლოდინი და გროვდება მეტი გამოცდილება, რაც ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესებას უწყობს ხელს.

მიუხედავად იმისა, რომ სამედიცინო მომსახურებაზე სახ. დაზღვევის პროგრამებით გამოწვეული ასეთი მასშტაბის მოთხოვნას მომსახურების ხარისხის ისეთ დონემდე გაზრდა შეუძლია, რაც კორპორატიული და ინდივიდუალური დაზღვევის სქემებით ვერ მოხერხდება, ხარისხის გასაზრდელად მხოლოდ სახ. დაზღვევის პროგრამების მასშტაბი არ კმარა. დაზღვევის ჩვენმა სოციოლოგიურმა კვლევამ, სამაგიდო კვლევამ და ინტერვიუებმა დაგვანახა, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა რაც შეიძლება მეტი ეროვნული (და არა ცალკეული სამედიცინო დაწესებულებების) გაიდლაინის და პროტოკოლის შემუშავებას მოითხოვს, რაც შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ უნდა გააკეთოს.

სათანადო კლინიკური გაიდლაინებისა და პროტოკოლების გარეშე დაზღვევის სექტორი წინ ვერ წაიწევს⁹⁰. დღეისათვის ქვეყანას 105 ნოზოლოგიის გაიდლაინი და პროტოკოლი აქვს⁹¹. სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერებს სხვა ნოზოლოგიებისა და დაავადებების გაიდლაინები აქვთ, მაგრამ არსებობს ასობით ისეთი კლინიკური მდგომარეობა, რომლებიც არც ერთ ამ გაიდლაინში არ არის აღწერილი. სწორედ გაიდლაინებისა და პროტოკოლების ნაკლებობის შედეგია ის, რომ მუდმივი დავა და ვაჭრობა მიდის მზღვეველებსა და სამედიცინო დაწესებულებას შორის მკურნალობის მასშტაბსა თუ ინტენსივობაზე, მკურნალობის ღირებულებაზე და, ასევე, ამა თუ იმ მკურნალობის აუცილებლობაზე. ამ დავის შედეგია ის, რომ მზღვეველები სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერებს სრულად არ უხდინან ან უგვიანებენ გაწეული მომსახურების საფასურის გადახდას. კლინიკური მდგომარეობის გაიდლაინების და პროტოკოლების ნაკლებობა და მისგან გამომდინარე არასრული გადახდები ან გადახდების დაგვიანება ის პრობლემებია, რომელთა მოგვარებაშიც საქართველოს მთავრობა დაუყოვნებლივ უნდა ჩაერიოს. გადახდასთან დაკავშირებული პრობლემები ათასობით სახელმწიფო თუ სხვა ტიპის დაზღვევის ბენეფიციართათვის იმ სამედიცინო მომსახურების გაწევას აფერხებს, რომელიც მათ პოლისით ეკუთვნით. 2012 წლის 14 მაისს საქართველოს მთავრობამ მიიღო №177 დადგენილება სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამების ფარგლებში სადაზღვევო მომსახურების

⁸⁹ სამედიცინო დაზღვევის კორპორატიული და ინდივიდუალური პოლისის მფლობელთა რიცხვი მატულობს, განსხვავებით 2008-2010 წლებისაგან, როდესაც მათი რიცხვი მცირდებოდა.

	2008	2009	2010	2011
კორპორატიული ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისის მფლობელები	242,689	168,267	229,317	357,366
ინდივიდუალური ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისის მფლობელები	35,317	29,791	27,632	45,451

⁹⁰ კლინიკური გაიდლაინები დეტალურად აღწერს დაავადებათა ჯგუფის ან ცალკეული კლინიკური მდგომარეობის მკურნალობას, ხოლო პროტოკოლებში გაწერილია მკურნალობის საფეხურები, საჭირო მედიკამენტები, მათი თანმიმდევრობა და ა.შ.

⁹¹ დაავადებათა ჯგუფი ან კომბინაცია.

მიწოდების წესების შესახებ, რომელიც, უდავოდ, წინადადებული ნაბიჯია, მაგრამ ეს წესები, კლინიკური მდგომარეობის გაიდლაინებისა და პროტოკოლების გარეშე, ბევრს ვერაფერს შეცვლის.

კლინიკური მდგომარეობის პროტოკოლებში ფასებიც უნდა იყოს მითითებული. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრმა⁹² განაცხადა, რომ 100-დან 60-70 შემთხვევაში სადაზღვევო კომპანია და სამედიცინო დაწესებულება გადახდებთან დაკავშირებით დავობენ. მან ასევე თქვა, რომ როდესაც ყველა კლინიკური მდგომარეობის/ძირითადი კლინიკური მდგომარეობების პროტოკოლები იქნება, დავები მკურნალობის თავისებურებებზე და ფასებზე შეწყდება.

ჩვენს კვლევის მიგნებებზე დაყრდნობით, ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების ის ოთხი მოთხოვნა განვსაზღვრეთ, რომელთა შესრულებასაც სახელმწიფო დაზღვევის ორმა პროგრამამ უნდა შეუწყოს ხელი⁹³:

1. შესაბამისი გაიდლაინებისა და პროტოკოლების დაცვა;
2. პაციენტთა მდგომარეობის შესახებ მონაცემთა შეგროვება და გაანალიზება:
 - ა. სწორი ინტერვენციის განსაზღვრა მკურნალობის დაწყებამდე
 - ბ. მიღწეული პროგრესის შეფასება მკურნალობის დასრულების შემდეგ (ტკივილის შემცირება, ფუნქციური გაუმჯობესება და სხვა). მკურნალობის შემდგომი დადებითი ინდიკატორების გამოყენება ცხოვრების დონის გაუმჯობესების, სიცოცხლის ხანგრძლივობის თუ სხვა პარამეტრების საიმედო შეფასებისათვის შეიძლება. მკურნალობის შემდგომი უარყოფითი ინდიკატორები კი იმის გასაანალიზებლად გამოიყენება, თუ რამ გამოიწვია ასეთი შედეგი, რა იყო არასწორი დიაგნოსტიკურ შეფასებებში/მკურნალობაში.
3. დიაგნოზის გადასამოწმებლად კლინიკური მიგნებების და ლაბორატორიული პროცესების და შედეგების განხილვა მეორე/მესამე სპეციალისტის მოსაზრების გასაგებად;
4. შედეგის შესანარჩუნებელი შესაბამისი მკურნალობის უზრუნველყოფა.

მთავრობამ უნდა შემოიღოს სამედიცინო პერსონალის სერტიფიცირების სისტემა. სერტიფიცირების გარეშე სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაცია ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ ყველაზე სერიოზულ რისკად დარჩება.

თუ მთავრობა საშუალო დონის სამედიცინო მომსახურებით აპირებს იოლად გასვლას, მას ამ ცვლილებების განხორციელება არ დასჭირდება.

10.1 სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის ბენეფიციართა საზრიანობა⁹⁴

ჩვენს მიერ ჩატარებულმა სადაზღვევო სოციოლოგიურმა კვლევამ გვაჩვენა, რომ ინდივიდუალური, კორპორაციული თუ სახელმწიფო დაზღვევის მოსარგებლები არა მარტო კარგად არიან გათვითცნობიერებული თავიანთ უფლებებსა და დაზღვევით გათვალისწინებული მომსახურების სახეებში, არამედ თავიანთი სადაზღვევო პოლისების პირობებიც კარგად ესმით. წინა კვლევები⁹⁵ სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციართა ინფორმირებულობის საკმაოდ დაბალ დონეს აჩვენებდა⁹⁶.

⁹² ყოველდღიური გაზეთი „24 საათი“, 2012 წლის 29 აპრილი.

⁹³ დაზღვევის ახალი პროგრამა არსებულ პროგრამას არ ჩაანაცვლებს, ვინაიდან ამ ორ სქემას განსხვავებული ბენეფიციარები ჰყავს.

⁹⁴ აქ საზრიანობაში ვგულისხმობთ არა მხოლოდ სახ. დაზღვევით მოსარგებლეთა მოსაზრებულობას, არამედ მათი განსჯის უნარს, კომპეტენციას და გათვითცნობიერებულობას. შდრ.: ინგლ. ვერსიის judgment

⁹⁵ მაგალითად, Healthy World-ის პროექტის დირექტორმა ზურაბ ფუტკარაძემ ჩვენთან ინტერვიუში თქვა, რომ მათ მიერ MATRA-ს დაფინანსებით ჩატარებული წინასწარი კვლევის მიხედვით, სახელმწიფო დაზღვევის სქემით მოსარგებლეთა მხოლოდ 8%-ი იყო კარგად ინფორმირებული სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის და მისი

რაც უფრო მნიშვნელოვანია, სახ. დაზღვევით მოსარგებლეთა საზრიანობა უთითებს, რომ მათ ჯანმრთელობის დაზღვევის გემო გაიგეს, რაც, როგორც ჩვენი კვლევა გვიჩვენებს, 2008-2009 წლებში არ შეინიშნებოდა. თუმცა, ჩვენმა კვლევამ ისიც აჩვენა, რომ მომხმარებლის საზრიანობა, რომელიც რესპონდენტთა სამ სხვადასხვა ჯგუფში⁹⁷ სხვადასხვა კითხვებით შევისწავლეთ, არც ისეთი მაღალია, რომ სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერები აიძულოს, მომსახურება გააუმჯობესონ. კიდევ უფრო მნიშვნელოვანია ის, რომ მომხმარებლებს, რაც არ უნდა უკმაყოფილო იყვნენ მოსახურებით, დიდი არჩევანი არა აქვთ. როდესაც საზრიან მომხმარებელს სხვაგან წასასვლელი არა აქვს, უხარისხო სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი არ ცდილობს მაღალი სტანდარტების დაცვას. სანამ უხარისხო მომსახურებაზე მოთხოვნა არ დაიკლებს, სამედიცინო მომსახურების ხარისხი არ გაუმჯობესდება. თუ შენს მომსახურებაზე მოთხოვნა კლებულობს, ან ხარისხი უნდა გააუმჯობესო ან ბაზრიდან გახვიდე. თუ სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციარები არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში სამკურნალოდ მიმართვას ითხოვენ, როცა პროვაიდერ დაწესებულებას კონკრეტული დაავადების მკურნალობის არასაკმარისი გამოცდილება აქვს, მოთხოვნა უხარისხო სამედიცინო მომსახურებაზე შემცირდება. ცხადია, ხარისხის უზრუნველსაყოფად მომხმარებლის საზრიანობაზე უფრო საიმედო გზა სერტიფიცირებაა. ჩვეულებრივ, მომხმარებლებს არა აქვთ ისეთი ცოდნა, რომ ხარისხი შეაფასონ. მკურნალობა, რომელიც პაციენტს სწორი ჰგონია, შეიძლება არასწორი აღმოჩნდეს. ამიტომ, მომხმარებლის საზრიანობა ხარისხის უზრუნველყოფის პროცედურებს (ლაბორატორიების გარე კონტროლი, სამედიცინო დაწესებულებების და პერსონალის პერიოდული ეროვნული სერტიფიცირება და სხვ.) ვერასდროს შეცვლის.

თუმცა ცნობილია, რომ სამედიცინო დაწესებულებები ან პერსონალი შეიძლება დაუსხლტნენ (აქ არ ვგულისხმობთ მაინცდამაინც თავის არიდებას) ხარისხის უზრუნველყოფის ინსტიტუციურ პროცედურებს და სწორედ ამიტომ მომხმარებლის შეფასება და აქედან გამომდინარე მისი საზრიანობა ძალიან მნიშვნელოვანია ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნებისათვის.

მართალია, სადაზღვევო კონტრაქტებში არ არის გაწერილი, მაგრამ ჩვენ დავადგინეთ, რომ სახ. დაზღვევით მოსარგებლე თუ მზღვეველისგან არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვას ითხოვს, მას ამ მიმართვას იმ სამედიცინო დაწესებულებაში აძლევენ, რომელსაც თავად ბენეფიციარი ირჩევს⁹⁸. პრობლემა მოსარგებლეთა მხრიდან ამგვარი მოთხოვნების ნაკლებობაა. მიგვაჩნია, რომ სხვა კლინიკებში მიმართვებზე ასეთი მოთხოვნები ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესებას იმიტომ, რომ: **ა.** აიძულებს იმ სამედიცინო დაწესებულებებს, რომელთა მომსახურებაზე მოთხოვნა არ არის, გააუმჯობესონ სამედიცინო მომსახურების ხარისხი ისე, რომ მასზე მოთხოვნა კვლავ გაჩნდეს ან **ბ.** აიძულებს იმ სამედიცინო დაწესებულებებს, რომლებიც ბაზრის ზეწოლაზე⁹⁹ არ რეაგირებენ, ბაზრიდან გავიდნენ.

შეღვათების შესახებ, 40%-50%-ს ბუნდოვანი წარმოდგენა ჰქონდა, ხოლო დანარჩენს - არანაირი. ინფორმირების დონე ასევე დაბალი იყო საქართველოს სადაზღვევო ასოციაციის კვლევაში: „სადაზღვევო გზამკვლევის ანგარიში 2010 წლის სექტემბერი - დეკემბერი“, <http://goo.gl/Tfdffh>

⁹⁶ ჩვენ არ ვიცით რამდენად ჰგავს ჩვენი კვლევისთვის შერჩეული მიზნობრივ რესპონდენტთა ჯგუფები სხვა კვლევების ჯგუფებს, მაგრამ ვინაიდან ყველა რესპონდენტი ამა თუ იმ სადაზღვევო სქემის ბენეფიციარია, ისინი მეტ-ნაკლებად შედარებადი უნდა იყვნენ.

⁹⁷ სახელმწიფო, კორპორატიული და ინდივიდუალური დაზღვევით მოსარგებლები

⁹⁸ დაზღვევაზე ჩატარებულმა ჩვენმა კვლევამ აჩვენა, რომ სახელმწიფო დაზღვევის ძალიან ცოტა ბენეფიციარი ითხოვს არაპროვაიდერ კლინიკაში მიმართვას.

⁹⁹ სამედიცინო დაწესებულებები, რომელთა მომსახურებაზე მოთხოვნა არ არის.

11. ვერტიკალური გაფართოება სადაზღვევო სექტორში¹⁰⁰

საქართველოს სადაზღვევო კომპანიების მიერ საავადმყოფოების მშენებლობა, რაც ვერტიკალურ გაფართოებას ნიშნავს, პირდაპირ უკავშირდება სამედიცინო მომსახურების ხარისხს. ვერტიკალური გაფართოებაც და ვერტიკალური ინტეგრაციაც მასშტაბის ეკონომიის გამოყენების შესაძლებლობას იძლევა, რაც, ცხადია, ვერტიკალური ზრდის/ინტეგრაციის მთავარი უპირატესობაა. მაგრამ ერთდროულად საავადმყოფოს ოპერატორობა და ჯანმრთელობის მზღვეველობა ნიშნავს იმას, რომ ჰოლდინგური კომპანია ხარჯების მინიმუმამდე შემცირებას ეცდება დაზღვეულებისთვის მაქსიმალურად იაფი მომსახურების გაწევით, რაც, დიდი ალბათობით, ხარისხს დააზარალებს. მართალია, სადაზღვევო კომპანიებზე საავადმყოფოების მშენებლობისა და ოპერირების ფინანსური სტრესი მე-7 თავში დეტალურად განვიხილეთ (კორელაცია ფინანსურ სტრესსა და უარეს შორის), ამ საკითხს ჩვენ მთელი ანგარიშის განმავლობაში დრო და დრო ვუბრუნდებით.

როგორც წინა თავში აღვნიშნეთ, ის ყოვლისმომცველი საკითხი, რომლის გაანალიზებასაც ვცდილობთ არის თუ რა ტიპის დაზღვევა როგორ შეძლებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას. იმის გათვალისწინებით, რომ სადაზღვევო კომპანიებს საავადმყოფოების აშენების განსაკუთრებული სურვილი არ ჰქონიათ, ნაკლებ სავარაუდოა, რომ საავადმყოფოები ისე მართონ და ისეთი ხარისხის სამედიცინო მომსახურება უზრუნველყონ, როგორც ამას საკუთარი ბიზნესინტერესების გათვალისწინებით და სურვილით აშენებული საავადმყოფოების შემთხვევაში გააკეთებდნენ. ამიტომ, სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფა ის საკითხია, რაშიც ხელისუფლება უნდა ჩაერიოს. სწორედ ამ კომპონენტში სჭირდება სადაზღვევო სექტორს მეტი რეგულირება. იდეალურ შემთხვევაში, ხელისუფლებამ ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემა უნდა შექმნას და შემდეგ ბაზრის უხილავ ხელს მიანდოს მომსახურების ხარისხი. თუმცა, ბაზრის უხილავმა ხელმა მომსახურების ხარისხი რომ უზრუნველყოს, ბაზარი იდეალურად კონკურენტული უნდა იყოს, რაც საქართველოში არ გვაქვს, ხოლო მომხმარებლები ჯანდაცვის მომსახურებებში იმაზე უკეთ უნდა ერკვეოდნენ, ვიდრე ამჟამად ერკვევიან.

ჩვენს მიერ ჩატარებულმა სადაზღვევო სოციოლოგიურმა კვლევამ გვაჩვენა, რომ მომხმარებლის საზრიანობა, რომელიც რესპონდენტთა სამ სხვადასხვა ჯგუფში სხვადასხვა კითხვებით შევისწავლეთ, არც ისეთი მაღალია, რომ სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერები აიძულოს, მომსახურება გააუმჯობესონ. მაგალითად, ჩვენს კვლევაში მონაწილე სახ. დაზღვევის მოსარგებლეების მხოლოდ 5%-ს უფიქრია დიაგნოზის გადამოწმება ერთხელ მაინც, ხოლო დანარჩენს საერთოდ არ უფიქრია, კორპორატიული და ინდივიდუალური დაზღვევით მოსარგებლეებში ეს მაჩვენებელი 13%-ია, რაც ასევე ძალიან დაბალი მაჩვენებელია¹⁰¹. კიდევ უფრო მნიშვნელოვანია ის, რომ მომხმარებლებს, რაც არ უნდა უკმაყოფილო იყვნენ მომსახურებით, დიდი არჩევანი არა აქვთ. სხვაგვარად თუ ვიტყვით, ისინი საკმაოდ საზრიანები შეიძლება იყვნენ, მაგრამ მათი ეს თვისება საქმეს არ შეეღობა, რადგან როდესაც საზრიან მომხმარებელს არსად წასასვლელი არ აქვს, უხარისხო სამედიცინო მომსახურების პროვაიდერი მაღალი სტანდარტების დაცვას, ცხადია, არ ეცდება.

ამიტომ, ვინაიდან საქართველოში ხარისხის უზრუნველყოფის არც ერთი ეს ფაქტორი არ მუშაობს, ხელისუფლება უნდა ჩაერიოს არა მხოლოდ ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის დანერგვაში,

¹⁰⁰ ვერტიკალური ინტეგრაციის ნაცვლად ჩვენ ვიყენებთ ტერმინს ვერტიკალური გაფართოება, ვინაიდან ვერტიკალური ინტეგრაცია ნიშნავს მიწოდების ჯაჭვში არსებული ორი ან მეტი კომპანიის გაერთიანებას პროდუქტის/მომსახურების სხვადასხვა კომპონენტის საწარმოებლად, რაც საქართველოს სადაზღვევო ბაზარზე ჯერჯერობით არ მომხდარა. ამრიგად, არსებული საავადმყოფოს შერწყმა არსებულ მზღვეველთან ტიპური ვერტიკალური ინტეგრაციის მაგალითი იქნებოდა. თუმცა, საქართველოში მოქმედმა სადაზღვევო კომპანიებმა საავადმყოფოების მშენებლობა საკუთარი მიწოდების ჯაჭვის შესაქმნელად დაიწყეს, რაც უფრო ვერტიკალური გაფართოებაა, ვიდრე ვერტიკალური ინტეგრაცია. მაგრამ, ვინაიდან მზღვეველები ჰოსპიტალურ სექტორშიც იკავებენ ადგილს, გაფართოების გავლენა ბაზარზე ვერტიკალური ინტეგრაციის ტოლფასია.

¹⁰¹ სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციარებს შეუზღუდული აქვთ საშუალება გადაამოწმონ დასმული დიაგნოზები თუმცა სურვილს გადაამოწმო დიაგნოზი ეს არ უშლის და ჩვენს რესპონდენტებს ამის სურვილიც არ ჰქონდათ; კორპორატიული და ინდივიდუალური პოლისების მფლობელებს კი გადაამოწმების საშუალება შეუზღუდული არ აქვთ.

არამედ იმაშიც, რომ საავადმყოფოების ოპერატორებმა¹⁰² იმდენი რესურსი დახარჯონ, რამდენიც საჭიროა როგორც საავადმყოფოების სამართავად, ისე მომსახურების ეფექტიანობისა და ეფექტურობის უზრუნველსაყოფად.

სამედიცინო მომსახურების ხარისხს, ანუ იგივე ეფექტურობას და ეფექტიანობას (რაც ფულის ოპტიმალურ გამოყენებას გულისხმობს) მზღვეველების საავადმყოფოების მართვისთვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს. ეფექტიანობასთან დაკავშირებული უმნიშვნელოვანესი კითხვები, რომლებსაც მზღვეველები საკუთარ თავს არ უსვამენ, შემდეგია:

ა. ვინ მართავს საავადმყოფოს? ყოველ საავადმყოფოს ჰყავს თავისი დირექტორი თუ რამდენიმე საავადმყოფო ერთსა და იმავე მენეჯმენტს ექვემდებარება;

ბ. სადაზღვევო კომპანიები საავადმყოფოების სამართავად დამოუკიდებელ მენეჯმენტკომპანიებს ქირაობენ კონტრაქტით თუ ამ საქმეს მათივე შვილობილი კომპანიები აკეთებენ? ყველა ის მზღვეველი, ვისთანაც ინტერვიუ გვქონდა, თავის საავადმყოფოებს შვილობილი კომპანიების მეშვეობით მართავენ, რაც აშკარა ინტერესთა კონფლიქტია. ხელისუფლებამ უნდა უზრუნველყოს, რომ მზღვეველთა მიერ აშენებული საავადმყოფოები დამოუკიდებელმა მენეჯმენტკომპანიებმა და არა მზღვეველებმა მართონ. უნდა აღვნიშნოთ, რომ საავადმყოფოების იმ ოპერატორებს, რომლებიც მზღვეველები არ არიან, საავადმყოფოების სამართავად მენეჯმენტკომპანიების დაქირავება არ სჭირდებათ¹⁰³.

გ. როგორ აპირებს საავადმყოფოს ოპერატორი უზრუნველყოს, რომ, ვთქვათ, კვალიფიციურმა ქირურგმა საავადმყოფოში მუშაობა გააგრძელოს?

დ. როგორ განისაზღვროს რომელ სპეციალისტს რა კვალიფიკაცია აქვს იმ პირობებში, როდესაც არ არსებობს საერთო საცნობარო სისტემა, სადაც ამა თუ იმ ქირურგის მიერ შესრულებული ოპერაციების რაოდენობა, სპეციალისტის მიერ დანიშნული ეფექტური მკურნალობები და სხვ. აღირიცხებოდა? ასეთი სისტემის არარსებობის პირობებში, საავადმყოფოების მართვის კომპანიებმა უნდა ადევნოს თვალყური სამედიცინო პერსონალის კვალიფიკაციას.

ე. საავადმყოფოში კვალიფიციური ქირურგის ყოლის ხარჯ-სარგებლის გათვალისწინებით, რა ჯობია, პაციენტი ქუთაისში/თბილისში ჩამოიყვანო, თუ კარგ ქირურგს ხელფასი დამორებული რეგიონის საავადმყოფოში გადაუხადო? მაღალი ხელფასი ერთადერთი ფაქტორია კარგი ქირურგი რომ კმაყოფილი იყოს? თუ კარგი ქირურგი ხარ, მაგრამ შორეული რაიონის კლინიკაში პრაქტიკა არ გაქვს მაინც დარჩები თუნდაც კარგად გიხდიდნენ?

გვესმის, რომ საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორისადმი ინვესტორთა ინტერესი დიდი სულაც არ იყო და შესაბამისად, საქართველოს მთავრობას დიდი არჩევანი არ ჰქონდა, როდესაც ჰოსპიტალური სექტორის გეგმის განხორციელებაზე მიდგა საქმე. 2011 წელს სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის მიერ ჩატარებულმა ჰოსპიტალური სექტორის აუდიტმა გამოავლინა, რომ სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამები არასათანადოდ იმართებოდა, რაც ყალბ შესყიდვებსა და სხვა თალღითობებში გამოიხატებოდა. ამიტომ, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის რეკომენდაცია სახელმწიფო საავადმყოფოების სასწრაფო პრივატიზება იყო¹⁰⁴. საერთოდ, საავადმყოფოები სადაზღვევო კომპანიებს

¹⁰² 151 საავადმყოფოდან 37% სადაზღვევო კომპანიების მიერ არის აშენებული ან შენდება, დარჩენილი 63%-ის მშენებლობა სხვა ეკონომიკური აგენტების პასუხისმგებლობაა.

¹⁰³ იმ ოპერატორების მიერ საავადმყოფოების მართვა, რომლებიც მზღვეველები არ არიან, აბსოლუტურად ნორმალურია. თუმცა საქართველოს ჰოსპიტალურ სექტორში რამდენიმე ისეთი ინვესტორია, მაგალითად, საქართველოს მთავრობა, აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო (USAID) და სხვები, რომლებმაც საავადმყოფოები (ყველასათვის გასაგები სხვადასხვა მიზეზით) არ უნდა მართონ: სახელმწიფო საავადმყოფოები ძალზე იშვიათად, რომ ეფექტიანი ან ეფექტური იყოს, ხოლო დონორები საავადმყოფოების ოპერატორები ვერ იქნებიან. მთავრობამ უნდა გააასხვისოს ის საავადმყოფოები, რომლებსაც აშენებს, ხოლო USAID-ი მის მიერ აშენებულ საავადმყოფოს ხელისუფლება გადასცემს ისე, რომ ამ უკანასკნელმა ის გაასხვისოს.

¹⁰⁴ სივილ ჯორჯია: კონტროლის პალატა სადაზღვევო კომპანიებს „არაკეთილსინდისიერების“ გამო აკრიტიკებს. <http://www.control.ge/eng/news/id/128>

არ უნდა აეშენებინათ, ინტერესთა იმ კონფლიქტის გამო, რომელსაც ამ ანგარიშში აღვწერთ. 151 ახალი საავადმყოფოდან დაახლოებით 60%-ის რეაბილიტაცია/მშენებლობას ის ინვესტორები ახორციელებენ ან უკვე განახორციელეს, რომლებიც მზღვეველები არ არიან, ან თავად მთავრობა, რაც საქართველოს მთავრობის ის მიღწევაა, რომლის უარყოფაც შეუძლებელია. თუმცა ფაქტია ისიც, რომ ამ 151 საავადმყოფოდან 40%-ის რეაბილიტაცია/მშენებლობა სადაზღვევო კომპანიებმა განახორციელეს და მათი ოპერირება განსაკუთრებულ მიდგომას მოითხოვს.

ინტერესთა კონფლიქტის აღმოსაფხვრელად, მთავრობას შემდეგი რამის გაკეთება შეუძლია: **1. განაცალკევოს** საავადმყოფოები სადაზღვევო კომპანიებისაგან ამ საავადმყოფოები გამოსყიდვით მათი შემდგომი პრივატიზებისათვის. ინვესტორები უკვე აშენებულ და ფუნქციონირებად საავადმყოფოებში ინვესტირებით, სავარაუდოდ, უფრო დაინტერესდებიან. **2. დაშოროს** საავადმყოფოები მათ მფლობელ სადაზღვევო კომპანიებს რეგულირების ისეთი სისტემის შემოღებით, რომელიც ინტერესთა განხილულ კონფლიქტს შეამცირებს. რეგულირებამ უნდა უზრუნველყოს ის, რომ სადაზღვევო კომპანიების მიერ რეაბილიტირებული/აშენებული საავადმყოფოები რეალურად დამოუკიდებელმა მენეჯმენტკომპანიებმა მართონ. შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ლიცენზირებისა და აკრედიტაციის¹⁰⁵ მოთხოვნებთან საავადმყოფოების შესაბამისობა საკმარისად არ მიგვაჩნია: საავადმყოფოების მიერ ხარისხის უზრუნველყოფის პროცედურების შესაბამისად სამედიცინო მომსახურების გაწევა არ ნიშნავს იმას, რომ საავადმყოფოებში, რომლებსაც მფლობელი სადაზღვევო კომპანიები მართავენ, ბენეფიციარებს ისეთივე ხარისხის მომსახურებას გაუწევენ, რასაც აკრედიტაციის პროცედურა დაადგენს. ამასთან, არის სერიოზული რისკი, რომ საავადმყოფოები, რომლებსაც სადაზღვევო კომპანიები მართავენ, მათივე დაზღვევით მოსარგებლეებს რაც შეიძლება მცირე მომსახურებას გაუწევენ **3. მოითხოვოს**, მზღვეველებსა და სამედიცინო დაწესებულებებს შორის წინასწარ განსაზღვრული ნიმუშის შესაბამისი კონტრაქტების გაფორმება, რომელშიც განსაზღვრული იქნება მხარეების პასუხისმგებლობები და სანქციები, შესაბამისი პროტოკოლების მითითებით¹⁰⁶.

ამრიგად, ინტერესთა კონფლიქტს სერიოზული შედეგები მოაქვს სახ. დაზღვევის იმ მოსარგებლეებისთვის, რომლებსაც მათი მზღვეველები თავიანთ საავადმყოფოებში აგზავნიან. განხილული განცალკევებისა თუ დაშორების მეშვეობით ინტერესთა კონფლიქტის აღმოფხვრა საავადმყოფოებში სამედიცინო მომსახურების ფასს აწევს, რაც მზღვეველების ხარჯებს გაზრდის. მიუხედავად ამისა, მიგვაჩნია, რომ ინტერესთა კონფლიქტის გავლენა მომსახურების ხარისხზე ქვეყნის საავადმყოფოების 40%-ში საკმაოდ სერიოზული პრობლემა და მისი უგულებელყოფა არ შეიძლება. შესაბამისად, უმთავრესი პრიორიტეტი ხარისხის უზრუნველყოფა უნდა იყოს და არა ის თუ როგორ მოხდება საავადმყოფოების და მზღვეველების დისტანცირება.

მზღვეველებსა და დაზღვევის სფეროს ექსპერტებთან ინტერვიუებმა დაგვანახა, რომ ახლა, როცა სადაზღვევო კომპანიებმა საავადმყოფოები უკვე ააშენეს (მართალია, არა მხოლოდ საკუთარი ნებით და ინიციატივით), ეს მზღვეველები უკვე ხედავენ მათივე სადაზღვევო პაკეტის მფლობელთათვის მათივე საავადმყოფოებში სამედიცინო მომსახურების გაწევის უპირატესობას.

შეშფოთების საგანია სადაზღვევო კომპანიების ვერტიკალური გაფართოება, რომელიც ფარმაცევტული წარმოებისა და საცალო ბაზრის სეგმენტშიც აღწევს. სახელმწიფო სადაზღვევო ბაზრის ერთ-ერთი უმსხვილესი მოთამაშე „ალფა“ „ავერსის“ შვილობილი კომპანიაა. „ავერსი“ ფარმაცევტული პროდუქციის მწარმოებელი, საცალო მოვაჭრე, ჯანმრთელობის მზღვეველი და საავადმყოფოების ოპერატორია. ჯერ ერთი, როდესაც ერთი და იგივე კომპანია ფარმაცევტული პროდუქციის მწარმოებელიცაა და საცალო მოვაჭრეც, კომპანიამ, შესაძლოა, საკუთარი წარმოების მედიკამენტებისთვის გზის გასახსნელად არ შემოიტანოს იმ ჯგუფის მსგავსი წამლები, რომლებსაც თავად აწარმოებს. ეს კი ბაზარზე მედიკამენტების არჩევანს აღარ იბეჭდს. მეორე, კომპანია, რომელიც საავადმყოფოს ოპერატორიცაა და მზღვეველიც, შეეცდება მაქსიმალურად შეამციროს ხარჯები თავისი დაზღვეულებისთვის მაქსიმალურად იაფი მომსახურების გაწევით, რაც, დიდი ალბათობით, ხარისხს დააზარალებს. ამრიგად, ფარმაცევტული პროდუქციით საცალო ვაჭრობა, მისი წარმოება,

¹⁰⁵ აკრედიტაცია მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის პროცედურების ნაკრებია.

¹⁰⁶ პროტოკოლებში სამედიცინო მომსახურების ფასები უნდა იყოს მოცემული.

ჯანმრთელობის დაზღვევა და საავადმყოფოს ოპერირება ის ჩაკეტილია წრეა, რომელიც უნდა გაირღვეს, თუ გვინდა, რომ ქვეყნის ჯანდაცვის და დაზღვევის ინდუსტრია განვითარდეს.

ამრიგად, საქართველოს სადაზღვევო სექტორში ვერტიკალური გაფართოება შეშფოთებისთვის საკმარისი მიზეზია, რასაც საქართველოს მთავრობამ დაუყოვნებლივ უნდა მიაქციოს ყურადღება.

12. ჯანმრთელობის დაზღვევის ნებაყოფლობითი პროგრამა

2009 წლის თებერვალში სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის პარალელურად, საქართველოს მთავრობამ ჯანმრთელობის დაზღვევის ნებაყოფლობითი პროგრამაც აამოქმედა, რომლითაც დაზღვევა ხელმისაწვდომი უნდა გამხდარიყო 3-დან 60 წლამდე ასაკის ადამიანებისათვის. ნებაყოფლობითი პროგრამა არ მოიცავდა სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის ბენეფიციარებს და 180 ლარის წლიური სადაზღვევო პაკეტის მქონე ბენეფიციარებს. ნებაყოფლობითი დაზღვევის პროგრამა ფარავდა პირველად, ამბულატორიულ და ჰოსპიტალურ სამედიცინო მომსახურებას და უბედურ შემთხვევებს 8000 ლარის ლიმიტის ფარგლებში. საბაზისო ჯანდაცვის წლიური სადაზღვევო პაკეტი 60 ლარი ღირდა, ამ პროგრამაში მთავრობის მონაწილეობა 67% იყო (წლიური 40.2 ლარი), ხოლო ბენეფიციარის თანაგადახდა - 33% (წლიური 19.8 ლარი).

თუმცა იყო ერთი პირობა: თუ მზღვეველი პროგრამაში 10,000 ბენეფიციარზე მეტს მოიზიდავდა, მთავრობა სადაზღვევო პრემიის საკუთარ წილს 40.2 ლარიდან 96 ლარამდე¹⁰⁷ ზრდიდა. ამ პირობამ მზღვეველები მომხმარებლების მოსაზიდ შეჯიბრში ჩართო. თუ ბენეფიციარს უფრო მრავალფეროვანი/უკეთესი მომსახურება უნდოდა, მას პროგრამით გათვალისწინებულ 19.80 ლარზე მეტი უნდა გადაეხადა. როგორც „აი სი ჯგუფმა“ და „ირაომ“ ინტერვიუებში გვითხრეს, ისეთი ბენეფიციარი, რომელიც მზად იყო დამატებითი პაკეტის მისაღებად მეტი თანხა გადაეხადა, ძალიან ცოტა აღმოჩნდა. მთავრობამ მზღვეველებისთვის გადასახდელ ამ უფრო მაღალ პრემიას სხვა არანაირი პირობა არ მიაბა, რაც, ამკარად, უკუღმართი სტიმული იყო¹⁰⁸.

მზღვეველები პოტენციურ ბენეფიციარებს ყველგან ეძებდნენ, სადაც კი ხელი მიუწვდებოდათ და მიჰყავდათ თავიანთ ოფისებში კონტრაქტების გასაფორმებლად. სწორედ ეს არის კონკურენცია - მზღვეველების ჩაბმა სადაზღვევო პაკეტების პირობების შეჯიბრში. თუმცა კონკურენცია მიზნის მიღწევის საშუალებაა და არა თვითმიზანი. ამ პროგრამამ საქართველოს სადაზღვევო ბაზარზე კონკურენციის პრეცედენტი კი შექმნა, მაგრამ ვინაიდან საქართველოს მთავრობამ მზღვეველებს უფრო მაღალი პრემია ბენეფიციარებისათვის დამატებითი მომსახურების გაწევის მოთხოვნის გარეშე შესთავაზა, ამ კონკურენციამ სადაზღვევო ბაზრის დივერსიფიკაცია ვერ მოახდინა. რეალური კონკურენცია სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას შეუწყობდა ხელს, მაშინ როცა კონკურენციამ ამ ორიდან ვერცერთი მიზნის მიღწევას ვერ შეუწყო ხელი. 2010 წლის ივლისში მთავრობის მხრიდან ამ პროგრამის დაფინანსების შეწყვეტამ იგი ჩანასახშივე მოსპო და მასთან ერთად ის სასიკეთო ცვლილებები, რაც შეიძლება მას გამოეწვია.

ამ ნებაყოფლობით პროგრამაში საქართველოს მთავრობა სიღარიბის ზღვარს ზემოთ მყოფი 300,000–500,000 ადამიანის მოზიდვას გეგმავდა¹⁰⁹, მათ შორის თვითდასაქმებულებისასაც. თუმცა საბოლოოდ, ეს პაკეტი მხოლოდ 124,343 ადამიანმა შეიძინა. დაზღვევის ამ პროგრამამ ვერ მოიზიდა ბენეფიციართა საპროგნოზო რაოდენობა მიუხედავად იმისა, რომ ა. ის პირველი ისეთი პროგრამა იყო, რომელიც ფარავდა პირველად, ამბულატორიულ და ჰოსპიტალურ სამედიცინო მომსახურებას და უბედურ შემთხვევებს მოსარგებლეთა საკმაოდ ფართო წრისთვის ბ. ხელმისაწვდომი იყო (წლიური გადასახადი 19.80 ლარი), თუ გავითვალისწინებთ, რომ მიმღებები უმწეოები არ იყვნენ, გ. მისი შექმნა საკმაოდ ადვილი იყო (ბენეფიციარს მხოლოდ პირადობის მოწმობა უნდა წარედგინა).

¹⁰⁷ საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 26 თებერვლის №33 დადგენილება ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევით მოსახლეობის დაფარვის ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ.

¹⁰⁸ უკუღმართია სტიმული (perverse incentive), რომელსაც დაუგეგმავი და არასასურველი, ანუ ჩანაფიქრის საწინააღმდეგო შედეგი მოყვება.

¹⁰⁹ შორენა ჯადუგიშვილი, საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში 1990-2010, გვ. 10, <http://goo.gl/tKa0Y>

2010 წლის ივლისში მთავრობამ ამ ნებაყოფლობითი დაზღვევის პროგრამის დაფინანსება შეწყვიტა, რაც იმას ნიშნავდა, რომ ბენეფიციარებს თავად უნდა გადაეხადათ 60 ლარის წლიური პრემია. საქართველოს მთავრობას უფრო გამართული და ფინანსურად მდგრადი დაზღვევის პროგრამა არასდროს წარმოუდგენია. ამ პროგრამას ჰქონდა ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესების ისეთი პოტენციალით, როგორც არც ერთ სხვა პროგრამას არ ჰქონია (თუ რატომ იხ. წინამდებარე თავის ბოლოს). პროგრამის ამ პოტენციალის რეალიზება ვერ მოხერხდა, რადგან იგი ძალიან მალე შეწყდა და არც სწორ სტიმულებს ეფუძნებოდა. ჩვენი დაკვეთით ჩატარებული სადაზღვევო სოციოლოგიური კვლევა, სამაგიდო კვლევა, სადაზღვევო კომპანიების პროდუქტების განვითარების მენეჯერებთან ინტერვიუები დაგვეხმარა დაგვეჩვენა ამ ნებაყოფლობითი დაზღვევის პროგრამის შემუშავებისა და განხორციელების როგორც ძლიერი, ისე სუსტი მხარეები.

მომსახურების ასეთ ფართო სპექტრს ასეთი იაფი - 60 ლარიანი სადაზღვევო პრემია¹¹⁰ მხოლოდ იმიტომ ფარავდა, რომ სადაზღვევო პრემიების და რისკების გაანგარიშება სამჯერ მეტი ბენეფიციარის მოზიდვის ვარაუდს ეფუძნებოდა, ვიდრე რეალურად იქნა მოზიდული. ამრიგად, პროგრამა არასწორ ანდერრაიტიზმულ¹¹¹ გათვლებს და პროგნოზს ეფუძნებოდა, რაც პროგრამის ძირითადი სუსტი მხარე იყო. რაც უფრო მეტია ბენეფიციარი, მით ნაკლებია პრემიის ოდენობა. ბენეფიციართა დიდი რიცხვი ანეიტრალურს ან ამსუბუქებს დაზღვევის ზოგიერთ იმ რისკს, რომელიც შეიძლება ამა თუ იმ პროგრამას ახლდეს. ბენეფიციართა რაოდენობა (500,000), რომლის მოზიდვასაც საქართველოს მთავრობა ვარაუდობდა, დაახლოებით 400%-ით აღემატება პროგრამაში რეალურად მოზიდული ბენეფიციარების ციფრს, რაც ცდომილების ვერანაირ გონივრულ ზღვარში ვერ თავსდება. მოთხოვნის უფრო რეალისტური გათვლის შემთხვევაში, მთავრობას შეიძლება თავდაპირველად პროგრამის 67%-ზე მეტი წილი დაეფინანსებინა, რომ პროგრამა ამოქმედებულიყო და შემდეგ, როცა ის კარგად ამუშავდებოდა, საკუთარი წილი თანდათანობით შეემცირებინა. ეს იყო სავარაოდ მთავრობის გეგმაც, თუმცა ამაზე არასდროს არაფერი თქმულა. გარდა იმისა, რომ პროგრამის დიზაინი იყო არასწორი, პასუხისმგებელმა პირებმა ისიც ვერ შენიშნეს, რომ ბენეფიციართა რაოდენობის კლებასთან ერთად პროგრამაც კვდებოდა. 2009 წლის ოქტომბერში პროგრამის ფარგლებში დაზღვეულთა რაოდენობა 124,343 აღწევდა. 2010 წლის მარტიდან ამ რაოდენობამ სტაბილური კლება იწყო და 2010 წლის ივლისში 63,868-მდე დაეცა¹¹². როდესაც ნებაყოფლობითი დაზღვევის პროგრამაში მონაწილე კომპანიებს ვკითხეთ ნებაყოფლობითი პროგრამის ბენეფიციართა ამჟამინდელი რაოდენობა, აღმოჩნდა, რომ იმ 63,868 ბენეფიციარიდან ერთეულები შემორჩნენ მას შემდეგ, რაც 2010 წლის ივლისში მთავრობამ პროგრამაში მონაწილეობა შეწყვიტა. ამრიგად, პროგრამამ მასშტაბით სარგებელი (benefits of scale) ვერ მიიღო, რაც მისი მთავარი სისუსტე იყო. მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ მთავრობამ, თავისი დაფინანსება შეწყვეტის შემდეგ, არც კი შეისწავლა ამ პროგრამის ჩავარდნის მიზეზები, რათა მომავალში მსგავსი სადაზღვევო პროგრამის ამოქმედების შემთხვევაში იგივე შეცდომები აღარ დაეშვა.

დაზღვევის კვლევის ფარგლებში გაცემული პასუხების, მზღვევლებთან ინტერვიუების და ამ მზღვევლების 2008-2011 წლების ფინანსური მონაცემების ანალიზმა გვაჩვენა, რომ ნებაყოფლობითი დაზღვევის პროგრამაში საქართველოს მთავრობის მონაწილეობის შეწყვეტით ნებაყოფლობითი დაზღვევის პოტენციალი აუთვისებელი დარჩა.

ჩვენმა სოციოლოგიურმა კვლევამ აჩვენა, რომ ქვეყანაში საკმაოდ დიდი აუთვისებელი პოტენციალი არსებობს, რაც კონტრინტუიტიული შედეგია. სახ. დაზღვევის 252 ბენეფიციარიდან 74¹¹³, ანუ 30% (სახ. დაზღვევის პროგრამა ძირითადად ღარიბებისთვისაა) მზად არის თვეში 5 ლარი გადაიხადოს იმ მომსახურების მისაღებად, რომელსაც სახელმწიფო დაზღვევის პაკეტი არ ფარავს. მათგან დაახლოებით 50%-ს დამატებითი პრემიის სანაცვლოდ პრევენციული სამედიცინო მომსახურების

¹¹⁰ წლიური 40.2 ლარის შენატანი საქართველოს მთავრობის მხრიდან და 19.8 ლარის თანაგადახდა ბენეფიციარის მიერ.

¹¹¹ ანდერრაიტიზმი სადაზღვევო პრემიის შესაბამისი რისკების მიხედვით გამოთვლილია.

¹¹² „საერთაშორისო გამჭვირვალობა - საქართველოსთვის“ გამოგზავნილი სოციალური მომსახურების სააგენტოს წერილი, 2012 წლის 30 მაისი.

¹¹³ კვლევის მიხედვით 144 რესპონდენტს ჰქონდა დაზღვევაში საკუთარი წვლილის შეტანის სურვილი. თუმცა 70 პასუხი ზათილად იქნა ცნობილი.

მიღება სურს. ბენეფიციარის თანაგადახდა 2009-2010 წლების ნებაყოფლობითი დაზღვევის პროგრამაში, რომელიც შედარებით მაღალშემოსავლიან მოსარგებლებს ფარავდა, 1.65 ლარს შეადგენდა.

იმ ადამიანების რაოდენობის დასადგენად, ვინც დამატებითი მომსახურებისთვის ჯანმრთელობის დაზღვევაში თვეში 5 ლარს გადაიხდიდა, ჩვენი კვლევის სახელმწიფო დაზღვევის 252 რესპონდენტთან ჯგუფის მულტიპლიკატორი 3611 გავამრავლეთ 74 რესპონდენტზე¹¹⁴ და მივიღეთ სახელმწიფო დაზღვევის 267,214 მოსარგებლე, ანუ ის რაოდენობა, ვინც საკუთარ დაზღვევაში დამატებითი მომსახურებისთვის თვეში 5 ლარს გადაიხდიდა. ცდომილების 5.7%-იანი ზღვარის გათვალისწინებით ვიღებთ 267,214±5.7%¹¹⁵ მოსარგებლეს. სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის ეს ბენეფიციარები შეიძლება სახელმწიფო დაზღვევის დღეს მოქმედი პროგრამიდან ნებაყოფლობით დაზღვევის პროგრამაში გადავიდნენ, თუ საქართველოს მთავრობა ამ პროგრამას განაახლებს და მოსარგებლებს უკეთეს პირობებს შესთავაზებს. თუ გავითვალისწინებთ, რომ სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის 267,214±5.7% მონაწილე მზად არის საკუთარი დაზღვევის თანადაფინანსებისთვის, 500,000 ბენეფიციარის ნებაყოფლობითი დაზღვევის პროგრამაში მოზიდვა სრულიად რეალისტური ამოცანაა.

თუ გავითვალისწინებთ, რომ საქართველო ბევრ ქვეყანას ჩამორჩება ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯების მიხედვით, რომელიც 2009 წელს, დოლარის საშუალო გაცვლითი კურსით, 56 აშშ დოლარს¹¹⁶ შეადგენდა, ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდილი ნაღდი ფული¹¹⁷ - 67%-ს, ხოლო ჯანდაცვის სახელმწიფო ხარჯები ქვეყნის მშპ-ის მხოლოდ 1.4%-ს შეადგენს, ლოგიკურია, მთავრობას ჯანდაცვის ხარჯების გაზრდის რეკომენდაცია მიეცეს და არა ქვეყნის სადაზღვევო ბაზარზე არსებული აუთვისებელი პოტენციალის ათვისებაზე. ვფიქრობთ, მთავრობამ ორივე უნდა გააკეთოს: ათვისოს ეს აუთვისებელი პოტენციალი და გაზარდოს ერთ სულ მოსახლეზე თავისი ჯანდაცვის ხარჯები. გამოუყენებელი პოტენციალის ათვისება არ უშლის ხელს მთავრობას გაზარდოს ერთ სულ მოსახლეზე ჯანდაცვის თავისი ხარჯები. ორი კითხვა, რაზეც საქართველოს მთავრობამ პასუხი უნდა გასცეს არის ა. 67%-იანი ჯიბიდან გადახდების რა წილი შეიძლება მიიმართოს დაზღვევაზე და ბ. როგორ.

ამრიგად, ჩვენმა სადაზღვევო კვლევამ დაგვარწმუნა, რომ ნებაყოფლობითი დაზღვევის პროგრამით სახელმწიფო დაზღვევის ორი განხილული პროგრამისთვის ზურგის გამაგრება ერთადერთი სწორი გზაა. სოციოლოგიური კვლევის კორპორაციული და ინდივიდუალური დაზღვევის კომპონენტებმა გვიჩვენა, რომ ინდივიდუალური სადაზღვევო პაკეტის მფლობელები, რომლებიც სრულად იხდიან თავიანთ სადაზღვევო პრემიას, მაგალითად, მეტი პასუხისმგებლობით ეკიდებიან პროფილაქტიკურ სამედიცინო მომსახურებას: ჩვენ დავადგინეთ, რომ პროფილაქტიკურ ზომებს 30%-ით მეტი ინდივიდუალური სადაზღვევო პაკეტის მფლობელი მიმართავდა, ვიდრე კორპორაციული დაზღვევის ის ბენეფიციარები, ვინც საკუთარ დაზღვევაში არაფერს ან 30%-ზე ნაკლებს იხდის. ვინაიდან სახელმწიფო დაზღვევის ბენეფიციარებს პოლისი არ უფარავს პროფილაქტიკურ სამედიცინო მომსახურებას, სამივე ჯგუფის შედარება ვერ გავაკეთეთ. პროფილაქტიკური ზომების უგულვებელყოფას ერთ-ერთი ყველაზე სერიოზული შედეგი მოაქვს ფისკალური რესურსების გადინების თვალსაზრისით. ამ გადინების შეჩერება სწორედ ნებაყოფლობითი დაზღვევის სქემებით შეიძლება.

ჩვენს კვლევაზე დაყრდნობით, მივიჩნევთ, რომ სათანადო ადმინისტრირების შემთხვევაში, ნებაყოფლობითი დაზღვევის პროგრამამ შეიძლება 10-15 წელიწადში სავალდებულო დაზღვევა გახადოს შესაძლებელი. სავალდებულო დაზღვევა ბევრად უკეთესი გამოსავალია და ჯანმრთელობაზე

¹¹⁴ გაანგარიშების დეტალები იხ. <http://transparency.ge/sites/default/files/attachment/sherchevis-charcho.pdf>

¹¹⁵ 5.7% იანგარიშება 909,903 ადამიანიდან, ანუ თბილისის მერიის მიერ დაზღვეულების ჩათვლით სახ.

პროგრამებით დაზღვეულთა მთლიანი რაოდენობიდან და არა იმ ადამიანების ერთობლიობიდან, ვინც მოქმედი სახ. დაზღვევის პროგრამებიდან ნებაყოფლობით დაზღვევის პროგრამაში გადავიდოდნენ (267,214). მამასადამე, ადამიანებში გამოხატული ცდომილება ყოფილა 267,214±51,864 დაზღვეული.

¹¹⁶ მსოფლიო ჯანდაცვის სტატისტიკა 2012, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია, გვ. 137ლ, http://www.who.int/healthinfo/EN_WHS2012_Full.pdf

¹¹⁷ ჯანდაცვაზე მთლიანი ხარჯის წილი.

ადამიანის პასუხისმგებლობის გრძნობას ბევრად ზრდის. უფრო მნიშვნელოვანი კი ის არის, რომ სადაზღვევო პროგრამები, რომლებშიც თავად მონაწილეობ შენატანებით, უზრუნველყოფს ხარისხს ისე, როგორც არც ერთი სხვა დაზღვევის პროგრამა: კვლევამ გვიჩვენა, რომ ინდივიდუალური დაზღვევის მფლობელები, რომლებიც თავად იხდიან სადაზღვევო პრემიას სულ მცირე 7 კრიტერიუმით უფრო მომთხოვნი არიან სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მიმართ, ვიდრე სახელმწიფო ან კორპორაციული დაზღვევის მიმღებები. სადაზღვევო პოლიტიკის კორექტირებისთვის ინფორმაციულობის თვალსაზრისით ამაზე უფრო ღირებული მიგნების წარმოდგენა ძნელია.

საქართველოს მთავრობას მოვუწოდებთ ჩაატაროს უფრო მასშტაბური კვლევა, რათა უფრო ღრმად შეისწავლოს, როგორ უწყობენ ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის განვითარებას ხელს ის ბენეფიციარები, ვინც საკუთარი დაზღვევის ფულს თავად იხდიან. ჩვენ არ ვამტკიცებთ, რომ მთავრობამ უახლოეს მომავალში უნდა შემოიღოს სავალდებულო დაზღვევის პროგრამა (ჩვენი გათვლით, ამას 10-15 წელი დასჭირდება), მაგრამ ვფიქრობთ აუცილებლად უნდა აღდგეს ნებაყოფლობითი დაზღვევის პროგრამა.

მიგვაჩნია, რომ ამ ანგარიშში წარმოდგენილი კვლევის მიგნებებზე საქართველოს მთავრობის რეაგირება ძალიან მნიშვნელოვანია. ამიტომ მთავრობას მოვუწოდებთ ჩვენთან ერთად ჩაერთოს ამ ანგარიშში წარმოდგენილი მიგნებებისა და რეკომენდაციების კონსტრუქციულ, ტექნოკრატიულ განხილვაში, რაც ხელს შეუწყობს დაზღვევის და ჯანდაცვის სექტორების შემდგომ რეფორმას.