

## ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში 1990-2010

საქართველო დაბალი/საშუალო შემოსავლების ქვეყანაა, სადაც ჯანმრთელობის დაცვაზე მთლიანი ეროვნული დანახარჯი მშპ-ის მხოლოდ 8,7%-ია. ერთ სულ მოსახლეზე წლიური დანახარჯი კი 378 ლარს არ აღემატება. აქედან 80% ადამიანების მიერ ჯიბიდან უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლისათვის გადახდილი ფულია. ოჯახის თუნდაც ერთი წევრის ავადმყოფობის მკურნალობა ეკონომიკური მდგომარეობის საგრძნობი, ზოგჯერ შეუქცევადი გაუარესების მიზეზია. მოსახლეობის უმრავლესობისათვის საკმაოდ დიდია გაუთვალისწინებელი ხარჯების გაწევის ალბათობა. ამგვარის რისკები დროულ, ეფექტურ და რაც მთავარია გონივრულ მართვას საჭიროებენ. რისკების მართვის საუკეთესო მექანიზმი კი ჯანმრთელობის დაზღვევაა.

### მოკლე ისტორია

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

1992-1996 წლებში რეალური ეროვნული შემოსავალი 1990 წლის მონაცემებთან შედარებით 78%-ით შემცირდა. ერთ სულ მოსახლეზე წლის განმავლობაში ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯი ერთ აშშ დოლარსაც კი არ უდრიდა.

უფასო სამედიცინო მომსახურების მოძველებული ქსელის გაუქმების შემდეგ, სახელმწიფოს მიერ ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სუსტი და არათანმიმდევრული მართვის ფონზე შეიქმნა მომსახურების ფასიანი, უმეტესად დაბალხარისხიანი (როგორც სტრუქტურის ასევე კადრების მხრივ) და მოუწესრიგებელი სისტემა.

სამუშაოსა და შემოსავლის გარეშე დარჩენილი მოსახლეობის უდიდეს ნაწილის გადახდისუნარიანობის დაკარგვამ და სამედიცინო მომსახურების მიღებისათვის როგორც ფინანსურმა, ასევე გეოგრაფიულმა დაბრკოლებებმა (განსაკუთრებით სოფლად, მთიან, ძნელად მისადგომ ადგილებში) საგრძნობლად იმოქმედა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. იმატა ავადობამ დაავადებათა თითქმის ყველა ძირითადი კლასის მიხედვით. შემცირდა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა და გაიზარდა მოკვდაობის რიცხვი.

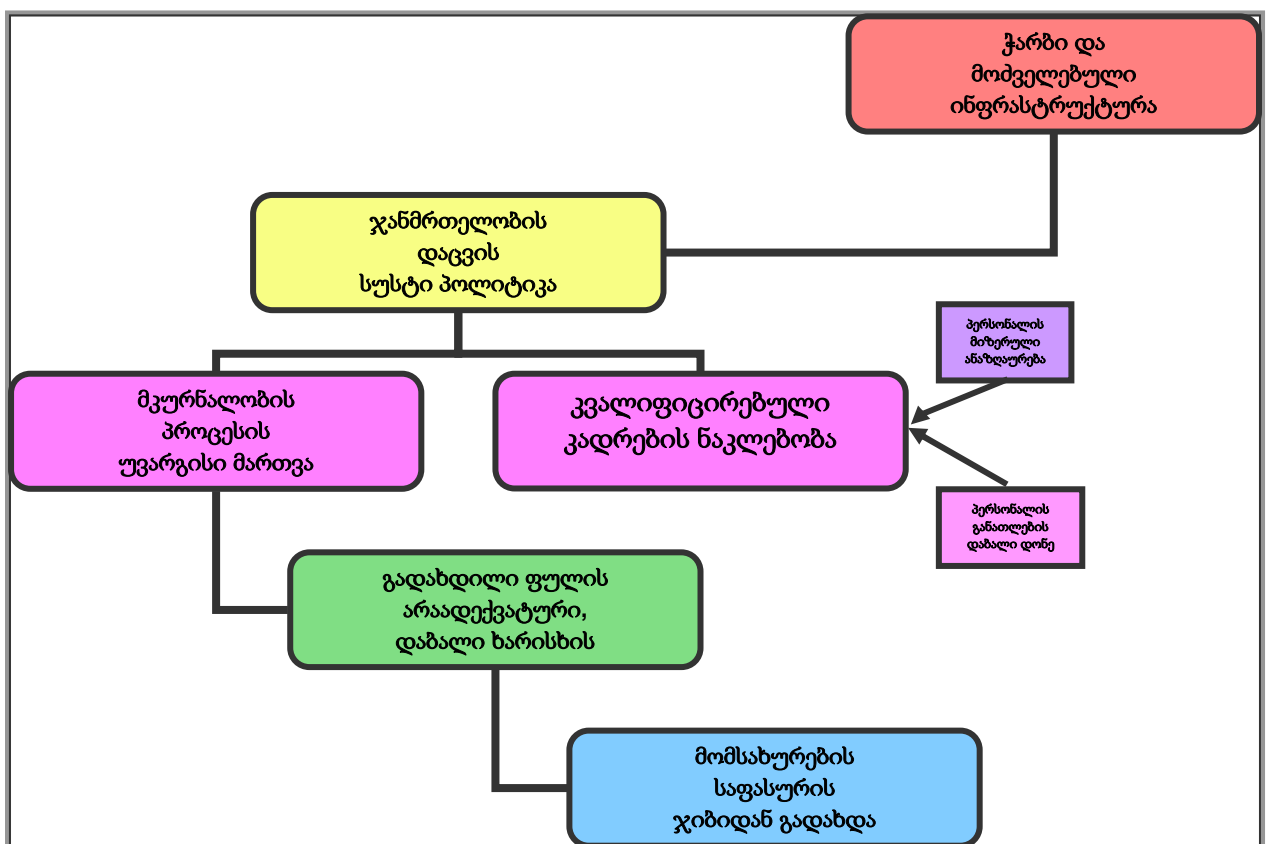
1995 წლიდან ძალაში შევიდა კანონი სამედიცინო გადასახადის შესახებ, რომელიც ითვალისწინებდა მოქალაქეთა ხელფასიდან დამატებით 3%-ის დაქვითვას მათი სამედიცინო მომსახურებისათვის. მიღებული თანხებით ფინანსირდებოდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები, რომელთაგან უნდა აღინიშნოს:

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

ეს სახსრების ასევე ხმარდებოდა კატასტროფებისა და ეპიდემიებისათვის რეზერვების შექმნას და სამედიცინო მეცნიერების განვითარებას.

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

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



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

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

მნიშვნელოვანი ცვლილებების პერიოდი დაიწყო 2006 წლის შემოდგომიდან.

ჯანდაცვის სამინისტროში შეიქმნა ჯანდაცვისა და სოციალური რეფორმების სამთავრობო კომისია პრემიერ მინისტრის ხელმძღვანელობით. რეფორმებისათვის გეგმების შემუშავებისა და განხორციელების უშუალო ხელმძღვანელობა დაევა სახელმწიფო მინისტრს რეფორმების კოორდინაციის საკითხებში.

ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის სექტორში რეფორმების განხორციელების ძირითადი პრინციპები.

რეფორმის კონცეპტუალური მოდელი ითვალისწინებდა 4 სტრატეგიულ მიმართულებას:

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

1. სამედიცინო მომსახურების ორგანიზება სამ დონედ
  - I. პირველადი ჯანდაცვა
  - II. სტანდარტულ სტაციონარულ მომსახურება
  - III. მაღალტექნოლოგიური ჰოსპიტალურ მომსახურება
2. ჯანდაცვის დაფინანსება
  - დაავადების ეპიზოდის დადგომისას უშუალოდ ჯიბიდან ან სხვა წყაროდან გადახდის ჩანაცვლება რისკის განაწილების, სოლიდარობისა და წინასწარ გადახდის ეფექტური სისტემებით

**II. სამედიცინო მომსახურების მაღალი ხარისხის უზრუნველყოფა – შესაფერისი მარეგულირებელი გარემოს შექმნა და ამოქმედება**

1. პერსონალის ლიცენზირების სისტემის ამოქმედება
2. მინიმალურ მოთხოვნებზე დამყარებული ნებართვების სისტემის შემუშავება და დანერგვა სამედიცინო დაწესებულებებისათვის საქმიანობის უფლების მისანიჭებლად
3. წამლის ხარისხის უზრუნველყოფის, უსაფრთხოებისა და ეფექტიანობის რეგულირების მექანიზმების შემუშავება/დანერგვა
4. ჯანდაცვის სისტემების ფუნქციონირების ხარისხის შეფასება სისტემური კვლევებისა და მომსახურების ხარისხის შესწავლის გზით.

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

1. ჰოსპიტალური სიმძლავრის განვითარება
2. პირველადი ჯანდაცვის სისტემა (პჯდ) შექმნა
3. კადრების მომზადების ხელშეწყობა

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

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

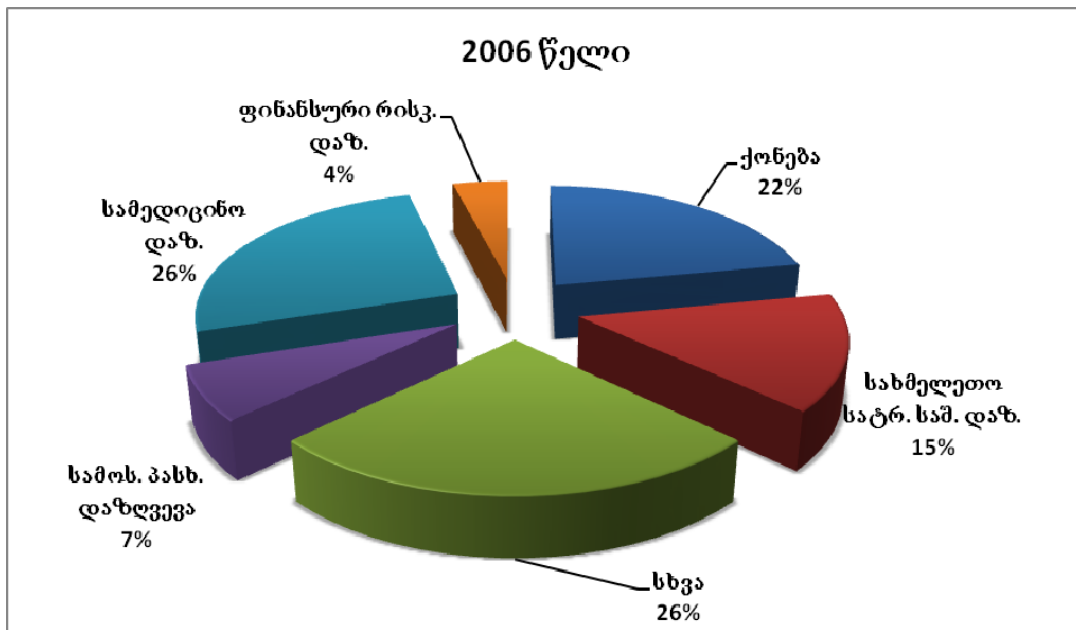
ჯანმრთელობის დაცვის პოლიტიკაში ცვლილებების შესაძლებლობების განხილვისას, მრავალი დისკუსიის შედეგად მთავრობაში მომწიფდა ორი მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილება:

- ჯანდაცვის პროგრამების მიზნობრიობის ზრდა სოციალური დახმარების პროგრამების მიზნობრიობის ზრდის პარალელურად
- არსებული უნივერსალური პროგრამების ეტაპობრივი ჩანაცვლება მიზნობრივ ჯგუფებზე ორიენტირებული პროგრამებით.

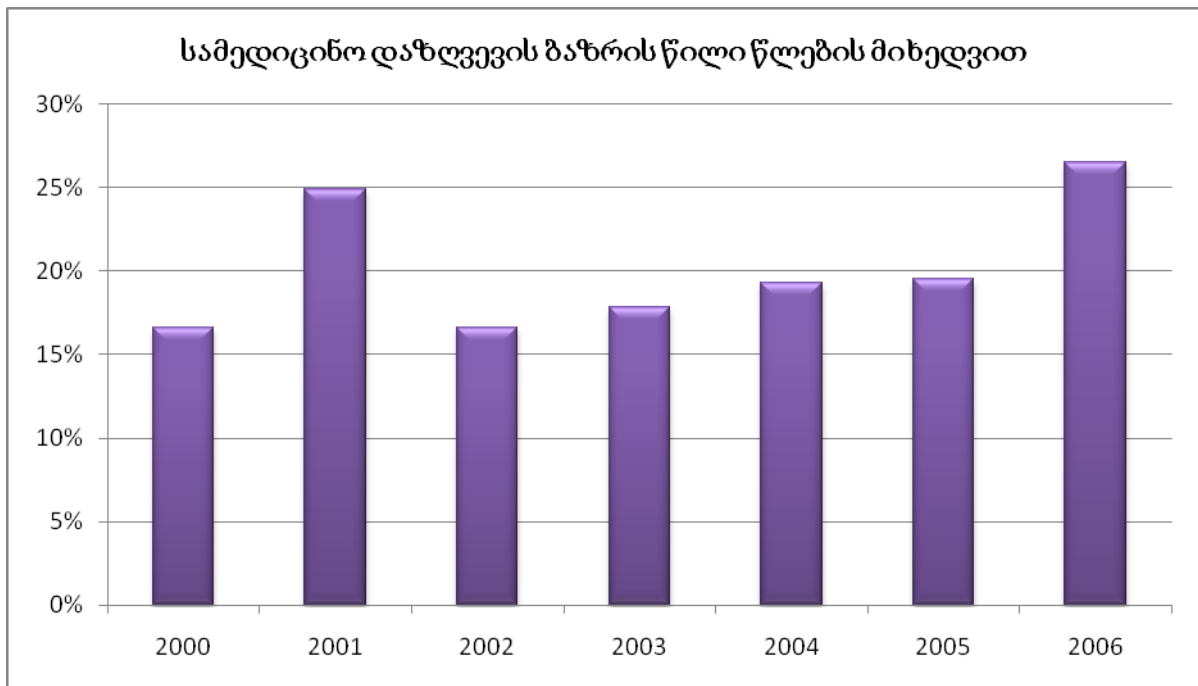
### ჯანმრთელობის დაზღვევა

პირველი სადაზღვევო კომპანია "ალდაგი" შეიქმნა 1990 წლის 20 სექტემბერს, როგორც საქართველოს მოწყალეებისა და ჯანმრთელობის ფონდთან არსებული სადაზღვევო სამედიცინო ფირმა. საქართველოს გაერთიანებული პროფკავშირები (5000 მომსახურეს) იყო პირველი ორგანიზაცია, რომელიც "ალდაგმა" დააზღვია.

2006 წლისათვის საქართველოში მნიშვნელოვნად გაიზარდა დაინტერესება დაზღვევის ისეთი სახეობებით, როგორებიცაა: სამედიცინო დაზღვევა, ქონების დაზღვევა, სახმელეთო სატრანსპორტო საშუალებათა დაზღვევა და სამოქალაქო პასუხისმგებლობის დაზღვევა. მათი ხვედრითი წილი მთელი სადაზღვევო ბაზარის 70%-ს შეადგენდა. ამ დროისათვის უკვე მოქმედებდა 14 სადაზღვევო კომპანია.



2006 წლის ბოლოს დაზღვევის ბაზარზე სამედიცინო დაზღვევის წილი 26%-ს (18,7 მილიონი ლარი) შეადგენდა. ბაზარზე ჯანმრთელობის ნებაყოფლობით დაზღვევის მომსახურება (კორპორატიული და ინდივიდუალური) ბუნებრივად გაჩნდა და თანდათან ვითარდებოდა.



თუმცა, დაზღვეულთა რაოდენობა შემოიფარგლა ძირითადად თბილისში მცხოვრები 100 000 მოქალაქით.

დაზღვევით მოსახლეობის არასაკმარისმა მოცვამ აჩვენა, რომ სადაზღვევო ბაზრის განვითარებაში სახელმწიფოს მიზანმიმართული ჩარევის გარეშე საგრძნობი შედეგები ვერ იქნებოდა მიღწეული.

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

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

- **პირველი პრინციპი**

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

- **მეორე პრინციპი:**

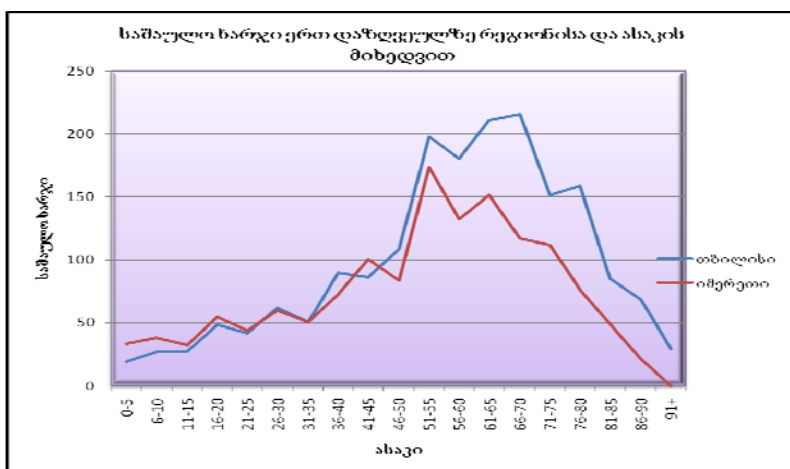
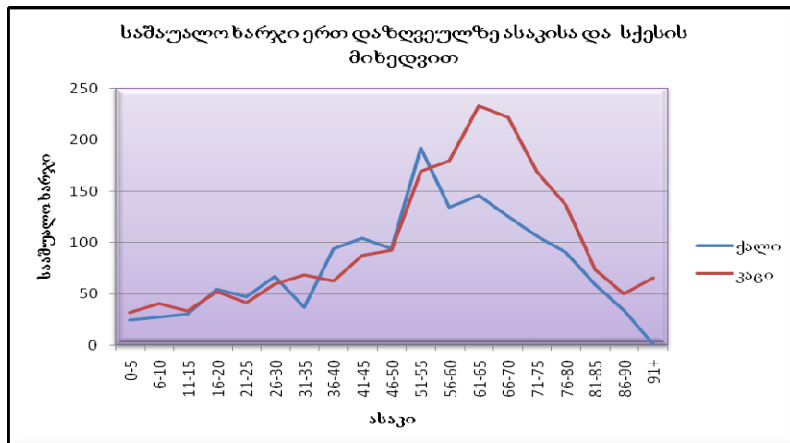
სახელმწიფო სახსრების მართვა კერძო დაზღვევის განვითარების ხელშეწყობისათვის

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

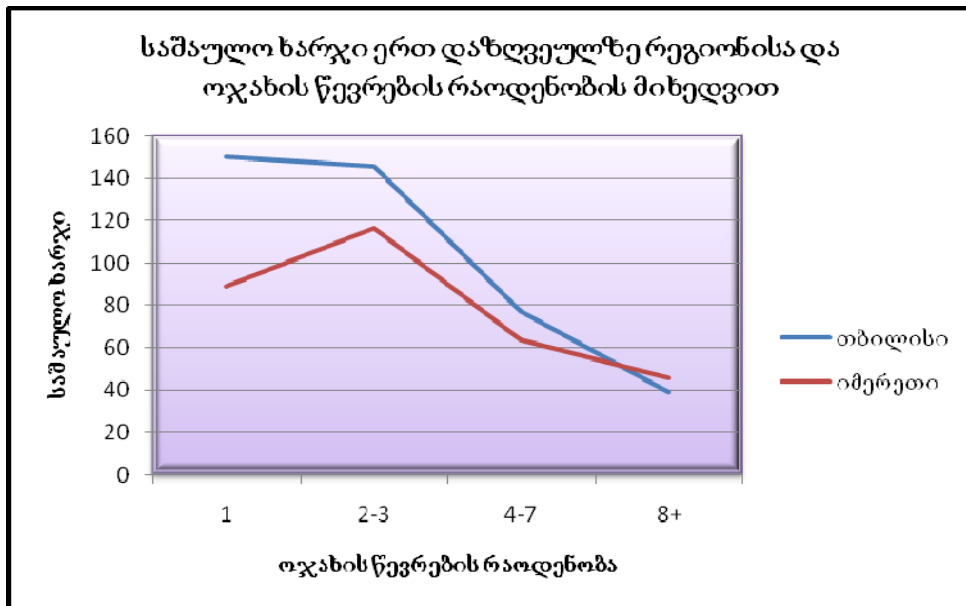
სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევით უზრუნველყოფის პირველი სახელმწიფო პილოტური პროგრამა 2007 წელს შემუშავდა და სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყო თბილისსა და იმერეთის რეგიონში აღრიცხული სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი 196 000 მოქალაქე.

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

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



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



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

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

2008 წლის საქართველოს მთავრობის №92 დადგენილების "სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გადასაცემი სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ" საფუძველზე მთელი საქართველოს მასშტაბით დაიწყო მოსახლეობის ეტაპობრივად დაზღვევა რეგიონების მიხედვით.

საქართველოში ლიცენზირებულ ყველა სადაზღვევო კომპანიას ჰქონდა თანაბარი უფლება გამხდარიყო პროგრამის მონაწილე და სადაზღვევო მომსახურების მიმწოდებელი. მთავრობამ დაადგინა სადაზღვევო ორგანიზაციების მიმართ მოთხოვნები და უზრუნველყო სადაზღვევო კომპანიებს შორის ჯანსაღი კონკურენციის პირობების დაცვა.

სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფის სტატუსი მოქალაქეს ეძლეოდა, თუ მისი ოჯახისათვის "სოციალური მომსახურების სააგენტოს" შეფასების სისტემის მიხედვით ჩატარებული გამოკვლევების საფუძველზე მიკუთვნებული ქულათა ჯამი არ აღემატებოდა 70 000-ს.

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

სოციალური მომსახურების სააგენტო მოქალაქეს გადასცემდა ვაუჩერს სამედიცინო დაზღვევის დასაფინანსებლად. ვაუჩერის მფლობელ მოქალაქეს ან ბენეფიციარ ოჯახს ჰქონდა სადაზღვევო კომპანიის თავისუფალი არჩევანის უფლება. მოქალაქე თავად, აფორმებდა ხელშეკრულებას არჩეულ სადაზღვევო კომპანიასთან, ვაუჩერით ღებულობდა

სადაზღვევო პოლისს, რომლის საფუძველზეც უზრუნველყოფილი იყო პროგრამით განსაზღვრული და დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურებით.

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

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

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

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

ამ პერიოდში, პროგრამაში მონაწილე სადაზღვევო კომპანიების საქმიანობის შედეგად გამოიკვეთა შემდეგი ფინანსური მახასიათებლები.

დაზღვეულების რაოდენობა	666 651
მოზიდული პრემია	77 245 088
გამომუშავებული პრემია	37 769 379
გადახდილი ზარალები	21 991 366
მომხდარი, მაგრამ დაურეგულირებელი ზარალების რეზერვი	3 868 402
მომხდარი, მაგრამ განუცხადებელი ზარალების რეზერვი	3 071 415
ადმინისტრაციული ხარჯი	2 382 176
აკვიზიციური ხარჯი	5 132 119
ზარალიანობის წმინდა კოეფიციენტი	76,6%
ზარალიანობის კომბინირებული კოეფიციენტი	96%
საოპერაციო რეზულტატი	1 323 900

### სხვა სახელმწიფო პროგრამები

პარალელურად, 2007 წლიდან, სახელმწიფო უწყებებმა აქტიურად დაიწყეს კერძო სამედიცინო დაზღვევის შესყიდვა და სახელმწიფო დაფინანსების მეშვეობით სადაზღვევო სისტემაში სხვადასხვა საჯარო ორგანიზაციების წარმომადგენლები ჩაერთვნენ. უკანასკნელი, 2010 წლის აპრილის მონაცემებით სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამებით დაზღვეულია დაახლოებით 1 104 785 ადამიანი. აქედან სრულად დაფინანსებულია:

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

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

დღეისათვის საქართველოში 15 ლიცენზირებული სადაზღვევო კომპანია მოქმედებს.

დაზღვევის პროგრამების განვითარებასთან ერთად 2008 წლიდან ამოქმედდა და წარმატებით ფუნქციონირებდა ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახური – არაკომერციული, არასამთავრობო და მიუკერძოებელი ორგანო, რომლის ძირითადი ამოცანას წარმოადგენდა დახმარებოდა სადაზღვევო ურთიერთობის სუბიექტებს დავების არასასამართლო გზით მოგვარებაში.

მედიაციის სამსახური თავიდან ფინანსდებოდა ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განითარების სააგენტოს მიერ გაცემული გრანტით, ხოლო ერთი წლის შემდეგ კი სადაზღვევო კომპანიების მიერ (შემოსავლის 0.3%?).

## ცვლილებები ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების სახელმწიფო პროგრამებში

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

- სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარის მიერ სადაზღვევო კომპანიის თავისუფლად არჩევის უფლება შეიცვალა კონკრეტულ კომპანიასთან სავალდებულო ურთიერთობით;
- საქართველოს ტერიტორია პირობითად დაიყო 26 სამედიცინო უბნად. სადაზღვევო ვაუჩერის საფუძველზე დამზღვევი სადაზღვევო ხელშეკრულებას აფორმებს ტენდერში გამარჯვებულ იმ სადაზღვევო კომპანიასთან (მზღვეველთან), რომელიც 2010 წლის 18 აპრილს ჩატარებული ტენდერის შედეგების საფუძველზე გამოვლინდა გამარჯვებულად დაზღვეულის საცხოვრებელი ადგილის შესაბამის სამედიცინო (26–დან ერთ–ერთ) უბანში.
- 2010 წლიდან დაზღვეულსა და მზღვეველს შორის დადებული ხელშეკრულება 3 წლიანი გახდა 1 წლიანის მაგივრად;
- 2010 წლის 1 მაისიდან თითოეული დაზღვეულზე წლიური სადაზღვევო პრემიის ოდენობა, ნაცვლად 180 ლარისა განისაზღვრა შესაბამის სამედიცინო უბანში კონკურსის წესით გამარჯვებული მზღვეველის მიერ დაფიქსირებული ფასის შესაბამისად. კერძოდ: თბილისში, საჩხერესა და გორში 116 ლარი და 40 თეთრი, ხოლო დანარჩენ 23 რაიონში 132 ლარი;
- შემცირებული პრემიის ფონზე დაიგეგმა სადაზღვევო პაკეტის ახალი კომპონენტის ანაზღაურება - პოლისის წლიური სადაზღვევო ლიმიტის (50 ლარის) ფარგლებში სამკურნალო საშუალებების ხარჯების 50 % თანაგადახდა;
- კომპანიისათვის სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილეობის შეწყვეტის საფუძველად მიიჩნევა კომპანიის მიერ ვაუჩერისა და კონკურსის პირობებით განსაზღვრული ვალდებულებების სისტემატიური და უხეში დარღვევები, რომელთა შესახებ წერილობითი დასკვნას გასცემს ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახური და/ან საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო .

- #218 დადგენილებაში შეტანილი ცვლილებების თანახმად, კომპანია ვალდებული იყო სადაზღვევო სერტიფიკატში ბენეფიციარისათვის ნათლად მიეთითებინა აინფორმაცია ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახურის შესახებ, რომელიც 2010 წლის მაისამდე ფინანსირდებოდა სადაზღვევო კომპანიაების მიერ. ამჟამად მედიაციის სამსახური საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაქვემდებარებაშია;
- დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილე სადაზღვევო კომპანიებს კონკურსის პირობების შესაბამისად ეკისრებათ ახალი და მნიშვნელოვანი ვალდებულება - მათი საქმიანობის წარმოების სამედიცინო რაიონებში, დადგენილ ვადაში საავადმყოფოს მშენებლობის დასრულება და ამოქმედება.

### სახელმწიფო პროგრამების გარეთ მყოფი მოსახლეობა

ქვეყნის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სრულყოფისათვის, სახელმწიფო სახსრების მართვისას აუცილებლად გასათვალისწინებელია სახელმწიფო პროგრამების გარეთ მყოფი მოსახლეობა, რომელიც სამ ჯგუფად შეიძლება დაიყოს:

**ფორმალურ სექტორში დასაქმებულნიდა მათი ოჯახის წევრები**, რომელთა მხოლოდ მცირე ნაწილი სარგებლობს კორპორატიული ან სახელმწიფო დაწესებულებების ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამებით.

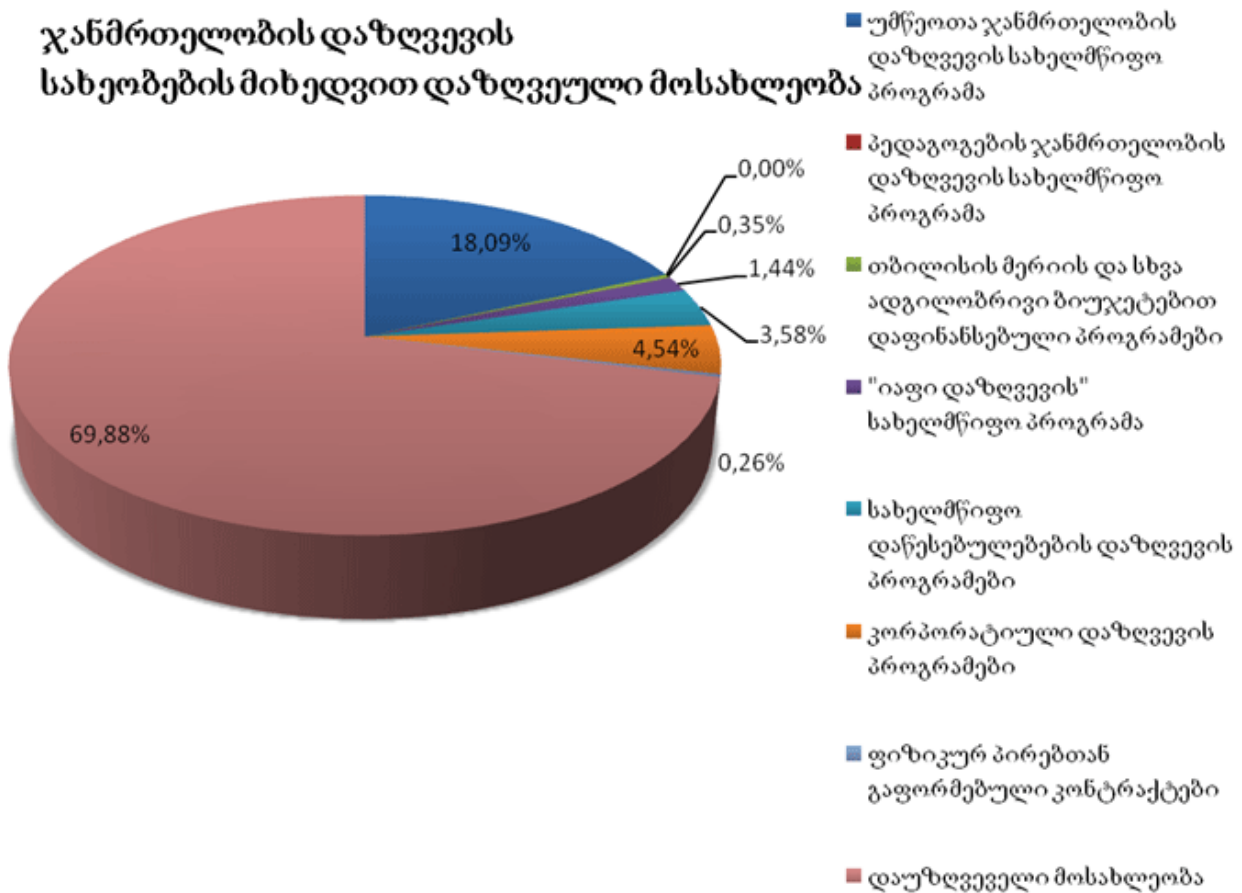
**არაღარიბი ასაკით პენსიონერები**: 60 წელს გადაცილებული მოსახლეობა, მაღალი რისკის ჯგუფი, რომლისათვისაც სახელმწიფოს ინიციატივით 2008 წლის ბოლოს შეიქმნა მომსახურების 4 პროგრამა: ურგენტული, კარდიოქირურგიული, ონკოლოგიური და პირველადი ჯანდაცვის. არაღარიბ ხანდაზმულთათვის განიხილება სახელმწიფო სადაზღვევო პაკეტის შექმნის შესაძლებლობა.

**თვითდასაქმებულნი**: ყველაზე პრობლემური და ძნელად მობილიზებადი ჯგუფი. სამედიცინო მომსახურების შესყიდვისას ამ ადამიანებს ფაქტიურად უწევთ ჯიბიდან გადახდა. ისინი ანტისელექციის გამო ვერ ერთვებიან სადაზღვევო სისტემაში და გარკვეული სირთულეები ექმნებათ სადაზღვევო პროდუქტის განვადებით აღებისას. თვითდასაქმებულთა სადაზღვევო სისტემაში ინტეგრირების გასაადვილებლად 2009 წელს საქართველოს მთავრობამ შექმნა ჯანმრთელობის დაზღვევის ახალი მოდელი. რომელიც ე.წ. „იაფი დაზღვევის“ სახელითაა ცნობილი: 3 დან 60 წლამდე ასაკის ნებისმიერ მოქალაქეს შეეძლო „იაფი სადაზღვევო პაკეტის“ შეძენა 19.80 ლარად (სახელმწიფოს მიერ შეძენილი 60 ლარიანი პაკეტის 33% თანაგადახდით) და ერთი წლის მანძილზე, 8 000 ლარის ფარგლებში ესარგებლა პირველადი ჯანდაცვისა და გადაუდებელი სტაციონალური და ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურებით და ასევე სამედიცინო დახმარებით უბედური შემთხვევისას. თუმცა, 300 000 - 500 000 მოქალაქის დაზღვევის მოლოდინის მიუხედავად პოლისი მხოლოდ 122 000 მოქალაქემ შეიძინა. სავარაუდოდ, პროდუქტზე დაბალი მოთხოვნა განაპირობა პროგრამის დასაწყისში, 2009 წლის გაზაფხულზე ქვეყანაში მიმდინარე პოლიტიკური მოვლენების ფონზე მოსახლეობის არასათანადო ინფორმირებულობამ.

სახელმწიფოს ამ ერთწლიანი ინიციატივის წარმატების განსაზღვრა შესაძლებელია დაზღვევის „100% წილით“ განახლების მსურველთა რაოდენობით, რაც ბენეფიციართა მოზიდვისა და წახალისების მეთოდოლოგიის შემუშავებასა და ამოქმედებაზე დამოკიდებული. ამჯერად ამ საკითხზე ზოგიერთი სადაზღვევო კომპანია ჯერ-ჯერობით მხოლოდ ფიქრობს.

სულ, დაზღვეულთა რაოდენობა 2009 წლის მონაცემებით 1,5 მილიონია. აქედან 84% სახელმწიფო პროგრამებითაა დაზღვეული. ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ბაზარი შედარებით ნელი ტემპით ვითარდება.

**ჯანმრთელობის დაზღვევის სახეობების მიხედვით დაზღვეული მოსახლეობა**



## გამოყენებული წყაროები

1. საქართველოს შრომის, ჯამრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №53/ნ 2006 წლის 15 თებერვალი - 2006 წლის ზოგიერთი სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ
2. ქალაქ თბილისსა და იმერეთში მცხოვრები სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გადასაცემი სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ - საქართველოს მთავრობის 2007 წლის 31 ივლისის №166 დადგენილება
3. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №126 2005 წლის 4 აგვისტო სოციალურად დაუცველი ოჯახების (შინამეურნეობების) სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობების შეფასების მეთოდოლოგიის დამტკიცების შესახებ
4. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №92 08 აპრილი, 2008 სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გადასაცემი სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ
5. 2007 წლის 21 ნოემბრის N256 დადგენილება
6. „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის“, „სახალხო არტისტების, სახალხო მხატვრებისა და რუსთაველის პრემიის ლაურეატების ჯანმრთელობის დაზღვევის“, „კომპაქტურ დასახლებებში მყოფ იძულებით გადაადგილებულ პირთა სამედიცინო დაზღვევის“, „მზრუნველობამოკლებულ ბავშვთა სამედიცინო დაზღვევის“ სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში 2010 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით მოსახლეობისათვის გადასაცემი სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილებაში ცვლილებების შეტანის თაობაზე”