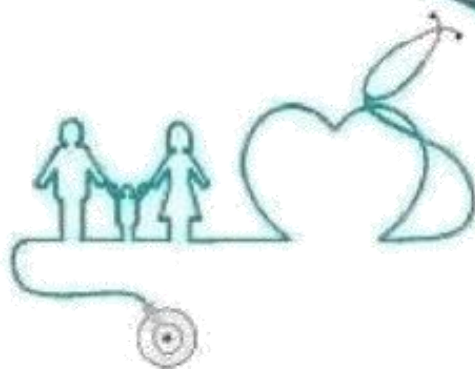


2

ჯანდაცვის პოლიტიკა და
დაზღვევა



№ 2. 2016

რეცენზირებადი სამეცნიერო ჟურნალი
ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა

Scientific Journal

Health policy and Insurance

№ 2

PRINT ISSN 2449-2468

ONLINE ISSN 2346-7983

გამომცემლობა „საუნჯე“

ჯანდაცვისა და დაზღვევის სკოლა
ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

2016

სამეცნიერო სარედაქციო კოლეგია:

თენგიზ ვერულავა - მთავარი რედაქტორი, მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი

ლეილა კარიმი - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორი, პროფესორი, ტრობეს უნივერსიტეტის ჯანდაცვის სკოლა (ავსტრალია)

რევაზ ჯორბენაძე - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

ოთარ გერზმავა - მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი

გიორგი ხიშტოვანი - ეკონომიკის დოქტორი, პროფესორი

პაატა იმნაძე - მედიცინის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

კახაბერ ჯაყელი - ეკონომიკის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

ნატო კაკაშვილი - ეკონომიკის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

ნონა გელიტაშვილი - ეკონომიკის აკადემიური დოქტორი, პროფესორი

Scientific Editorial Board

Tengiz Verulava (Editor-in-Chief) - Doctor of Medical Science, Professor

Leila Karimi - Professor at La Trobe University, Doctor of Medical Science

Otar Gerzmava - Doctor of Medical Science, Professor

Paata Imnadze - Doctor of Medical Science, Professor

Revaz Jorbenadze - Doctor of Medical Science, Professor

Giorgi Khishtovani - Doctor of Economics, Professor

Kakhaber Jakeli - Doctor of Economics, Professor

Nato Kakashvili - Doctor of Economics, Professor

Nona Gelitashvili - Doctor of Economics, Professor

ISBN 978-9941-451-92-8

ISSN 2346-7983

გამომცემლობა „საუნჯე“

შინაარსი

1. **ზურაბ ალხანიშვილი, მაია ოსიპოვა-შონაი, ცირა ბარქაია** - შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტომატოლოგიური მომსახურებით უზრუნველყოფის კვლევა საქართველოში5
2. **ანა კომლაძე, თენგიზ ვერულავა, მაგდა ასათიანი** - ჯანდაცვის ომბუდსმენის ინსტიტუტის განვითარება საქართველოში.....13
3. **რუსუდან კუპატაშვილი, თეონა კოკიჩაიშვილი, მედეა ბოკუჩავა** - სახელმწიფო რეგულირებით შეზღუდული ექიმთა კომპეტენციები და სრულყოფის გზები.....30
4. **თენგიზ ვერულავა, მირანდა ბიბილიაშვილი** - ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მართული კონკურენციის მოდელი და საქართველოს რეფორმები.....40
5. **ქეთევან კანკავა, თენგიზ ვერულავა** - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ეფექტები ჯანდაცვითი სერვისების უტილიზაციაზე საქართველოში.....50
6. **კორნელი ბაქრაძე, თენგიზ ვერულავა** - სოციალურად დაუცველი ტრავმატოლოგიური პაციენტების კმაყოფილება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით.....75
7. **მადონა კაპანაძე** - სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერთა აზრის შესწავლა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შესახებ.....88
8. **სალომე თაბუკაშვილი, ტერეზა ფუხაშვილი, ირინე ქურდაძე, მარიამ სიხარულიძე** - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში და კერძო დაზღვევის სისტემაში ერთდროული ჩართულობის შესწავლა.....94
9. **თენგიზ ვერულავა, ლელა ბულისკერია** - საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით მოსარგებლეთა კმაყოფილების კვლევა.....99
10. **რუსუდან პატარიძე, ნინო კაპანაძე, თეონა კოკიჩაიშვილი, თეონა ბოლქვაძე, ქეთევან კახეთელიძე, ია ალდგომელაშვილი, თენგიზ ვერულავა** - მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა პენსიონერთა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში.....108
11. **თამარ წიგნაძე** - სიცოცხლის დაზღვევა საქართველოსა და ევროპაში.....114
12. **მარიამ ბაწაშვილი, მარიამ მჭედლიშვილი** - პლასტიკური ბარათების დაზღვევა საქართველოში.....122
13. **თეონა ელიაშვილი, თენგიზ ვერულავა** - საკრედიტო ვალდებულებათა დაზღვევა საქართველოში.....128
14. **ზურაბ ალხანიშვილი, მარი მჭედლიშვილი, ანა აზრუმელაშვილი, ქეთევან კილაძე, ნანა დევდარიანი** - სტომატოლოგიური მომსახურების დაზღვევის პირობები და ანაზღაურების მეთოდები საქართველოში.....138
15. **თეონა ელიაშვილი, თენგიზ ვერულავა** - სადაზღვევო კომპანიების, როგორც საქართველოს ეკონომიკის ინვესტირების წყაროს გამოყენების პერსპექტივები.....146
16. **ბექა დანგაძე, ლევან სოფრომაძე** - ექიმთა პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევა საქართველოში.....168
17. **თენგიზ ვერულავა, თამთა ლომჯარია, მარიამ კოშაძე, ნინო ბექაური**. **სავალდებულო ავტოდაზღვევის შემოღებისადმი მძღოლების დამოკიდებულების შესწავლა“**.....174
18. **ქეთი ზურაბიშვილი** - დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის სასურველი ორგანიზაციული ფორმა.....184
19. **მაკა ონიაშვილი, იულია ჩხუტიაშვილი** - უმუშევრობის დაზღვევა საქართველოში.....189
20. **ეპიტაშვილი თამარი** - საყოველთაო ჯანდაცვა და სტუდენტების მოცვის პრობლემები..193
21. **სალომე ქათამიძე, მარიამ ქურციკიძე, ნინო ინასარიძე** - შინაური ცხოველების დაზღვევის თავისებურებები საქართველოში.....196
22. **ნიკა ომარაშვილი** - სამოგზაურო დაზღვევა, სადაზღვევო კომპანია „უნისონის“ შემთხვევის განხილვა.....200

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტომატოლოგიური მომსახურებით უზრუნველყოფის კვლევა საქართველოში

ზურაბ ალხანიშვილი¹, მაია ოსიპოვა-შონაი², ცირა ბარქაია³

შესავალი

ჩვენი საზოგადოების ის ნაწილი, რომელსაც გარკვეული შეზღუდული შესაძლებლობა ან რაიმე სახის ქრონიკული დაავადება აქვს, უმეტეს შემთხვევაში, სტომატოლოგიური მომსახურებით ვერ სარგებლობს. მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში ჩატარებული კვლევები უჩვენებს, რომ სტომატოლოგებთან ვიზიტის დროს ხშირად აწყდებიან სხვადასხვა ტიპის ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ პრობლემებს, რომლებიც აღნიშნულ მომსახურებას მნიშვნელოვნად ზღუდავს ან, როგორც წესი, სრულებით მიუწვდომელს ხდის.

ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაციის მიხედვით, „ყველა ადამიანს აქვს უფლება, ჰქონდეს ცხოვრების ისეთი დონე, საკვების, ტანსაცმლის, ბინის, სამედიცინო მოვლისა და საჭირო სოციალური მომსახურების ჩათვლით, რომელიც აუცილებელია თვითონ მისი და მისი ოჯახის ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის შესანარჩუნებლად“ (ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია, მუხლი 25).

არ არსებობს კვლევა, რომელიც საქართველოში შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტომატოლოგიური მომსახურების მისაწვდომობის სურათს ასახავდა. ჩვენ მიერ ჩატარებული კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ სტომატოლოგების ნაწილი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის სტომატოლოგიური მომსახურების გაწევაზე უარს აცხადებს (Alkhanishvili at all, 2013). ხოლო თვით შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის, დღესდღეობით, საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან და ნაკლებად ხელმისაწვდომ მიმართულებად სტომატოლოგია ითვლება.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი - ეს არის ადამიანი, რომელსაც დაავადების, ტრავმის, გონებრივი თუ ფიზიკური დეფექტის შედეგად, ჯანმრთელობის მეტ-ნაკლებად მოშლის გამო, დარღვეული აქვს ორგანიზმის სასიცოცხლო ფუნქციები. ეს კი განაპირობებს პროფესიული შრომის უნარის სრულ ან ნაწილობრივ დაკარგვას, ანდა ყოფაცხოვრების არსებით გამწვანებას, რასაც იგი მიჰყავს ქმედუნარიანობის დროებით ან მუდმივ შეზღუდვამდე და სოციალური დაცვის საჭიროებამდე (საქართველოს კანონი სამედიცინო, სოციალური ექსპერტიზის შესახებ, 2006).

ამერიკის შეერთებული შტატების, საუდის არაბეთის და სხვა ქვეყნების კვლევების მიხედვით, სტომატოლოგებისგან მომსახურების მიწოდებაზე უარის თქმა სამი ფაქტორით შეიძლება იყოს განპირობებული: 1) ფიზიკური ხელმიუწვდომლობა, 2) კონკრეტული განვითარების დარღვევის შესახებ ინფორმაციის არქონა, ან არასწორი ინფორმაციის ფლობა; 3) ნეგატიური დამოკიდებულება შეზღუდული შესაძლებლობის

¹ საქართველოს სტომატოლოგთა ასოციაციის ვიცე პრეზიდენტი

² ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი

³ ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი

მქონე პირთა მიმართ (Lawrence D, Kisely S, 2010; Rabkin J Public, 1974; Siperstein GN, Wolraich ML, 1986).

ჩვენი კვლევის ჰიპოთეზა შემდეგნაირად ყალიბდება: განვითარების დარღვევებისა და ქრონიკული დაავადებების შესახებ ინფორმირებულობის დონე გავლენას ახდენს სტომატოლოგიური მომსახურების მიწოდებაზე, მის ეფექტურობასა და სტომატოლოგების დამოკიდებულებაზე შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პაციენტების მიმართ.

კვლევის მიზანი იყო, წარმოჩენილიყო:

1) შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთათვის რამდენად ხელმისაწვდომია სტომატოლოგიური მომსახურების მიღება;

2) იმ ფიზიკური, ინფორმაციული, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორების დადგენა, რომლებიც გავლენას ახდენს სტომატოლოგის მიერ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პაციენტთათვის სტომატოლოგიური მომსახურების გაწევაზე.

მსოფლიოში არსებულმა ემპირიულმა მონაცემებმა გვიჩვენა, რომ არსებობს სტომატოლოგიური მომსახურების მისაწვდომობის გაზრდის კონკრეტული აპრობირებული გზები. მათი განზოგადება ქართულ რეალობაზე შესაძლებელია. ამისათვის აუცილებელია, საქართველოში არსებული ვითარებისა და საჭიროებების ცოდნა. ჩვენმა კვლევამ გამოავლინა შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პაციენტთა სტომატოლოგიური მკურნალობისა და პროფილაქტიკის შესახებ ინფორმირებულობის გაზრდის საჭიროება ერთი მხრივ მოქმედი პრაქტიკოსი ექიმებისთვის, ხოლო მეორე მხრივ მომავალი სტომატოლოგებისათვის სასწავლო მოდულებში გარკვეული საკითხების დამატების საჭიროება.

მეთოდოლოგია

კვლევის მასალები და მეთოდი. მონაცემთა შეგროვების პროცესი კითხვარის მომზადებისთვის საჭირო ინფორმაციის მოგროვებით დაიწყო. ნოზოლოგიების კლასიფიცირებისათვის საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროდან გამოვითხოვეთ მონაცემები და გავარკვეეთ, რომელი ნოზოლოგიების/მდგომარეობების შესაბამისად ხდება შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მინიჭება ყველაზე ხშირად.

სტომატოლოგიის სფეროში აქტუალური და კვლევისთვის პრიორიტეტული ნოზოლოგიების დასადგენად შედგა შეხვედრები სტომატოლოგებთან.

შემდეგ ეტაპზე ჩავატარეთ ფოკუს ჯგუფები. შეხვედრები ასოციაცია „ანიკაში“ და საქართველოს უსინათლოთა კავშირში შედგა. ჩვენი მიზანი კვლევისთვის მნიშვნელოვანი ნოზოლოგიების განსაზღვრა და კვლევის ინსტრუმენტში ჩასადები საკვანძო საკითხების აქცენტირება იყო.

შევაჯერეთ ბოლო პერიოდის ეპიდემიოლოგიური მონაცემები. ჩატარებული სამუშაოებით მიღებული შედეგების გაანალიზების შედეგად (საკითხის აქტუალობის, ეპიდემიოლოგიის და სტომატოლოგიის სფეროში პრობლემურობის ან/და ხშირი მიმართვიანობის გათვალისწინებით) შეირჩა 15 ნოზოლოგია:

1. ცერებრული დამბლა, 2. აუტიზმი, 3. ტიკური აშლილობა 4. ჰიპერაქტივობის სინდრომი 5. დაუნის სინდრომი 6. სმენის დაქვეითება/სიყრუე 7. მხედველობის

დაქვეითება/უსინათლობა 8. ეპილეფსია 9. გონებრივი ჩამორჩენა 10. აივ/შიდსი 11. ჰეპატიტები 12. ქცევითი აშლილობა 13. დიაბეტი 14. ასთმა 15. შესაძლებლობის შექმნილი შეზღუდვა

მიღებული მონაცემების საფუძველზე გამოიკვეთა კითხვარის სტრუქტურაც, შეიქმნა კითხვარის საპილოტე ვერსია. პილოტური კვლევის შედეგების გათვალისწინებით, კითხვარის საბოლოო ვერსია შემუშავდა.

კვლევის ინსტრუმენტი. შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტომატოლოგიური მომსახურების მისაწვდომობის კვლევის ინსტრუმენტი, თვითადმინისტრირებული კითხვარი, ნახევრადსტრუქტურირებული შეკითხვებითაა დაკომპლექტებული. კითხვარი შედეგება რამდენიმე ბლოკისგან.

პირველ ბლოკში გროვდება დემოგრაფიული მონაცემები, მეორე ბლოკი შშმ მიმართვიანობის სიხშირეს და სტომატოლოგიის მიერ მკურნალობის გაწევის/არაგაწევის სიხშირესა და ფაქტებს იკვლევს. კითხვარის მესამე ბლოკი აგროვებს ინფორმაციას მკურნალობის ეფექტურობის შესახებ, მეოთხე ბლოკი შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების მიმართ სტომატოლოგების დამოკიდებულების კვლევას ეთმობა. დამოკიდებულების საკვლევად ჩადებულია რამდენიმე ინსტრუმენტი, მათ შორის ბოგარდუსის სოციალური დისტანციის საკვლევი მეთოდიც. კითხვარის მეხუთე ბლოკი აღნიშნული 15 ნოზოლოგიის შესახებ რესპონდენტის ინფორმირებულობის დონეს ამოწმებს.

კითხვარი მოიცავს შეკითხვებს ფიზიკურ გარემოსთან დაკავშირებითაც. იკვლევს რა სტომატოლოგების აზრს, საჭიროა თუ არა განსაკუთრებული გარემო შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პაციენტების მომსახურებისთვის და სად უნდა იღებდნენ ისინი სტომატოლოგიურ მომსახურებას - სახლში, კლინიკაში თუ სპეციალიზებულ დაწესებულებაში.

რესპონდენტები და მათი შერჩევა. კვლევისთვის სამიზნე ჯგუფის გენერალურ ერთობლიობად მიჩნეულია საქართველოში 2006-2010 წწ. ლიცენზირებული 5988 სტომატოლოგი და 820 (ქართული სარეზიდენტო ბაზების მამიებელთა მაქსიმალური კვოტა) რეზიდენტი; შერჩევით ერთობლიობას კი 600 სტომატოლოგი (რეზიდენტი და ლიცენზირებული ექიმი) შეადგენდა, რაც გენერალური ერთობლიობის 9%-ია. საერთო ჯამში, 600 გამოკითხული რესპონდენტიდან 142-ის კითხვარი დამუშავდა. ანუ, გამოკითხული ერთობლიობის რაოდენობამ 142 შეადგინა.

კვლევის ჩატარების დრო და ადგილი . კვლევა ჩატარდა თბილისსა და რეგიონებში. დასავლეთ საქართველოდან შეირჩა გურია და აჭარა, აღმოსავლეთ საქართველოდან - კახეთი და შიდა ქართლი. კვლევა 5 თვის განმავლობაში, 2012 წლის ივლისიდან ნოემბრის ჩათვლით, მიმდინარეობდა.

მეთოდიკა. მონაცემები დამუშავდა კომპიუტერული პროგრამის SPSS 17-ის მეშვეობით. დათვლილი იყო საშუალო არითმეტიკული, ფარდობითი სიხშირეები, სტანდარტული გადახრა. განსხვავებების სტატისტიკური სანდოობა გამოითვლებოდა თანადობის კრიტერიუმით (χ^2), ხოლო საშუალოთა შორის განსხვავება სტიუდენტის განაწილებით (t). გამოყენებული იყო როგორც რაოდენობრივი, ისე თვისობრივი მიდგომები.

შედეგები

მიღებული შედეგების თანახმად, რესპონდენტთა 77.5% მდებარეობით, ხოლო 22.5% მამრობით სქესის წარმომადგენლები იყვნენ. საშუალო ასაკი - 32 წელი. რესპონდენტთა 79% იყო ექიმი, ხოლო 21% - რეზიდენტი. კვლევის მონაწილეთა 84% იყო თბილისელი, ხოლო 60% თერაპევტ-სტომატოლოგი.

რესპონდენტთა 77%-მა აღნიშნა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პაციენტს მისთვის მკურნალობისთვის ერთხელ მაინც მიუმართავს. მათ შორის ყველაზე ხშირად დიაბეტის მქონე პაციენტების მიმართვიანობა ფიქსირდება. კვლევის შედეგებიდან ირკვევა, რომ სტომატოლოგიური მომსახურების გარეშე, ყველაზე ხშირად, დაუნის სიდრომის მქონე პაციენტები რჩებიან.

რესპონდენტთა 3 % აღნიშნავს, რომ მკურნალობს პროცესში მთავარი დამაბრკოლებელი ფაქტორი არაადაპტირებული ფიზიკური გარემო იყო, უფრო კონკრეტულად კი - არაადაპტირებული სტომატოლოგიური სავარძელი. ხოლო რესპონდენტთა 5 % დასძენს, რომ მკურნალობის პროცესში სირთულეები პაციენტთან არაეფექტურმა კომუნიკაციამ განაპირობა.

რესპონდენტების 59% მიიჩნევს, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პაციენტების მომსახურებისთვის აუცილებელია განსაკუთრებული გარემო, მაგრამ ვერც ფიზიკური და ვერც სოციალური გარემოს აღწერისას გვაწვდის სურათს, რომელიც მიახლოებული იქნება უნივერსალური დიზაინის მქონე სტომატოლოგიურ კლინიკასთან. თუმცა, თუ გავითვალისწინებთ, რომ კიდევ უფრო მეტად მიუღებელია ბინაზე მომსახურება და სავსებით მისაღებია ე.წ. „სპეციალიზებულ კლინიკაში“ მათი გადამისამართება, შეიძლება დავასკვნათ, რომ საქმე განსაკუთრებულ დამოკიდებულებასთან უფრო გვაქვს.

კვლევის შედეგებიდან გამოიკვეთა ის ძირითადი პრობლემები, რომლებიც სასურველ შედეგზე - შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების მიერ სტომატოლოგიური მომსახურების მიღებაზე და ამ მომსახურების ეფექტურობაზე ახდენს გავლენას. ეს ფაქტორებია - ინფორმირებულობა და დამოკიდებულება. ორივე შემთხვევაში რიგი ღონისძიებებია გასატარებელი, რათა სტომატოლოგისგან მომსახურების მიღებაზე უარის თქმის ფაქტები მინიმუმამდე შემცირდეს.

შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების მიმართ დამოკიდებულება განსხვავდება დაავადებების/მდგომარეობების შესაბამისად. მკვეთრად ნეგატიური დამოკიდებულებაა იმ მდგომარეობების/დაავადებების მქონე პირების მიმართ, რომელთა მდგომარეობაც ქცევაზე ახდენს გავლენას ან/და დაკავშირებულია ინტელექტუალური განვითარების შეფერხებასთან.

რესპონდენტთა 23% აღნიშნავს, რომ თავად შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პაციენტებს აქვთ განსაკუთრებული დამოკიდებულება სამედიცინო პერსონალის მიმართ. მიღებული შედეგებიდან შეგვიძლია განსაკუთრებული დამოკიდებულების რამდენიმე ფაქტორი გამოვყოთ:

რესპონდენტების 15%-მა განმარტა, რას გულისხმობს „განსაკუთრებულ დამოკიდებულებაში“. მათგან 43%-მა აღნიშნა, რომ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პაციენტები პოზიტიურ დამოკიდებულებას ამჟღავნებენ - არიან უფრო მგრძობიარეები,

თბილები, მოსიყვარულები, აქვთ ნდობის უფრო მაღალი ხარისხი, ვიდრე სხვა პაციენტებს. 47%-მა კი სტომატოლოგების მიმართ შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პაციენტების დამოკიდებულება ნეგატიურ კონტექსტში შეაფასა და აღნიშნა, რომ მათ უფრო მეტად ახასიათებთ უნდობლობა, შიში, აგრესიულობა, საფრთხის მოლოდინი. ცდილობენ, ექიმს დაუმალონ სიმართლე თავისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, რათა უარი არ მიიღონ მკურნალობაზე.

ირკვევა, რომ რესპონდენტების შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების მიმართ მიმდებლობა და დამოკიდებულება უარესდება კავშირის ინტენსივობის მატებასთან ერთად. გამოკითხულთა 48%-სთვის აივ ინფიცირებულ პირებთან მეზობლობა სავსებით მიუღებელია. უფრო მაღალი ინტენსივობის კავშირი „მეგობრობა“ კი ასთმის მქონე პირებთანაა ყველაზე მეტად მისაღები.

სტომატოლოგიური მომსახურების გაწევის მზაობას რესპონდენტთა 50%-ზე მეტი ნებისმიერი მდგომარეობის მქონე პაციენტის მიმართ ადასტურებს. ყველაზე ნაკლებ სასურველი ჰიპერაქტივობის სინდრომის, ქცევითი აშლილობის და აივ ინფიცირებული პაციენტების მკურნალობაა. აღნიშნული მდგომარეობის მქონე პირებთან ერთად დასასვენებლად წასვლაც, კვლევის მონაწილეთა უმეტესობისთვის, მიუღებელია. მნიშვნელოვანია, რომ რესპონდენტთა ნახევარზე მეტი აღნიშნავს, რომ სწორედ ჰიპერაქტივობის სინდრომის, ტიკური აშლილობის და ქცევითი აშლილობის შესახებ არ აქვს ინფორმაცია.

კვლევის შედეგებიდან ირკვევა, რომ რესპონდენტების ინფორმირებულობა ქრონიკული დაავადებების შესახებ უფრო მაღალია, ვიდრე განვითარების დარღვევებზე. მნიშვნელოვანია, რომ სტომატოლოგთა უმეტესობა გამოთქვამს სურვილს, კონკრეტულ ნოზოლოგიებთან დაკავშირებით ინფორმირებულობის დონე აიმაღლოს.

რესპონდენტთა 50%-ს ჰქონდა შშმპ-თან პირადი ურთიერთობის გამოცდილება. კვლევები ადასტურებს, რომ პირადი ურთიერთობა პოზიტიური დამოკიდებულების შექმნის საწინდარია. საგულისხმოა, რომ ჩვენი კვლევის ფარგლებში საპირისპირო შედეგი დაფიქსირდა პირადი ურთიერთობის გამოცდილებისა და შშმპ მიმართ დამოკიდებულების შედარებისას. აღმოჩნდა, რომ რესპონდენტთა იმ ნაწილს, ვისაც შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებთან ურთიერთობის გამოცდილება ჰქონდა, დამოკიდებულება უფრო ნეგატიური აქვს. თუმცა არ ჩანს, დამოკიდებულება პირადი ურთიერთობის გამოცდილებამ ჩამოაყალიბა, თუ პირველადმა წარმოდგენამ შშმპ-თან ურთიერთობამდე.

დასკვნა და რეკომენდაციები

ჩვენი კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ:

- შშმ პირები სტომატოლოგს მკურნალობისთვის ხშირად აკითხავენ. მათ შორის ყველაზე ხშირია დიაბეტის მქონე პაციენტების მიმართვიანობა. ყველაზე ნაკლებად - ტიკური აშლილობის და აუტიზმის მქონე პირების.
- მომსახურების გაწევაზე უარს ყველაზე ხშირად დაუნის სინდრომის მქონე პაციენტები იღებენ, ყველაზე იშვიათად - ასთმის მქონე პირები.

• კვლევის მონაწილეთა შეფასებით, მკურნალობა ყველაზე ეფექტურად დიაბეტის მქონე პაციენტებთან მიმდინარეობს, ხოლო ყველაზე არაეფექტურად ცერებრული დამბლის მქონე პირთა მომსახურებას აფასებენ.

• დიაბეტის, მხედველობის დარღვევისა და სმენის დაქვეითების/სიყრუის შესახებ რესპონდენტთა დიდი ნაწილია ინფორმირებული, ყველაზე ნაკლებად კი ტიკური და ქცევითი აშლილობების შესახებ ფლობენ ინფორმაციას. კვლევის მონაწილეთა უმრავლესობას ცოდნის გაღრმავება 15-ვე ნოზოლოგიის შესახებ სურს. განსაკუთრებით მაღალი ინტერესი აუტიზმის, აივ ინფექცია/შიდსის და ჰეპატიტებს მიმართ დაფიქსირდა, ყველაზე დაბალი - მხედველობის დარღვევის და სმენის დათქვეითების/სიყრუის შესახებ.

• რესპონდენტთა ნახევარზე მეტისთვის შშმპ-თან მეზობლობაც კი არაა მისაღები, თუმცა კვლევის მონაწილეთა უმრავლესობა მათთვის სტომატოლოგიური მომსახურების გაწევის მზაობას ადასტურებს.

• კვლევისთვის განსაზღვრული 15 ნოზოლოგიიდან, ყველაზე დადებითი დამოკიდებულება და შედეგები ასთმის, ხოლო ყველაზე ნეგატიური - აივ ინფექცია/შიდსის მიმართ დაფიქსირდა.

კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით შესაძლებელია რეკომენდაციების შემუშავება:

1. ინფორმირებულობის გაზრდაზე ორიენტირებული აქტივობების განხორციელება, რაც გულისხმობს სასწავლო მოდულების ინტეგრირებას პრაქტიკაში და უმაღლეს საგანმანათლებლო პროგრამებში.

2. პრაქტიკოსი ექიმებისათვის ცნობიერების/ინფორმირებულობის ასამაღლებელი და პრაქტიკული უნარების გასაუმჯობესებელი აქტივობების განხორციელება.

3. შშმპ-თან სამუშაოდ ინფორმირებულობის დონის ამაღლება კლინიკის გარემოს ადაპტაციის შესახებ

აბსტრაქტი

შესავალი: შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის სტომატოლოგიური მომსახურების მიღება, რიგ შემთხვევებში, სხვადასხვა სოციალურ თუ ფიზიკურ ბარიერებთანაა დაკავშირებული. სტომატოლოგიური მომსახურების მიღების შეზღუდვის მიზეზებად კი, სხვადასხვა მონაცემის მიხედვით, სახელდება ამ ნოზოლოგიათა შესახებ ცოდნის დეფიციტი (ინფორმირებულობის დაბალი დონე), დაბალი სოციალური სასურველობა და ფიზიკური გარემოს ხელმიუწვდომლობა. საქართველოში მსგავსი ტიპის კვლევა ჯერ არ ჩატარებულა, შესაბამისად არ არსებობდა ამ საკითხის კვლევის ინსტრუმენტი. კვლევის მიზანია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა სტომატოლოგიური მომსახურების ხელმძღვანელობის ზოგადი სურათის შესწავლა და მასზე ზემოქმედ ფაქტორთა გამოვლენა. **მეთოდოლოგია:** კვლევის ინსტრუმენტი ათვითადმინისტრირებადი, ნახევრადსტრუქტურირებული კითხვარი. გამოყენებული იყო როგორც თვისობრივი, ისე რაოდენობრივი კვლევის მეთოდები. **შედეგები:** სტომატოლოგების 77%-სთვის შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირს მკურნალობისთვის ერთხელ მაინც მიუმართავს, ხოლო მომსახურების გაწევაზე უარს, ყველაზე ხშირად, დაუნის სინდრომის მქონე პაციენტებს ეუბნებიან. კვლევის შედეგებმა

დადასტურა ცხადი კავშირი მომსახურების გაწევის მზაობასა და ინფორმირებულობას შორის. ინფორმირებულობის დონე კი ნოზოლოგიების შესაბამისად იცვლება. **დისკუსია, დასკვნა:** სტომატოლოგების დამოკიდებულებას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირების მიმართ ნეგატიური ტენდენცია აქვს. ყველაზე დაბალ მიმდებლობას აივ ინფიცირებული ადამიანების მიმართ იჩენენ. კვლევის შედეგები ცხადყოფს დიპლომამდელი და დიპლომისშემდგომი სტომატოლოგიური საგანმანათლებლო მოდულების გადახედვის საჭიროებას.

საკვანძო სიტყვები შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირი, სტომატოლოგია, ხელმისაწვდომობა, ჯანმრთელობა, ფიზიკური გარემოს ხელმისაწვდომობა, სოციალური სასურველობა.

Access to dental care for people with disabilities

Zurab Alkhanishvili¹, Maia Osipova-Schöneich², Tsira Barkaia³

Abstract

Introduction: Access to dental care for people with disabilities is mostly related to various social and physical obstacles. The goal of this research is to study an overall situation of dental care access for persons with disabilities, follow up the factors influencing access to dental care for 15 nosologies. **Methods:** Qualitative and quantitative research methods were utilized. One hundred and forty two (142) dentists and residents (79% dentists and 21% resident dentists) were interviewed with self-administrated questionnaire. **Results:** Research results demonstrate that 77% of persons with disabilities have applied for dental care at least once in their lifetime and mostly persons with Down syndrome have been refused to be served. According to the research results, treatment is most efficient in patients with diabetes, least efficient – in patients with cerebral palsy. The vast majority of the respondents wish to get more information on all 15 nosologies. Remarkably high interest was revealed towards autism, HIV/AIDS and hepatitis, the low interest – towards visual/hearing impairment. **Discussion, conclusion:** Research findings confirmed an obvious relation between being informed and readiness to provide dental service; moreover, the level of awareness on disability conditions is quite low. The attitudes to serve the persons with disabilities are tended to be negative. The lowest acceptance is demonstrated towards persons with Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS. The study revealed the importance of revision of dental education modules on a higher education and post-diploma level in order to integrate several thematic issues with regard to disability and health conditions.

Key Words: Disabilities, Social attitudes, Dentistry, Special care dentistry.

¹ DMD, MMSc. Student, Ilia State University, School of Business, Master Level Program Vice president, Georgian Dental Association.

² PhD, Neuropsychologist

³ Master of Philosophy of Special Needs Education, Ilia State University

ბიბლიოგრაფია

- საქართველოს კანონი სამედიცინო, სოციალური ექსპერტიზის შესახებ, 2006, # 4298 - რს, თბილისი
- Alkhanishvili Zurab, Osipova-Schoneich Maia, Samkharadze Sopio. (2013) *Survey of Dental Services Provision to People with Disabilities in Georgia*. Journal: *European Scientific Journal*. (<http://eujournal.org/index.php/esj/issue/view/108>)
- Lawrence D, Kisely S (2010) Inequalities in health care provision for people with severe mental illness. J Journal: *Psychopharmacol*, 24(4 Suppl):61–8 (http://jop.sagepub.com/content/24/4_suppl/61.full.pdf+html)
- Rabkin J Public (1974) *attitudes toward mental illness: a review of the literature*. Journal: *Schizophrenia Bulletin: Oxford Journals | Medicine & Health*. 10:9–33. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4619493?dopt=Abstract>)
- Siperstein GN, Wolraich ML (1986) - *Physicians' and other professionals' expectations and prognoses for mentally retarded individuals*. Journal: *American journal of mental deficiency*; 244–9. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3799730?dopt=Abstract>)

ჯანდაცვის ომბუდსმენის ინსტიტუტის განვითარება საქართველოში

ანა კომლაძე¹, თენგიზ ვერულავა², მაგდა ასათიანი³

შესავალი

ექიმსა და პაციენტს შორის ურთიერთობასთან დაკავშირებული საკითხები ოდითგანვე იყო კაცობრიობის ყურადღების ცენტრში. ეკლესიის წინამძღვრები, იურისტები, ფილოსოფოსები ბევრს წერდნენ ადამიანის უფლებების დაცვის აუცილებლობაზე; ამასთან უფლებას, სიცოცხლესა და ჯანმრთელობაზე, ადამიანის უზენაესი უფლებების კატეგორიას მიაკუთნებდნენ. მხოლოდ ჰამურაბის კოდექსის და ჰიპოკრატეს ფიცის, მაიმონდის ფიცის მოხსენიება საკმარისია იმის დასადასტურებლად, რომ პაციენტის უფლებების დაცვის, ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობაში ეთიკური და სამართლებრივი პრინციპების დამკვიდრების აუცილებლობა არასოდეს იწვევდა ეჭვს. (საქართველოს ბიოეთიკის და ჯანდაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზოგადოება 2002)

დროთა განმავლობაში ექიმსა და პაციენტს შორის ჩამოყალიბებული ურთიერთობები საფუძვლად დაედო ისეთი ბიოეთიკური პრინციპების ფორმირებას როგორცაა: ავტონომია, სარგებლიანობა, ზიანის არმიყენება, არ ავნო, სამართლიანობა (დისკრიმინაციის გამორიცხვა და რესურსების სამართლიანი განაწილება);

მეოცე საუკუნის მეორე ნახევრიდან საჭირო გახდა პაციენტის უფლებების დაცვისკენ მიმართული მძლავრი მექანიზმები, რომლის შექმნას სტიმული მისცა მეორე მსოფლიო ომის დროს ადამიანებზე ჩატარებულმა შემზარავმა ექსპერიმენტებმა, ფართოდ გახმაურებულმა კლინიკურმა კვლევებმა. შეიქმნა სპეციალური სახელმწიფოთაშორისი ჯგუფები, რომელთაც მრავალი მნიშვნელოვანი დოკუმენტი მოამზადეს. ამ დოკუმენტების მიხედვით ურთიერთობები პაციენტსა და ექიმს შორის რეგულირდებოდა ეთიკური პრინციპებით და ძირითადად სარეკომენდაციო ხასიათის იყო. აღნიშნული დოკუმენტები დღესაც საყოველთაოდაა აღიარებული და ემსახურება ადამიანის უფლებების დაცვას მედიცინასა და ბიომედიცინის კვლევების სფეროში. აღნიშნული დოკუმენტების მიღების ქრონოლოგია ესეთია:

- ნიურნბერგის კოდექსი (1947 წ.),
- მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის ჰელსინკის დეკლარაცია „სახელმძღვანელო რეკომენდაციები ადამიანზე ჩატარებული სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის შესახებ“ (1964 წ.),
- გაერთიანებული ერების ორგანიზაციის „სამედიცინო ეთიკის პრინციპები“ (1982 წ.),
- ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის და სამედიცინო მეცნიერებების საერთაშორისო ორგანიზაციების საბჭოს „ადამიანზე ჩატარებული სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის საერთაშორისო ეთიკური სახელმძღვანელო პრინციპები“ (1982 წ.),
- ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის დეკლარაცია „ევროპაში პაციენტთა უფლებებისათვის ხელშეწყობის შესახებ“ (1994 წ.),
- ევროსაბჭოს კონვენცია „ადამიანის უფლებების და ბიომედიცინის შესახებ“ (1997 წ.),

¹ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მაგისტრი. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი.

² მედიცინის აკადემიური დოქტორი. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი. აკად. გ. ჩავიძის სახ. გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის ხარისხის მართვის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი.

³ ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის მოწვეული პროფესორი.

➤ იუნესკოს დეკლარაცია „ადამიანის გენომის და ადამიანის უფლებების შესახებ“ (1997 წ.),

➤ იუნესკოს „უნივერსალური დეკლარაცია ბიოეთიკისა და ადამიანის უფლებების შესახებ“ (2005 წ.).

აღნიშნული დოკუმენტების ძირითადი ნაწილი დეკლარაციული ხასიათისაა. ამასთან, ევროპის საბჭოს კონვენცია „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“ და მისი დამატებითი ოქმები სავალდებულო იურიდიული დოკუმენტია იმ ქვეყნებისთვის, რომელთაც მოახდინეს მისი რატიფიცირება. ამ ქვეყნების რიცხვს საქართველოც მიეკუთვნება.

პარარელურად ინტენსიური მუშაობა მიმდინარეობდა მათი საკანონმდებლო ნორმად გამოცხადებისთვის ნაციონალურ კანონმდებლობებში. ამ მიზნის მისაღწევად მსოფლიო თანამეგობრობის ქვეყნებში პაციენტთა უფლებების დაცვისთვის გამიზნული სამართლებრივი ჩარჩოს რამდენიმე მოდელი ჩამოყალიბდა. მათგან შეირჩა თითოეული ქვეყნისთვის ოპტიმალური ვარიანტი. სადაც გათვალისწინებულ იქნა ქვეყნის ტრადიციები, არსებული გამოცდილება და საკანონმდებლო სისტემის თავისებურება.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ევროპის რეგიონული ბიუროს მიერ ჩატარებული კვლევების მონაცემების მიხედვით დღეს ევროპის ქვეყნებში პაციენტის უფლებების დაცვის ხელშეწყობის სამი გზაა დასახული.

1. სპეციფიკური კანონის მიღება და ამოქმედება პაციენტის უფლებების შესახებ,

2. პაციენტის უფლებების ამსახველი დებულების „ჩართვა“ უკვე არსებულ კანონებში, რომლებიც ჯანდაცვის სფეროს შეეხება,

3. კანონქვემდებარე აქტების გამოცემა პაციენტის უფლებების შესახებ.

პაციენტის უფლებების დაცვის სფეროში მომუშავე ექსპერტთა აზრით, ეფექტურობის მიხედვით, უპირატესობა მიენიჭა სპეციფიკურ კანონს, ანუ კანონს, რომელიც მხოლოდ პაციენტის უფლებების დაცვაზეა ორიენტირებული.

გარდა სრულყოფილი საკანონმდებლო ბაზისა, მნიშვნელოვანია ქვეყანაში არსებობდეს ინსტიტუტი, რომელიც იზრუნებს პაციენტის უფლებების დაცვაზე. ამ მიზნით ყველა განვითარებულ თუ განვითარებად ქვეყანაში ჩამოყალიბებულია სპეციალური უწყებები, რომელთა მიზანია პაციენტთა უფლებების დაცვა, მათი ინფორმირება. ყველაზე მნიშვნელოვანი თვისება, რომელიც ახასიათებს მსგავს ინსტიტუტებს ისაა, რომ მათი ჩარევა არ არის აგრესიული, ისინი სარეკომენდაციო ხასიათისაა და ემსახურება ე.წ. „თერაპიული ალიანსის“ შექმნას და ერთობლივი ძალით დაავადებასთან ბრძოლას. პაციენტის უფლებადამცველ ორგანიზაციებს უმეტეს ქვეყნებში ეწოდებათ ჯანდაცვის ან პაციენტის ომბუდსმენი.

ტერმინი ომბუდსმენი შვედური წარმოშობისაა და მომდინარეობს სიტყვიდან „umbud“, რაც გულისხმობს შემცვლელს ან ხელისუფლების წარმომადგენელს, რომელიც გამოხატავს სხვის ინტერესებს. ომბუდსმენის პირველი ოფისი შვედეთში 1809 წელს გაიხსნა და შემდგომ სხვადასხვა ფორმით დამკვიდრდა სკანდინავიის ქვეყნებში.

ომბუდსმენის ინსტიტუტმა დაარსებიდანვე დიდი ინტერესი გამოიწვია მთელი მსოფლიოს მასშტაბით. ამ კონცეფციის ფუძემდებელი პრინციპია, მისი უფლება გამოიკვლიოს ნებისმიერი უსაფუძვლო, უსამართლო და დაუსაბუთებელი დისკრიმინაციული ქმედება, თუნდაც ამ უკანასკნელს კანონი ითვალისწინებდეს.

ომბუდსმენი - ოფიციალური შუამავალი პირი მოქალაქესა და სახელმწიფოს შორის, რომელიც მოქმედებს, რათა წინააღმდეგობა გაუწიოს ყოველგვარ „გაჭიანურებას“, უსამართლობას და ბიუროკრატიით განპირობებულ დეპერსონალიზაციას (პიროვნების ფაქტორის ნიველირებას)“ (Safire's Political Dictionary).

ომბუდსმენის ინსტიტუტის ეფექტურობის აუცილებელი პირობაა მისი იოლი ხელმისაწვდომობა მოქალაქეთათვის. ნებისმიერ პირს უნდა შეეძლოს ყოველგვარი ბარიერის გარეშე მიმართოს ომბუდსმენს.

პაციენტის უფლებების დაცვასა და ხელშეწყობის თემის აქტუალობას განაპირობებს პაციენტის სუსტი პოზიცია, მოწყვლადობა, რაც, თავის მხრივ, განპირობებულია სისტემაზე (იგულისხმება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემა) დამოკიდებულებით, რომლის შესახებ პაციენტმა ცოტა რამ იცის. ცხადია, თანამედროვე საზოგადოებაში სისტემაზე დამოკიდებულება ნებისმიერ სფეროშია, თუმცა პაციენტის შემთხვევაში საუბარია ისეთ ფუნდამენტური ფასეულობის „მინდობაზე“ როგორცაა ჯანმრთელობა და სიცოცხლე. სწორედ ამიტომ, გასაკვირი არ არის მსოფლიო მასშტაბით პაციენტის უფლებების დაცვის მოძრაობის განვითარება ბოლო ათწლეულების მანძილზე. ამ მოძრაობაში საქართველოც ჩაერთო და გარკვეული პროგრესი შეინიშნება საქართველოშიც ამ მხრივ.

პაციენტის უფლებებში მოიაზრება ინდივიდუალური და სოციალური უფლებები. სოციალურ უფლებებში იგულისხმება სამედიცინო სერვისებზე ხელმისაწვდომობა (გეოგრაფიული და ფინანსური), ინდივიდუალური უფლებები კი უშუალოდ სამედიცინო მომსახურების გაწევასთან არის დაკავშირებული. პაციენტის ინდივიდუალური უფლებები ეფუძნება თანამედროვე სამედიცინო ეთიკის თუ ბიოეთიკის ფუნდამენტურ პრინციპს. ავტონომიის პრინციპს, რომელიც გულისხმობს პაციენტის ღირსების და დამოუკიდებლობის პატივისცემას. პაციენტს უფლება აქვს მიიღოს ზუსტი ინფორმაცია, საკუთარი დიაგნოზის, შესაძლო ჩარევის შესახებ, აქვს უფლება დასთანხმდეს ან უარი თქვას აღნიშნულ ჩარევაზე, უფლება აქვს მოითხოვოს ექიმისგან კონფიდენციალობა, პირად ცხოვრებაში ჩაურევლობა და საკუთარი არჩევანის დაფიქსირება. კლინიკურ პრაქტიკაში პაციენტის ინდივიდუალური უფლებების დაცვა, უპირველეს ყოვლისა, გულისხმობს მკურნალობის ტაქტიკის განსაზღვრისას პაციენტის მოსაზრების პატივისცემას და გათვალისწინებას. აუცილებელია მას მისთვის გასაგები ენით მიეწოდოს მის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაცია ჯანმრთელობის მდგომარეობის, მკურნალობის ტაქტიკის და პროგნოზის შესახებ.

პაციენტის უფლებების დამცველი ინსტიტუტის ეფექტურობის აუცილებელი პირობაა მისი იოლი ხელმისაწვდომობა მოქალაქეთათვის. ნებისმიერ პირს უნდა შეეძლოს ყოველგვარი ბარიერის გარეშე მიმართოს ომბუდსმენს.

კაცობრიობის განვითარების დღევანდელ ეტაპზე, როცა დემოკრატიის იდეა რეალურად ხორციელდება, ომბუდსმენის ინსტიტუტი განიხილება ინდივიდსა და სახელმწიფოს შორის დემოკრატიული ურთიერთობების ჩამოყალიბების და დიალოგის წარმოების ერთ-ერთ ძირითად საშუალებად. (ჯავაშვილი, კიკნაძე 2002)

ჯანდაცვის ომბუდსმენის საქმიანობის მიზანი და ფუნქციები

ჯანდაცვის ომბუდსმენის საქმიანობის მიზანია პაციენტის უფლებების დაცვის უზრუნველყოფა სამედიცინო დაწესებულებებში, პაციენტის დარღვეული უფლებების აღდგენისთვის ხელშეწყობა. აღნიშნული მიზნიდან გამომდინარე ჯანდაცვის ომბუდსმენს შემდეგი ფუნქციების შესრულება უნდა დაეკისროს:

ა) პაციენტისგან საჩივრის ან ინფორმაციის მიღება სამედიცინო დაწესებულებაში მისი უფლებების დარღვევასთან დაკავშირებით, აგრეთვე პაციენტის უფლებების დარღვევის ფაქტების დამოუკიდებლად მოძიება;

ბ) პაციენტის უფლებების დარღვევის ფაქტების შესწავლა, ანალიზი და პაციენტათვის დახმარების აღმოჩენა მისი დარღვეული უფლების აღდგენაში;

გ) რეკომენდაციების მიწოდება პაციენტათვის, სამედიცინო დაწესებულების პერსონალისთვის და სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციისთვის, პაციენტის დარღვეული უფლებების აღდგენასთან დაკავშირებით, კონფლიქტის პროცესში მედიატორის როლის შესრულება;

დ) საგანმანათლებლო საქმიანობის წარმართვა სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის უფლებების დაცვის თაობაზე (სამედიცინო პერსონალისთვის, პაციენტებისთვის);

ე) სამედიცინო დაწესებულების შიდა მარეგულირებელი დოკუმენტების, აგრეთვე სხვა სახის დოკუმენტების ექსპერტიზა და მისი შესაბამისობის დადგენა პაციენტის უფლებების შესახებ არსებულ კანონმდებლობასთან.

ვ) რეკომენდაციების მიწოდება სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციისთვის, აგრეთვე ჯანდაცვის მართვის რეგიონული ორგანოებისათვის პაციენტის უფლებების დაცვისთვის, მათ შორის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებისათვის აუცილებელი ღონისძიებების შესახებ.

ჯანდაცვის ომბუდსმენი არ უნდა მონაწილეობდეს ისეთი საჩივრის განხილვაში, რომლის მიზანია სამედიცინო დაწესებულებისგან ან სამედიცინო პერსონალისგან კომპენსაციის მიღება რამეთუ ეს უკანასკნელი ჩვენს ქვეყანაში სასამართლოსა და სამედიცინო მედიაციის სამსახურის პრეროგატივაა. ჯანდაცვის ომბუდსმენის საქმიანობა უპირატესად სამედიცინო დაწესებულებაში გაწეული მომსახურების და მთლიანად ჯანდაცვის სისტემის ხარისხის გაუმჯობესებას უნდა ემსახურებოდეს. ის არ უნდა უწყობდეს ხელს პაციენტის მიერ სასამართლოში საჩივრის წარდგენას ექიმის ან სამედიცინო დაწესებულების წინააღმდეგ.

ომბუდსმენის ძირითადი მახასიათებლებია:

- ადამიანის უფლებების დაცვისთვის საქმიანობა;
- ადვილად ხელმისაწვდომობა;
- დამოუკიდებლობა;
- რეკომენდაციების მიწოდება და არა უშუალოდ რაიმე ცვლილებების მოხდენა.

ჯანდაცვის ომბუდსმენის ინსტიტუტი სხვადასხვა ქვეყანაში

ავსტრია. ვენაში პაციენტის ომბუდსმენის თანამდებობა საავადმყოფოებთან და თავშესაფრებთან (nursing homes) 1975 წელს შეიქმნა. ამჟამად ავსტრიაში პაციენტების დამცავი ინსტიტუტი წარმოდგენილია პაციენტის ადვოკატის თუ წარმომადგენლის ქსელით, რომლებიც რეგიონულ დონეზე არსებობენ. ასეთი ქსელის ფართოდ განვითარება 1990-იანი წლებიდან დაიწყო. აღსანიშნავია, რომ ავსტრიაში პაციენტის წარმომადგენლების/ადვოკატების სისტემა კანონმდებლობას ეფუძნება. ისინი დამოუკიდებელი ერთეულები არიან და სახელმწიფოს მიერ ფინანსდებიან. გამონაკლისს წარმოადგენს პროვინცია ტიროლი, სადაც პაციენტის წარმომადგენლები/ადვოკატები საავადმყოფოს თანამშრომლები არიან¹.

ომბუდსმენის ფუნქციაა საჩივრების, წინადადებების განხილვა და პაციენტისათვის დახმარების აღმოჩენა ამა თუ იმ პრობლემის გადაწყვეტისას. ომბუდსმენი თანამშრომლობს საავადმყოფოებისა და თავშესაფრების ადმინისტრაციასთან და მათთან ერთად ადგენს პრობლემის მიზეზებს და ცდილობს მათ გადაჭრას. თუ ომბუდსმენი დამოუკიდებლად ვერ იღებს გადაწყვეტილებას, მან უნდა მიმართოს შესაბამის მუნიციპალურ ორგანოებს და მათთან ერთად შეეცადოს პრობლემის მოგვარებას. „საავადმყოფოს“ ომბუდსმენის თანამდებობა შექმნილია ზალცბურგის პროვინციაშიც. წლიური ბიუჯეტი დამოკიდებულია რეგიონის ზომასა და ამ რეგიონში სამედიცინო დაწესებულების რაოდენობაზე (მაგ. ზალცბურგში 3000 000 ევრო წელიწადში, ქვემო ავსტრიაში - 14 000 000 ევრო). პაციენტებისათვის პაციენტის წარმომადგენლის/ადვოკატის მომსახურება უფასოა. როგორც ყველგან, ავსტრიაშიც პაციენტის წარმომადგენლის/ადვოკატის ფუნქციაა მათი უფლებების

¹ ავსტრიის პაციენტის უფლებების დამცველის ოფიციალური ვებ-გვერდი (18.05.2014)
<http://www.patientenanwalt.com/>

და ინტერესების დაცვა, პაციენტთა ინფორმირების გარდა განიხილავენ საჩივრებს და ცდილობენ პრობლემის მოგვარებას სასამართლოს გვერდის ავლით¹.

ამერიკის შეერთებული შტატები. აშშ-ში პაციენტის ომბუდსმენის ინსტიტუტი ძირითადად შექმნილია საავადმყოფოებთან და ე. წ. ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებებთან (long-term care institutions). მათ პაციენტის წარმომადგენელს უწოდებენ (patient representative). აშშ-ში საავადმყოფოსა და ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებებთან არსებობს 4000-მდე პაციენტის ომბუდსმენის სამსახური². მათი ძირითადი ფუნქციაა პაციენტთა და მათი ოჯახის წევრთა განათლება, რათა ამ უკანასკნელებმა შეძლონ მიიღონ ინფორმირებული გადაწყვეტილებები მათი მოვლისა და მკურნალობის შესახებ და შეძლონ საკუთარი უფლებების დაცვა. პაციენტის წარმომადგენელი აფასებს პაციენტის კმაყოფილებას, შეისწავლის მათ საჩივარს, აგროვებს ინფორმაციას საჩივრის მიზეზების შესახებ და მუშაობს დაწესებულების შესაბამის განყოფილებებთან და თანამშრომლებთან პრობლემის მოგვარების მიზნით. ხშირად პაციენტის წარმომადგენელი სამედიცინო დაწესებულებაში აგროვებს ინფორმაციას პაციენტის კმაყოფილების შესახებ და დაწესებულების სხვა თანამშრომლებთან ერთად მონაწილეობს რეკომენდაციების მომზადებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების თაობაზე. აშშ-ში პაციენტის წარმომადგენლის საშუალო წლიური ხელფასი 20 000-40 000 დოლარამდე მერყეობს³. რაიმე სპეციფიური მოთხოვნა პაციენტის წარმომადგენლის თანამდებობის მაძიებელი პირის განათლებისა და მომზადების მიმართ არ არსებობს. უპირატესობა ენიჭებათ პირებს რომელთაც უმაღლესი განათლება აქვთ ჯანდაცვასა და სოციალურ საკითხებში. სასურველია გავლილი ჰქონდეთ სპეციალური კურსი, რომელიც ეხება კონფლიქტის მოგვარების საკითხებს⁴.

ახალი ზელანდია. ახალ ზელანდიაში პაციენტის უფლებების დამცავი ინსტიტუტის ჩამოყალიბება კანონმდებლობას ეფუძნება, კერძოდ, კანონს „ჯანმრთელობისა და უნარშეზღუდულობის შესახებ“, რომელიც 1994 წელს არის მიღებული. აღნიშნული კანონის მიხედვით პაციენტს აქვს უფლება, მიმართოს საჩივრით დამოუკიდებელ ომბუდსმენს „ჯანმრთელობისა და უნარშეზღუდულობის ომბუდსმენს“ (Health and disability commissioner). მისი მიზანია პაციენტის უფლებების დაცვისთვის ხელშეწყობა. ამასთან, მისი საქმიანობა ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებას. როდესაც პაციენტი თვლის, რომ ირღვევა მისი უფლება პირდაპირ მიმართავს „ჯანმრთელობის და უნარშეზღუდულობის ომბუდსმენს“, რომელიც განიხილავს საჩივარს და რეკომენდაციას აწვდის პაციენტს. ომბუდსმენს ფუნქციების შესრულებაში ეხმარება ე.წ. დამოუკიდებელი ადვოკატების სისტემა. დამოუკიდებელი ადვოკატი წარმოადგენს სათანადოდ მომზადებულ პირს. შედარებით ადვილად მოსაგვარებელი საკითხები გადაეცემა პაციენტის ადვოკატს, რომელიც მიმართავს სამედიცინო მომსახურების გამწევს და ეხმარება პაციენტს პრობლემის მოგვარებაში. უფრო რთულ საკითხებს სწავლობს „ჯანმრთელობის და უნარშეზღუდულობის ომბუდსმენი“, რაც მოიცავს ინფორმაციის შეგროვებას, პაციენტის და

¹ ავსტრიის პაციენტის უფლებების დამცველის ოფიციალური ვებ-გვერდი (18.05.2014)

<http://www.patientenanwalt.com/>.

² ამერიკის შეერთებული შტატების პაციენტის ადვოკატების ფონდის ოფიციალური ვებ-გვერდი (25.05.2014) <http://www.npaf.org/>

³ იქვე.

⁴ იქვე.

მოწმეების გამოკითხვას, სამედიცინო ჩანაწერების ანალიზს და ა.შ. იქ სადაც ეჭვია დაბალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებაზე, ომბუდსმენი იწვევს ექსპერტს, რომელიც იძლევა დასკვნას მომსახურების ხარისხის შესახებ. მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობის და უნარშეზღუდულობის ომბუდსმენის როლი პაციენტის უფლებების საკითხების შესახებ საზოგადოების ინფორმირებასა და გათვითცნობიერების საქმეში. ერთის მხრივ, ომბუდსმენი აქვეყნებს ანგარიშებს მისი საქმიანობის შესახებ და მეორეს მხრივ იძლევა რეკომენდაციებს პაციენტის უფლებების დარღვევის თავიდან აცილებისა და მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების შესახებ, რომელსაც, როგორც წესი, ითვალისწინებს ჯანდაცვის მართვის ორგანოები და სამედიცინო დაწესებულებებს მათ გათვალისწინებას სთხოვს. აღსანიშნავია რომ, „ჯანმრთელობისა და უნარშეზღუდულობის ომბუდსმენის“ ინსტიტუტის დაარსებიდან 5 წელიწადში 40 %-ით გაიზარდა საჩივრების რაოდენობა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მიმართ და ამავდროულად შემცირდა დისციპლინური სასჯელის გამოყენება ექიმების მიმართ. აღნიშნული, საინტერესო სტატისტიკა აჩვენებს რომ ყველა საჩივარი ავტომატურად ექიმის მიმართ რაიმე სანქციით არ მთავრდება. ომბუდსმენი მხოლოდ შესაბამისი გარემოებებისა და ფაქტების დადგენის შემთხვევაში ითხოვს დისციპლინურ სასჯელს ექიმის მიმართ. ამრიგად, მისი საქმიანობა სულაც არ არის მიმართული სამედიცინო პერსონალის საწინააღმდეგოდ, არამედ ემსახურება პრობლემის გარკვევას და სამედიცინო მომსახურების სისტემის გაუმჯობესებას.

ფინეთი. ფინეთშიც პაციენტის ომბუდსმენის თანამდებობა შექმნილია სამედიცინო დაწესებულებებთან¹. აღნიშნულის საფუძველია კანონი „პაციენტის სტატუსის და უფლებების შესახებ“ (1992 წლის აგვისტო), კერძოდ, აღნიშნული კანონის მე-11 მუხლის მიხედვით სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა არსებობდეს პაციენტის ომბუდსმენის თანამდებობა. ერთი ომბუდსმენი შესაძლოა „საერთო იყოს“ ორი ან მეტი სამედიცინო დაწესებულებისთვის. აღსანიშნავია, რომ მათი უფლება-მოვალეობა ვრცელდება არა მარტო სახელმწიფო, არამედ კერძო სექტორზე. პაციენტის ომბუდსმენის ამოცანებია²:

➤ მისცეს პაციენტს რჩევა, თუ როგორ მიესადაგება ამა თუ იმ კონკრეტულ შემთხვევას პაციენტის სტატუსის და უფლებების შესახებ კანონში გაცხადებული დებულებები;

➤ დაეხმაროს პაციენტს კანონის მე-10 მუხლის 1,3 პუნქტებში მოხსენებულ საკითხებთან დაკავშირებით. კერძოდ, მისცეს პაციენტს რჩევა, როგორ უნდა მოიქცეს როცა:

ა) უკმაყოფილოა სამედიცინო მომსახურებით და აპირებს საჩივრის წარდგენას სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელთან.

ბ) პაციენტი აპირებს საქმის აღძვრას მიყენებული ზიანის ასანაზღაურებლად და როდესაც საჩივარი დაკავშირებულია კომპენსაციის მოთხოვნასთან ან სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის უფლების ჩამორთმევასთან ან შეზღუდვასთან.

➤ აცნობოს პაციენტს მისი უფლებების შესახებ და აწარმოოს სხვა საქმიანობა პაციენტის უფლებების დასაცავად და ხელშესაწობად.

უნგრეთი. უნგრეთში საკმაოდ ბევრი ინსტრუმენტი არსებობს პაციენტის უფლებების დასაცავად. უპირველეს ყოვლისა ეს არის „მოქალაქეთა უფლებების საპარლამენტო ომბუდსმენი“, რომელიც საჩივრებთან ერთად ჯანდაცვის სფეროსთან დაკავშირებულ საკითხებსაც შეისწავლის; თუმცა, ომბუდსმენის ოფისთან არ არსებობს რაიმე სპეციალური

¹ ევროკავშირის ოფიციალური ანგარიში ევროპის ქვეყნებში პაციენტის უფლებების დაცვის შესახებ (17.05.2014) http://www.eu-patient.eu/Documents/Projects/Valueplus/Patients_Rights.pdf

² იქვე.

სამსახური, რომელიც აღნიშნულ საკითხებზე იქნებოდა ფოკუსირებული¹. უნგრეთში პაციენტის უფლებების დაცვის მოვალეობა ძირითადად „პაციენტის უფლებების წარმომადგენლებს“ ეკისრებათ. პაციენტის უფლებების წარმომადგენლის ინსტიტუტი 2000 წელს ამოქმედდა და ეფუძნება ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონს, რომელიც 1997 წელს იქნა მიღებული. ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ შემოხსენებული კანონის მიხედვით პაციენტის უფლებების წარმომადგენლის ფუნქციაა პაციენტის უფლებების დაცვა, პაციენტის დახმარება მათი უფლებების გაგებაში და ამ უფლებების დაცვაში სამედიცინო დაწესებულების შიგნით. კონფლიქტური სიტუაციის დროს პაციენტის ომბუდსმენი საჩივარს წარუდგენს სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელობას. იგი პაციენტს ეხმარება საჩივრის განხილვის მთელი პროცესის მანძილზე. პაციენტის უფლებების წარმომადგენელი საჩივარს განიხილავს მხოლოდ პაციენტის მოთხოვნის და თანხმობის საფუძველზე. მას აქვს კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი ფუნქცია – სამედიცინო დაწესებულების თანამშრომელთა რეგულარული ინფორმირება პაციენტის უფლებების სფეროში არსებული კანონმდებლობის შესახებ. პაციენტის საჩივრისა თუ პრობლემის განხილვისას პაციენტის უფლებების წარმომადგენელს უფლება აქვს ისარგებლოს სამედიცინო ჩანაწერებით და მოითხოვოს ახსნა – განმარტებები სამედიცინო პერსონალისგან. საყურადღებოა, რომ აუცილებელია პაციენტის ყველა საჩივრის რეგისტრაცია და საჩივართან დაკავშირებული ყველა დოკუმენტის შენახვა 5 წლით. სადღეისოდ უნგრეთში 50 ზე მეტი პაციენტის უფლებების დამცველია, რომელთა დიდი ნაწილი რეგიონებში საქმიანობს. პაციენტის უფლებების წარმომადგენლების მიერ განხილული შემთხვევების უდიდესი ნაწილი შეეხება სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობას (26 %), პაციენტის ღირსების პატივიცემას (23 %) ინფორმაციისა (19 %) და სამედიცინო დოკუმენტაციის ხელმისაწვდომობას².

ისრაელი. ისრაელში პაციენტის უფლებების ფართოდ და სწრაფად განვითარებას ხელი შეუწყო 90-იან წლებში გატარებულმა საკანონმდებლო რეფორმებმა. 1994 წელს მიღებულ იქნა კანონი „ჯანმრთელობის ეროვნული დაზღვევის შესახებ“ და 1996 წელს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“. ჯანმრთელობის ეროვნული დაზღვევის ომბუდსმენის საქმიანობა განისაზღვრა კანონით „ჯანმრთელობის ეროვნული დაზღვევის შესახებ“. ჯანმრთელობის ეროვნული დაზღვევის ომბუდსმენს ნიშნავს მინისტრი, მთავრობისა და „ჯანდაცვის საბჭოს“ თანხმობით. დანიშნვა ხდება 5 წლის ვადით. ჯანმრთელობის ეროვნული დაზღვევის ომბუდსმენი სარგებლობს მნიშვნელოვანი ავტონომიით სამინისტროს ფარგლებში. მისი ანგარიშვალდებულება სამინისტროს მიმართ ამა თუ იმ შემთხვევის შესწავლის შედეგების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებით შემოიფარგლება. მოქალაქეებს უფლება აქვთ პირდაპირ წარუდგინონ საჩივარი ჯანმრთელობის ეროვნული დაზღვევის ომბუდსმენს. საჩივარი შეიძლება ეხებოდეს ჯანმრთელობის ფონდებს, სამედიცინო მომსახურების გამწევ დაწესებულებებს და მათ თანამშრომლებს. ჯანმრთელობის ფონდის ომბუდსმენის ინსტიტუტის დამკვიდრებამდე ჯანმრთელობის დაზღვევასთან ან სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებულ ჩივილებს განიხილავდა უშუალოდ ჯანმრთელობის ფონდი. 1995 წლიდან ჯანმრთელობის ეროვნული დაზღვევის შესახებ კანონის მოქმედებისთანავე შეიქმნა ფონდთან არსებული ე.წ. ჯანმრთელობის ფონდის ომბუდსმენი.

¹ ევროკავშირის ოფიციალური ანგარიში ევროპის ქვეყნებში პაციენტის უფლებების დაცვის შესახებ (17.05.2014) http://www.eu-patient.eu/Documents/Projects/Valueplus/Patients_Rights.pdf.

² იქვე.

მესამე ტიპის პაციენტის უფლედამცველი სტრუქტურა ისრაელში არის ჯანმრთელობის სამინისტროს კომისიონერი, რომლის მთავარი ფუნქციაა ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის წინააღმდეგ არსებული ნებისმიერი საჩივრის განხილვა. იგი შექმნილია ხარისხის კონტროლის განყოფილებაში. „კომისიონერი“ შეთავსებითი თანამდებობაა, რომელსაც იკავებს მედიცინის მუშაკი. აღნიშნული ცხადია საფრთხეს უქმნის მის მიუკერძოებლობას და შეიძლება ინტერესთა კონფლიქტადაც ჩაითვალოს.

კიდევ ერთი რგოლი, რომელიც ამ ქვეყანაში პაციენტის უფლებების დასაცავად იბრძვის არის ე.წ. პაციენტის წარმომადგენელი. იგი ფუნქციონირებს დაწესებულების დონეზე და ცდილობს შესაბამისი ღონისძიებები გაატაროს სამედიცინო დაწესებულებებში. საყურადღებოა, რომ ისრაელში დაწესებულებების უმრავლესობაში პაციენტის წარმომადგენლის (ომბუდსმენის) თანამდებობა შეთავსებადია. ამ თანამდებობას ითავსებენ დაწესებულების თანამშრომლები. დაფიქსირდა შემთხვევები, როცა პაციენტის წარმომადგენლის ფუნქციას სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელიც ასრულებდა.

ნორვეგია. ნორვეგიაში პაციენტების უფლებების დაცვის ინსტიტუტის განვითარებას ბიძგი მისცა პაციენტის უფლებების დაცვის მოძრაობამ, რომელიც 1980-1990 წლებს ემთხვევა¹. კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ ნორვეგიაში 1990 წელს იქმნება. ამასთან პაციენტის ომბუდსმენის ინსტიტუტის ჩამოყალიბების იდეა ამ ქვეყანაში 1975 წლიდან არსებობს. 1962 წლიდან არსებობს ქვეყანაში „სამოქალაქო ომბუდსმენი“. იგი სხვა საჩივრებთან ერთად განიხილავს საჩივრებს, რომლებიც ჯანმრთელობის დაცვის სისტემასა და სამედიცინო მომსახურებას ეხება. ასეთი შემთხვევები, როგორც წესი, საერთო საჩივრების 2-3 %-ია. ამრიგად, „სამოქალაქო ომბუდსმენი“ შედარებით მცირე როლს თამაშობს პაციენტების კანონით გათვალისწინებულ უფლებების დაცვაში. 1980-1990 წლებში ნორვეგიის სხვადასხვა ტერიტორიული ერთეულების ინიციატივით იქმნება „პაციენტის ომბუდსმენის“ სამსახურები. მათი ჩამოყალიბება და საქმიანობის სფერო არ იყო ჩამოყალიბებული და განსაზღვრული რაიმე საკანონმდებლო აქტით და არ გულისხმობდა ანაზღაურებას. თავდაპირველად პაციენტის ომბუდსმენის სტრუქტურები ჩამოყალიბდა საავადმყოფოების დონეზე. 1990-იანი წლის ბოლოს ჯანდაცვის ომბუდსმენი წელიწადში 5000-ზე მეტ შემთხვევას განიხილავდა. 90-იანი წლების ბოლოს სახელისუფლებო სექტორში მსჯელობის შედეგად მოხდა ჯანდაცვის ომბუდსმენის მოვალეობების გადახედვა და გადაწყდა²:

- პაციენტის ომბუდსმენის საქმიანობა უნდა ეფუძნებოდეს კანონმდებლობას;
- პაციენტის ომბუდსმენის მომსახურება უნდა იყოს უფასო;
- პაციენტის ომბუდსმენის ოფისები უნდა შეიქმნას რეგიონულ დონეზე;
- პაციენტის ომბუდსმენი უნდა იყოს დამოუკიდებელი;
- პაციენტის ომბუდსმენს უნდა ჰქონდეს მომზადება იურიდიულ საკითხებში.

დღეისათვის ნორვეგიაში 19 პაციენტის ომბუდსმენია (პროპორციულად ტერიტორიულ-ადმინისტრაციული ერთეულისა), პაციენტის ომბუდსმენი ანგარიშვალდებულია ჯანდაცვის სამინისტროს წინაშე. მათი ოფისები განლაგებულია ტერიტორიული ერთეულის ცენტრალურ ქალაქში, ხშირად დიდი საავადმყოფოსთან ახლოს. თითოეული ოფისი დაკომპლექტებულია 10-მდე პერსონით, ძირითადად იურისტებით და ჯანდაცვის პროფესიონალებით. მათი მომსახურება ფინანსდება სახელმწიფოს მიერ. პაციენტის ომბუდსმენის გადაწყვეტილება სარეკომენდაციო ხასიათისაა და არა სავალდებულო. თუ სამედიცინო მომსახურების გამწვევი არ გაითვალისწინებს ომბუდსმენის რეკომენდაციას, ამ

¹ ევროკავშირის ოფიციალური ანგარიში ევროპის ქვეყნებში პაციენტის უფლებების დაცვის შესახებ (17.05.2014) http://www.eu-patient.eu/Documents/Projects/Valueplus/Patients_Rights.pdf

² იქვე.

უკანასკნელს შეუძლია მიმართოს რეგიონალურ ორგანოს, რომელსაც აქვს უფლება მიიღოს გადაწყვეტილება მოცემულ რეგიონში სამედიცინო დაწესებულების საქმიანობის შესახებ. საყურადღებოა, რომ თავად სამედიცინო პერსონალის უმრავლესობა აღიარებს ნორვეგიაში პაციენტის ომბუდსმენის მნიშვნელობას. მათი 87% აღნიშნავს, რომ პაციენტის ომბუდსმენის მუშაობა მნიშვნელოვანი და შედეგიანია. 13% თვლის რომ პაციენტის ომბუდსმენი ვერ ახდენს მნიშვნელოვან გავლენას პაციენტის უფლებების დაცვის საკითხზე¹.

საბერძნეთი. საბერძნეთში პაციენტის უფლებების შესახებ ფართო საზოგადოებრივ დისკუსიას მოჰყვა საკანონმდებლო ცვლილებები, რომლის მიზანი იყო პაციენტის უფლებების დამცავი ინსტიტუტების განვითარება. კერძოდ, 1997 წელს კანონმდებლობით განისაზღვრა, რომ ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა შეიქმნას 3 წევრისაგან დაკომპლექტებული კომიტეტი, რომელიც პაციენტის უფლებების დაცვის საკითხებზე იმუშავებდა. აღნიშნულთან ერთად ჯანდაცვისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომც ყალიბდება ორი ახალი კომიტეტი: „პაციენტის უფლებების დაცვის დამოუკიდებელი სამსახური“, რომელიც ანგარიშვალდებულია სამინისტროს გენერალური მდივნის წინაშე და „პაციენტის უფლებების დაცვის მაკონტროლებელი კომიტეტი“. საბერძნეთში არის მცდელობა, რომ პაციენტის უფლებების დაცვის მექანიზმები შეიქმნას სამედიცინო დაწესებულებებთან².

დიდი ბრიტანეთი. დიდ ბრიტანეთში პაციენტის ომბუდსმენის სისტემას საკმაოდ დიდი ხნის გამოცდილება აქვს პაციენტის უფლებების დაცვის ინსტიტუტების განვითარების შედარებით ხანმოკლე ისტორიის ფონზე. პაციენტის ომბუდსმენი ამ ქვეყანაში „ჯანდაცვის ომბუდსმენის“ ან „ჯანმრთელობის სამსახურის კომისიონერის“ (Health Service Commissioner) სახელით არის ცნობილი³.

ჯანდაცვის ომბუდსმენის ინსტიტუტი დიდ ბრიტანეთში ამოქმედდა 1973 წელს, როცა ძალაში შევიდა შესაბამისი კანონმდებლობა. ჯანდაცვის ომბუდსმენის ინსტიტუტმა დიდ ბრიტანეთში გარკვეული ევოლუცია განიცადა და ახლა ის ფუნქციონირებს 1996 წელს განხორციელებული საკანონმდებლო ცვლილებების საფუძველზე (Health Service Commissioners Act, 1996 amendment). დიდ ბრიტანეთში ჯანდაცვის ომბუდსმენი წარმოადგენს ერთგვარ ცენტრალურ ორგანოს, რომელიც ფუნქციონირებს ინგლისში, უელსსა და შოტლანდიაში. ამრიგად დიდი ბრიტანეთში სამი ჯანდაცვის ომბუდსმენია. ჯანდაცვის ომბუდსმენი ანგარიშვალდებულია პარლამენტის წინაშე. 1996 წლიდან მოყოლებული ჯანდაცვის ომბუდსმენის საქმიანობის ფორმა გარკვეულწილად შეიცვალა. ცვლილებები მოიცავს შემდეგს: ჯანდაცვის ომბუდსმენი განიხილავს პაციენტის საჩივრებს, რომლებიც შეეხება მომსახურებას საავადმყოფოებში, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში (მათ შორის ზოგადი პრაქტიკის ექიმის მომსახურებას, სტომატოლოგების, ფარმაცევტების საქმიანობას) და ფსიქიატრიულ დაწესებულებებში. ომბუდსმენის კომპეტენციაში შევიდა კლინიკური საკითხების განხილვაც⁴.

რაც შეეხება საჩივრის განხილვის პროცესს იგი სამეტაპიანია, სადაც მესამე ეტაპი (ე.წ. საბოლოო ინსტანცია) ჯანდაცვის ომბუდსმენია. ამიტომ ჯანდაცვის ომბუდსმენი საჩივრის განხილვისას უნდა დარწმუნდეს, რომ ამოწურულია პირველი ორი ეტაპის შესაძლებლობები. ამასთან, ჯანდაცვის ომბუდსმენს, გამონაკლისის სახით, შეუძლია მიიღოს გადაწყვეტილება, განიხილოს საჩივარი და მოითხოვოს პრობლემის ადგილობრივად გადაწყვეტა. ჯანდაცვის ომბუდსმენს აქვს უფლება საკითხის (საჩივრის) შესწავლის

¹ ევროკავშირის ოფიციალური ანგარიში ევროპის ქვეყნებში პაციენტის უფლებების დაცვის შესახებ (17.05.2014) http://www.eu-patient.eu/Documents/Projects/Valueplus/Patients_Rights.pdf.

² იქვე.

³ იქვე.

⁴ იქვე.

პროცესში მოითხოვოს სამედიცინო ჩანაწერები და სხვა დოკუმენტაცია, აგრეთვე გაესაუბროს ნებისმიერ პირს, რომელმაც შეიძლება მიაწოდოს მას ინფორმაცია პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ.

2001 წლის მონაცემებით ინგლისის ჯანდაცვის ომბუდსმენის ოფისი 2195 საშტატო ერთეულს მოიცავდა და მისი საერთო წლიური ხარჯები 12,46 მილიონი ფუნტი სტერლინგით განისაზღვრებოდა. რაც შეეხება საჩივრის განხილვის პროცესს იგი სამეტაპიანია. პირველი ეტაპი: პრობლემის ადგილობრივ დონეზე მოგვარებას გულისხმობს, საჩივარი წარედგინება უშუალოდ ორგანიზაციას რომელსაც ეხება აღნიშნული შემთხვევა. ეს შეიძლება იყოს ზოგადი პრაქტიკის ექიმი, დაწესებულების მმართველი ორგანო ან ჯანდაცვის მართვის ადგილობრივი ორგანო. ინგლისში 2000 წლის მონაცემებით ადგილობრივ დონეზე წარმოდგენილი იყო 126 000 საჩივარი.

მეორე ეტაპი: დამოუკიდებელი შეფასება, ამ ეტაპზე ხდება განსაზღვრა, თუ რამდენად ექვემდებარება შემთხვევა დამოუკიდებელ შეფასებას. თუ დასკვნა დადებითია, ანუ, თუ ჩაითვალა, რომ შემთხვევა განხილულ უნდა იქნას მეორე ეტაპზე, ხდება პანელის მოწვევა, პანელი შედგება სამი პირისგან: თავმჯდომარისგან (რომელიც არ არის ჯანდაცვის პროფესიონალი), ჯანდაცვის სისტემის წარმომადგენლისგან (რომელიც აწყობს შეხვედრას) და ერთი არაპროფესიული წევრისგან. პანელი შეისწავლის შემთხვევას და ამზადებს ანგარიშს. ინგლისში 2000 წლის მონაცემებით მეორე ეტაპზე წარმოდგენილი იყო 3457 განაცხადი, რომელთაგან 637 შემთხვევისთვის პანელი სპეციალურად შეიკრიბა. მესამე ეტაპი: ჯანდაცვის ომბუდსმენი; ჯანდაცვის ომბუდსმენს პაციენტი მიმართავს იმ შემთხვევაში თუ არ არის კმაყოფილი მეორე ეტაპზე ჩატარებული შესწავლის შედეგებით, ან თუ მას უარი უთხრეს, პანელის მოწვევაზე და საჩივრის მეორე ეტაპზე განხილვაზე. ჯანდაცვის ომბუდსმენი აფასებს, განხილული იყო თუ არა საჩივარი პირველ და მეორე ეტაპებზე. 2000 წლის განმავლობაში ომბუდსმენმა განიხილა 2595 განაცხადი¹.

იაპონია. ჯანდაცვის ომბუდსმენი იაპონიაში ჩამოყალიბდა 1999 წელს, როგორც არამომგებიანი ორგანიზაცია და ეწოდა იაპონიის პაციენტის ომბუდსმენი (Patients' Rights Ombudsman Japan). ამრიგად, პაციენტის ომბუდსმენი იაპონიაში არასამთავრობო სექტორში შეიქმნა. პაციენტის ომბუდსმენის მიზანი იაპონიაში პაციენტის უფლებების დაცვა და ჯანდაცვის და სოციალური სისტემის გაუჯობესების ხელშეწყობაა. მისი საქმიანობა მოიცავს შემდეგს:

- საჩივრების განხილვა და ანალიზი, რასაც პაციენტის ომბუდსმენის კომიტეტი ახორციელებს;
- რეკომენდაციების მიწოდება ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის დაწესებულებებისათვის ამა თუ იმ პრობლემის გადაჭრის შესაძლო გზების თაობაზე;
- პაციენტისთვის კონსულტაციების გაწევა, რისთვისაც ხდება სათანადო ექსპერტების/კონსულტანტების მოწვევა.
- საზოგადოების გათვითცნობიერება პუბლიკაციების, სემინარების და სხვადასხვა სოციალური მარკეტინგის ღონისძიებების განხორციელების გზით;
- კვლევების განხორციელება პაციენტის ადვოკატირების საკითხებზე და თანამშრომლობა პაციენტის უფლებების მოძრაობაში ჩართულ სხვა ორგანიზაციებთან.

საჩივრის მიღებასა და განხილვაში ჩართულია სპეციალური კონსულტანტები, რომელთაგანაც ნაწილი საზოგადოების წარმომადგენელია, ნაწილი კი იურისტები არიან. უხშირესად პაციენტის ომბუდსმენი იაპონიაში მედიატორის როლს ასრულებს პაციენტსა და სამედიცინო მომსახურების გამწევ დაწესებულებას შორის და ეხმარება მხარეებს პრობლემის არსის გარკვევაში და ორივე მხარისთვის მისაღები გადაწყვეტილების მიღებაში. პრობლემური შემთხვევის შესახებ პაციენტის ომბუდსმენის ოფისში შეტყობინება შედის

¹ ევროკავშირის ოფიციალური ანგარიში ევროპის ქვეყნებში პაციენტის უფლებების დაცვის შესახებ (17.05.2014) http://www.eu-patient.eu/Documents/Projects/Valueplus/Patients_Rights.pdf

სატელეფონი ზარით. ქვემოთ მოყვანილ ცხრილში მოცემულია ინფორმაცია საჩივრების რაოდენობისა და სახის შესახებ.

აქვე აღსანიშნავია, რომ არც საზოგადოების წარმომადგენლები და არც ექსპერტები აღნიშნულ საქმიანობაში ანაზღაურებას არ იღებენ.

ცხრილი №1

საჩივრები, რომლითაც მიმართეს ჯანდაცვის ომბუდსმენს

საჩივრის ხასიათი	რაოდენობა	პროცენტი
საექვო ხარისხის სამედიცინო კონსულტაცია	484	30 %
საექვო ხარისხის ოპერაცია	371	23 %
სიკვდილის საექვო მიზეზი	143	8,9 %
საექვო დიაგნოზი	120	7,4 %
საექიმო შემოწმების ხარისხი	73	4,5 %
ექვი ნოზოკომიურ ინფექციაზე	38	2,4 %
მოვლის ხარისხით უკმაყოფილება	16	1,0 %
უკმაყოფილება სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების და შენახვის წესით	50	3,1 %
უკმაყოფილება პაციენტისადმი მოპყრობით	121	7,5 %
უკმაყოფილება სამედიცინო მომსახურების საფასურითა და გადახდის მეთოდებით	17	1,1 %
კომპენსაციის მოთხოვნა	115	7,1 %
უკმაყოფილება საექიმო შეცდომის საკითხების შეფასებისა და ანალიზის სისტემით	13	0,8 %
უკმაყოფილება დაზღვევით გათვალისწინებული მომსახურებით	3	0,2 %
უკმაყოფილება ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის ადმინისტრაციის საქმიანობით	17	1,1 %
სხვა	33	2,0 %
სულ	1614	100 %

საქართველო. შეიძლება ითქვას, რომ საქართველოში დღესდღეობით არსებობს უნიკალური საკანონმდებლო ბაზა, გვაქვს სპეციფიკური კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ. პრობლემად რჩება ამ კანონის დაცვა და პაციენტების ინფორმირება მათი უფლებების, ხოლო სამედიცინო პერსონალის - მათ მოვალეობების შესახებ. ამ ეტაპზე ქვეყანაში არ არსებობს მძლავრი ინსტიტუტი, რომელიც დაიცავს პაციენტის უფლებებს.

საქართველოში პაციენტის უფლებების დამცველი ინსტიტუტის დანერგვის პირველი მცდელობები იყო ჯერ კიდევ 2002 წელს. პროექტი დაფინანსებული იყო არასამთავრობო სექტორის მიერ და არსებობის ხანმოკლე ისტორია ჰქონდა. თუმცა, მან რამდენიმე ათასეული შემთხვევა განიხილა და სწორი მიმართულება მისცა პაციენტებს სასამართლოს ავლის გზით უმტკივნეულოდ მოეგვარებინათ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები.

2014 წლის დასაწყისში ქვეყანაში მოქმედებს პაციენტის უფლებების დაცვის პროექტი, რომლის მიზანია პაციენტების ინფორმირება სახელმწიფო პროგრამების თაობაზე, საყოვლეთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში გასაწევ მომსახურებებზე და ზოგადად მათი უფლებების დაცვაზე. პროექტის ფარგლებში პირველი 6 თვის პერიოდში განხილულ იქნა 1000-ზე მეტი შემთხვევა.

ქვეყანაში იყო მცდელობა პაციენტებსა და სამედიცინო პერსონალს, ან პაციენტებსა და სადაზღვევო კომპანიებს შორის დამყარებულიყო გარკვეული ურთიერთობა მედიატორის საშუალებით. ამ მედიატორის როლში 2008 წლიდან გვევლინება „სამედიცინო მედიაციის

სამსახური“, რომელიც თავდაპირველად იყო არასამთავრობო სტრუქტურა. 2010 წლიდან შეიცვალა მისი იურიდიული სტატუსი და გახდა საჯარო სამართლის იურიდიული პირი. აღნიშნული სამსახურის უფლება-მოვალეობები შეზღუდულია. სამედიცინო მედიაციის სამსახური პროცესში ერთვება მხოლოდ სახელმწიფო პროგრამების პრობების დარღვევის შემთხვევაში და იძლევა რეკომენდაციებს.

ამრიგად, ქვეყანაში მოქმედი არასამთავრობო თუ სამთავრობო სექტორში არსებული სამსახურები ვერ ქმნიან პაციენტის უფლებების დაცვის გარანტს. სახელმწიფო სტრუქტურა - „სამედიცინო მედიაციის სამსახური“ ორიენტირებულია მოქალაქეებისა და სადაზღვევო კომპანიებს შორის არსებული ფინანსური დავების მოგვარებაზე, სამოქალაქო სახალხო დამცველთან არ არსებობს სპეციფიკური სამსახური, რომელიც იმუშავებს პაციენტის უფლებების საკითხებზე, არასამთავრობო სექტორის ჩარევას პერმანენტული და მცირე მასშტაბიანია.

პაციენტის უფლებების დაცვის კანონმდებლობა საქართველოში

საქართველოში პირველი საკანონმდებლო ნორმატიული აქტი ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, რომელიც პაციენტის სოციალური და ინდივიდუალური უფლებების დაცვასთან დაკავშირებულ საკითხებს აწესრიგებს, 1997 წელს ამოქმედდა. ეს არის საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, რომელშიც პაციენტის უფლებებს ცალკე თავი აქვს დათმობილი (თავი II. „მოქალაქეთა უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში“).

2000 წლის 5 მაისს საქართველოს პარლამენტმა მიიღო კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, რის შემდეგაც საქართველო ევროპის იმ 10 სახელმწიფოს შორისაა, ვისაც აქვთ სპეციფიკური კანონი პაციენტის უფლებების დასაცავად. კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი საკანონმდებლო ნორმატიული აქტი, რომელიც ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებებს აწესრიგებს, არის ევროსაბჭოს „კონვენცია ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“ და მისი დამატებითი ოქმი „ადამიანის კლონირების აკრძალვის შესახებ“, მოხსენებულთაგან ორივე რატიფიცირებულია საქართველოს პარლამენტის მიერ 2000 წლის 27 სექტემბერს და მოქმედებს ქვეყანაში 2001 წლის 1 მარტიდან.

2001 წლის 8 ივნისს პაციენტის უფლებების მარეგულირებელი კანონების ნუსხა კიდევ ერთი კანონით შეივსო. ეს არის კანონი „კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ“, რომელიც საქართველოს მოსახლეობის „მაღალკვალიფიციური სამედიცინო მომსახურებით“ უზრუნველყოფას ემსახურება. სხვა საკითხებთან ერთად აღნიშნული კანონი განსაზღვრავს ექიმის მოვალეობას პაციენტის წინაშე, რაც კიდევ უფრო ამყარებს პაციენტის უფლებების დაცვის სამართლებრივ გარანტიებს.

ამრიგად, სადღეისოდ პაციენტის უფლებების დაცვის სფეროში საქართველოს აქვს სათანადო კანონმდებლობა, რომელიც, ერთი მხრივ განსაზღვრავს პაციენტის უფლებებს, ხოლო მეორეს მხრივ, სახელმწიფოსა და სამედიცინო მომსახურების გამწვევის მოვალეობებს პაციენტის წინაშე. უფრო მეტიც, აღნიშნული კანონმდებლობა უზრუნველყოფს პაციენტის უფლებების დაცვის შესაძლებლობას სასამართლოს საშუალებით: სახელდობრ, „პაციენტის უფლებების შესახებ“ საქართველოს კანონის მიხედვით (მუხლი 10) პაციენტს უფლება აქვს რაიმე უკმაყოფილების შემთხვევაში მიმართოს სასამართლოს საკუთარი ინტერესების დასაცავად. (ჯავაშვილი, კიკნაძე 2002)

სასამართლო პროცედურა, როგორც პაციენტის დაცვის მექანიზმი, საკმარისად მძიმე ტვირთია როგორც მოქალაქისთვის, ისე სამედიცინო პერსონალისთვის. ამიტომაც, საზოგადოებამ ყველაფერი უნდა იღონოს იმისთვის რომ ეს პრაქტიკა (პაციენტის მიმართვა სასამართლოში) მინიმუმამდე შემცირდეს. ამ მიზნის მისაღწევად ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ბერკეტია კანონმდებლობაში გაცხადებული ნორმების დაცვის უზრუნველყოფისთვის საჭირო ორგანიზაციული საფუძვლების ჩამოყალიბება ქვეყანაში. ეს უკანასკნელი, პაციენტთა უფლებების დაცვასთან მიმართებაში გულისხმობს:

- პაციენტის მრჩეველის, მისი უფლებების დამცველი ინსტიტუტის ჩამოყალიბებას;

- პაციენტის საჩივრის განხილვის მწყობრი სისტემის შექმნას, რომელიც არ მოიცავს განხილვის პროცედურას სახელისუფლებო ორგანოებში ან/და სასამართლოში.

- აღნიშნული ინსტიტუტის და სისტემის მიზანი უნდა იყოს:

- კლინიკებში პაციენტის უფლებების შესაძლო დარღვევის თავიდან აცილება;

- უკვე არსებულ დარღვევებზე თავად სამედიცინო დაწესებულების (პერსონალის) დროული რეაგირება და მათი გამოსწორებისთვის საჭირო ღონისძიებების გატარება;

- პაციენტსა და სამედიცინო დაწესებულებას შორის კონფლიქტის აღმოცენებისას მედიატორის როლის შესრულება, კონფლიქტის ადგილზე მოგვარება როგორც პაციენტის, ისე სამედიცინო პერსონალის კანონიერი ინტერესების სრული გათვალისწინებით.

ჩამოთვლილი მნიშვნელოვანწილად იქნება იმის გარანტია, რომ პაციენტსა და სამედიცინო პერსონალს შორის აღმოცენებული კონფლიქტის მოგვარებაში თავად სამედიცინო დაწესებულება და მისი პერსონალი იქნება აქტიური, რაც უდავოდ შეამცირებს იმ პაციენტთა რაოდენობას, რომელნიც მოინდომებენ სასამართლოში ან/და სახელისუფლებო ორგანოებში საჩივრისა თუ სარჩელის შეტენას.

კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია პაციენტის უფლებების დაცვის საკითხებზე არსებული ქართული და უცხოური ლიტერატურა, მათ შორის, სამეცნიერო ნაშრომები, კვლევები, პუბლიკაციები, საერთაშორისო სამეცნიერო კონფერენციების, კონგრესების მასალები, ინტერნეტით მოძიებული მონაცემები.

კვლევის საინფორმაციო ბაზას შეადგენენ: პაციენტის უფლებების დაცვის სფეროსთან დაკავშირებული საქართველოს საკანონმდებლო აქტები. სპეციფიკური კანონი ადამიანის უფლებების დაცვის შესახებ, საქართველოში რატიფიცირებული საერთაშორისო დოკუმენტები პაციენტის უფლებების დაცვის შესახებ.

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა პაციენტის უფლებების დაცვის ექსპერტთან ჩაღრმავებული ინტერვიუება და ფოკუსურ ჯგუფებთან შეხვედრა. ინტერვიუები ჩატარდა სტრუქტურირებული კითხვარის მიხედვით. ფოკუსური ჯგუფი განხორციელდა 2014 წლის ივნისის თვეში, თბილისში (ხანგრძლივობა — 1,5 სთ). ექსპერტთა ჯგუფი დაკომპლექტდა საქართველოში მოქმედი იმ არასამთავრობო სექტორის წარმომადგენლებით, რომლებიც მუშაობენ ადამიანის და კერძოდ პაციენტის უფლებების დაცვის სფეროში (3 რესპოდენტი), ესენია: გივი ჯავაშვილი — საქართველოს ბიოეთიკის და ჯანმრთელობის დაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზოგადოება; ნაირა ქუთათელაძე — საქართველოს ბიოეთიკის და ჯანმრთელობის დაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზოგადოება; ირაკლი ვაჭარაძე — არასამთავრობო ორგანიზაცია „იდენტობა“.

კვლევის შედეგები, დისკუსია

ექსპერტთა ინტერვიუებით და ფოკუს ჯგუფთან შეხვედრის შედეგად გამოიკვეთა აზრი, რომ საქართველოში არ არსებობს დღესდღეობით მძლავრი ინსტიტუტი რომელიც დაიცავს პაციენტის უფლებებს.

ექსპერტთა აზრით, ჯანდაცვის ომბუდსმენის ოფისი შეიძლება იყოს ადგილობრივი, სამედიცინო დაწესებულების დონეზე მოქმედი და ცენტრალური. საქართველოში არსებული სინამდვილის გათვალისწინებით, სადაც დემოკრატიის შენების პროცესს ძალზე მოკლე ისტორია აქვს, სადაც მოქალაქეები ძალზე პასიურნი და/ან გამოუცდელნი არიან საკუთარი უფლებების დაცვის საქმეში, სადაც უმნიშვნელო ბარიერებიც კი უკან დახევის მიზეზი ხდება, სადაც პაციენტის ავტონომიის კონცეფცია ჯერ კიდევ ძალზე სუსტია და ექიმ-პაციენტის ურთიერთობის პატერნალისტური მოდელი კვლავ ძალაშია, ჯანდაცვის/პაციენტის ომბუდსმენის ინსტიტუტის ჩამოყალიბებისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს მის ხელმისაწვდომობას. აღნიშნულიდან გამომდინარე, ამ ეტაპზე ჩვენს

ქვეყანაში მიზანშეწონილი არ უნდა იყოს პაციენტის/ჯანდაცვის ომბუდსმენის ინსტიტუტის ცენტრალიზებული მოდელის შექმნა, ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად ოპტიმალურია ომბუდსმენის ინსტიტუტის შექმნა სამედიცინო დაწესებულებებთან.

მეორე მხრივ, ქვეყანაში არსებული რესურსების დეფიციტის გათვალისწინებით, ამ უკანასკნელი მოდელის დანერგვა მნიშვნელოვან ფინანსურ ბარიერებთან იქნება დაკავშირებული. ალტერნატიულ ვარიანტად რჩება ომბუდსმენის ოფისების შექმნა რეგიონების დონეზე, ისე, რომ პაციენტების ჰქონდეთ მისი ხელმისაწვდომობა. ასეთ შემთხვევაში შესაძლებელი იქნება პაციენტის/ჯანდაცვის ომბუდსმენის მოდელის საყოველთაოდ დანერგვასთან დაკავშირებული ხარჯების შემცირება.

ჯანდაცვის/პაციენტის ომბუდსმენის საქმიანობის ეფექტურობის გასაზრდელად, აგრეთვე, სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებების ომბუდსმენების კოორდინაციისა და გამოცდილების ურთიერთგაზიარებისთვის სასურველია ომბუდსმენის საბჭოს ჩამოყალიბება, რომელიც არჩეული იქნება ყოველწლიურ შეხვედრაზე - ჯანდაცვის/პაციენტის ომბუდსმენთა ყოველწლიურ ფორუმზე.

მნიშვნელოვანია პაციენტის უფლებების დამცველი ომბუდსმენისათვის შესაბამისი, ოპტიმალური სახელის შერჩევაც, 2002 წელს როდესაც საფუძველი ჩაეყარა პაციენტის უფლებების დაცვის პირველ პროექტს, (“ბიოეთიკის და ჯანდაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზოგადოების” მიერ) პაციენტების უფლებადამცველს მოიხსენიებდნენ როგორც „პაციენტის ომბუდსმენს“, რაც ნეგატიურ დამოკიდებულებას იწვევდა სამედიცინო დაწესებულების თანამშრომელთა მხრიდან და უნდობლობას ბადებდა „პაციენტის ომბუდსმენის“ მიმართ. ამიტომ, საქართველოში ამ სფეროში მოღვაწე ექსპერტთა დასკვნით, უმჯობესია ეს ინსტიტუტი მოიხსენიებოდეს როგორც „ჯანდაცვის ომბუდსმენი“ (რადგან არსებობს რამდენიმე ქვეყნის გამოცდილება ამ ტერმინის წარმატებით გამოყენებასთან მიმართებაში).

ჯანდაცვის ომბუდსმენი უნდა იყოს დამოუკიდებელი. იგი არ უნდა ექვემდებარებოდეს სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციას. თავის საქმიანობაში ჯანდაცვის ომბუდსმენი უნდა ხელმძღვანელობდეს საქართველოს კონსტიტუციით, ევროსაბჭოს კონვენციით ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ და მისი დამატებითი ოქმით, საქართველოს კანონებით „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, „პაციენტის უფლებების შესახებ“, „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ და საქართველოს სხვა კანონებითა და საერთაშორისო ხელშეკრულებებით. ამასთან, ჯანდაცვის ომბუდსმენი ანგარიშვალდებული უნდა იყოს გარკვეული ორგანოს მიმართ, რომლის ძირითადი ინტერესი ჯანდაცვის სფეროში ადამიანის უფლებების დაცვა იქნება. ასეთი ორგანო შეიძლება იყოს ჯანდაცვის ომბუდსმენთა საკოორდინაციო საბჭო, რომელიც ზოგადად პოლიტიკის განმსაზღვრელი იქნება.

სასურველია, რომ ჯანდაცვის ომბუდსმენის ინსტიტუტის შემოღება განსაზღვრული იყოს კანონით, ან შევიდეს ცვლილებები კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“. არსებობს ალტერნატიული ვერსიაც — პრეზიდენტის ბრძანებულების მომზადება. რაც შეეხება ჯანდაცვის ომბუდსმენის საქმიანობის დეტალურ რეგულაციას, სათანადო პრინციპები შესაძლოა აისახოს დებულებაში ჯანდაცვის ომბუდსმენის შესახებ, რომელიც დამტკიცდება შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებით.

საცდელ ეტაპზე ომბუდსმენის საქმიანობა შეიძლება წარიმართოს დროებითი დებულების საფუძველზე, რომელიც შეთანხმებული იქნება სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციასთან და რომელიც დამტკიცდება სამხრეთი მემორანდუმით ჯანდაცვის ომბუდსმენს, სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელს და ომბუდსმენის საქმიანობის მარეგულირებელს შორის (დასაწყისში საქართველოს ბიოეთიკის და ჯანდაცვის სამართლებრივი საკითხების შემსწავლელი საზოგადოება, მოგვიანებით კი ჯანდაცვის ომბუდსმენთა საკოორდინაციო საბჭო). შემდგომ ეტაპზე ზემოთ მოხსენიებული დებულება შეიძლება ნორმატიული აქტის სახით დამტკიცდეს.

პაციენტის უფლებების დაცვის პროცესში, რაც ჯანდაცვის ომბუდსმენის საქმიანობის არსს წარმოადგენს, ის უნდა ხელმძღვანელობდეს შემდეგი მარეგულირებელი დოკუმენტებით:

ა) საქართველოს კონსტიტუციით;

ბ) ევროსაბჭოს კონვენციით ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ და მისი დამატებითი ოქმით ადამიანის კლონირების აკრძალვის შესახებ;

გ) საქართველოს კანონით ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ;

დ) საქართველოს სხვა ნორმატიული აქტებითა და საერთაშორისო ხელსეკრულებებითა და შეთანხმებებით;

ე) დებულებით ჯანდაცვის ომბუდსმენის შესახებ;

ჯანდაცვის ომბუდსმენის საქმიანობის დაფინანსება.

ექსპერტთა აზრით, ჯანდაცვის ომბუდსმენისთვის განაცხადის წარდგენა მოქალაქისთვის მაქსიმალურად უნდა იყოს გამარტივებული. დაუშვებელია რაიმე გადასახადის დაწესება იმ პირთათვის, რომლების ჯანდაცვის ომბუდსმენს მიმართავენ. ასევე უფასო უნდა იყოს ჯანდაცვის ომბუდსმენის მიერ პაციენტისთვის გაწეული ნებისმიერი სამსახური. სათანადო სამართლებრივი ბაზის საფუძველზე სამედიცინო დაწესებულებებში ჯანდაცვის ომბუდსმენის ინსტიტუტის დაფუძნების შემთხვევაში, ქვეყანაში ჯანდაცვის ომბუდსმენის დაფინანსება უნდა მოხდეს სახელმწიფოს მიერ. ამავე დროს, სასურველია, რომ ომბუდსმენის საქმიანობას არ აფინანსებდეს უშუალოდ სამედიცინო დაწესებულება, რათა არ შესუსტდეს მისი (ომბუდსმენის) დამოუკიდებულება. მეორე მხრივ, ასეთ მიდგომას აქვს სუსტი მხარეც: სახელმწიფოს მოუწევს დამატებითი რესურსების მოძიება ჯანდაცვის ომბუდსმენის სამსახურის დასაფინანსებლად. ამავე დროს, „ჯანდაცვის ომბუდსმენი“ „ხარისხიანი ჯანდაცვის სისტემის“ შესაქმნელად და გასაძლიერებელი ერთ-ერთი ძლიერი იარაღად რჩება.

დასკვნა და რეკომენდაციები

შეიძლება ითქვას, რომ საქართველოში დღესდღეობით არსებობს უნიკალური საკანონმდებლო ბაზა, გვაქვს სპეციფიკური კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ და მით ევროპის 10 სახელმწიფოს გვერდით ვდგავართ. პრობლემად რჩება ამ კანონის დაცვა და პაციენტების ინფორმირება მათი უფლებების, ხოლო სამედიცინო პერსონალის — მათ მოვალეობების შესახებ. ამ ეტაპზე ქვეყანაში არ არსებობს მძლავრი ინსტიტუტი, რომელიც დაიცავს პაციენტის უფლებებს.

პირველი მცდელობები საქართველოში პაციენტის უფლებების დამცველი ინსტიტუტის დანერგვის და აპრობაციისა იყო ჯერ კიდევ 2002 წელს, პროექტი დაფინანსებული იყო არასამთავრობო სექტორის მიერ და არსებობის ხანმოკლე ისტორია ჰქონდა. თუმცა მან რამდენიმე ათასეული შემთხვევა განიხილა და სწორი მიმართულება მისცა პაციენტებს სასამართლოს ავლის გზით უმტკივნეულოდ მოეგვარებინათ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები.

2014 წლის დასაწყისში ქვეყანაში დაიწყო არსებობა პაციენტის უფლებების დაცვის პროექტმა, პროექტის მიზანია პაციენტების ინფორმირება სახელმწიფო პროგრამების თაობაზე, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში გასაწევ მომსახურებებზე და ზოგადად მათი უფლებების დაცვაზე.

ქვეყანაში იყო მცდელობა პაციენტებსა და სამედიცინო პერსონალს, ან პაციენტებსა და სადაზღვევო კომპანიებს შორის დამყარებულიყო გარკვეული ურთიერთობა მედიატორის საშუალებით. ამ მედიატორის როლში 2008 წლიდან გვევლინება „სამედიცინო მედიაციის სამსახური“, რომელიც თავდაპირველად იყო არასამთავრობო სტრუქტურა. 2010 წლიდან შეიცვალა მისი იურიდიული სტატუსი და გახდა საჯარო სამართლის იურიდიული პირი. აღნიშნული სამსახურის უფლება-მოვალეობები შეზღუდულია. სამედიცინო მედიაციის

სამსახური პროცესში ერთვება მხოლოდ სახელმწიფო პროგრამების პირობების დარღვევის შემთხვევაში და იძლევა რეკომენდაციებს.

ამრიგად ქვეყანაში მოქმედი არასამთავრობო თუ სამთავრობო სექტორში არსებული სამსახურები ვერ ქმნიან პაციენტის უფლებების დაცვის გარანტს. სახელმწიფო სტრუქტურა — „სამედიცინო მედიაციის სამსახური“ ორიენტირებულია მოქალაქეებისა და სადაზღვევო კომპანიებს შორის არსებული ფინანსური დავების მოგვარებაზე, სამოქალაქო სახალხო დამცველთან არ არსებობს სპეციფიკური სამსახური, რომელიც იმუშავებს პაციენტის უფლებების საკითხებზე, არასამთავრობო სექტორის ჩარევას პერმანენტული და მცირე მასშტაბიანია.

აბსტრაქტი

შესავალი: ადამიანის უზენაესი უფლებაა მისი უფლება ჯანმრთელობის და სიცოცხლის შესახებ. პაციენტის უფლებების დაცვის მოძრაობას ძალიან დიდი ხნის ისტორია აქვს. იგი ისტორიულად ეფუძნებოდა გარკვეულ ეთიკურ ნორმებს. სამედიცინო სფეროში მაღალტექნოლოგიურმა მიღწევებმა გარკვეული საფრთხეები შეუქმნა პაციენტის უფლებებს და საზოგადოება მივიდა იმ დასკვნამდე, რომ მხოლოდ ეთიკური პრინციპების დაცვით ვერ მოხერხდებოდა ამ საკმაოდ რთული ურთიერთობების რეგულირება. საქართველოში რამდენიმეჯერ იყო მცდელობა პაციენტის უფლებების დამცავი ინსტიტუტის ჩამოყალიბების და დანერგვისა, ამას წინ უძღვოდა სათანადო საკანონმდებლო ბაზის შექმნა. ნაშრომის მიზანია შესწავლილ იქნას პაციენტის უფლებების დაცვის სფეროში მსოფლიოს გამოცდილების შესწავლა და საქართველოში არსებული სიტუაციის ანალიზის საფუძველზე ეფექტური მოდელის შესაქმნელად სათანადო რეკომენდაციების შემუშავება.

მეთოდოლოგია: პირველადი და მეორადი ლიტერატურული წყაროების შესწავლასთან ერთად თვისებრივი კვლევის ფარგლებში მოხდა დარგის ექსპერტთა სიღრმისეული გამოკითხვა. **შედეგები:** მიუხედავად არსებული სამთავრობო თუ არასამთავრობო აქტივობებისა, ქვეყანაში მაინც არ არსებობს მძლავრი ინსტიტუტი, რომელიც დაიცავს პაციენტის უფლებებს. დასკვნა, **რეკომენდაციები:** საქართველოში არსებული რეალობის გათვალისწინებით, ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად ოპტიმალურია ომბუდსმენის ინსტიტუტის შექმნა სამედიცინო დაწესებულებებთან ან ფინანსური რესურსების დეფიციტის გათვალისწინებით, ომბუდსმენის ოფისების შექმნა რეგიონების დონეზე. ჯანდაცვის ომბუდსმენის ეფექტური საქმიანობისათვის სასურველია ომბუდსმენის საბჭოს ჩამოყალიბება, რომელიც არჩეული იქნება ჯანდაცვის ომბუდსმენთა ყოველწლიურ ფორუმზე. პაციენტის უფლებების დამცველი ომბუდსმენი უმჯობესია მოიხსენიებოდეს როგორც „ჯანდაცვის ომბუდსმენი“. ჯანდაცვის ომბუდსმენი უნდა იყოს დამოუკიდებელი. ამასთან, ჯანდაცვის ომბუდსმენი ანგარიშვალდებული უნდა იყოს ჯანდაცვის ომბუდსმენთა საკოორდინაციო საბჭოს მიმართ, რომელიც ზოგადად პოლიტიკის განმსაზღვრელი იქნება. სასურველია, რომ ჯანდაცვის ომბუდსმენის ინსტიტუტის შემოღება განსაზღვრული იყოს კანონით.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: პაციენტის ომბუდსმენი, ჯანდაცვის ომბუდსმენი, პაციენტის უფლებები.

ბიბლიოგრაფია

1. ჯავაშვილი გ, კიკნაძე გ, ქუთათელაძე ნ, (2012). ადამიანის უფლებების საკითხებზე საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქმედი რეგულაციებისა და ეთიკის ნორმების მიმოხილვა და ანალიზი. თბილისი.
2. ჯავაშვილი გ, კიკნაძე გ, ქუთათელაძე ნ, დესურაშვილი მ, კურტანიძე თ, ბარკალაია ა. (2007) პაციენტის უფლებების დაცვის ინსტიტუტების განვითარება საქართველოში: ჯანდაცვის ომბუდსმენი. თბილისი.
3. ფონდი - ღია საზოგადოება საქართველო (2011). „ადამიანის უფლებები და ჯანდაცვა. თბილისი.
4. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ანგარიში 2013. თბილისი.
5. ევროკავშირის ოფიციალური ანგარიში ევროპის ქვეყნებში პაციენტის უფლებების დაცვის შესახებ (17.05.2014)
6. ევროკავშირის ოფიციალური ვებ-გვერდი პაციენტის უფლებების შესახებ (17.05.2014)
<http://europatientrights.eu/>
7. ავსტრიის პაციენტის უფლებების დამცველის ოფიციალური ვებ-გვერდი (18.05.2014)
<http://www.patientenanwalt.com/>
8. ამერიკის შეერთებული შტატების პაციენტის ადვოკატების ფონდის ოფიციალური ვებ-გვერდი (25.05.2014) <http://www.npaf.org/>
9. პაციენტის უფლებების დაცვის პროექტის ოფიციალური ვებ-გვერდი (01/06/2014)
<http://www.patientsrights.ge>
10. ქართული არასამთავრობო ორგანიზაციების კოალიცია „ადამიანის უფლებების განხორციელება პაციენტის უფლებების სფეროში“. ოფიციალური ვებ-გვერდი (06.06.2014) <http://www.healthrights.ge/>

სახელმწიფო რეგულირებით შეზღუდული ექიმთა კომპეტენციები და სრულყოფის გზები

რუსუდან კუპატაშვილი, თეონა კოვიჩაიშვილი, მედეა ბოკუჩავა

შესავალი

სამედიცინო დაწესებულებებში ადამიანური რესურსების მართვა მისი ეფექტური ფუნქციონირების უმნიშვნელოვანესი კომპონენტია. სამედიცინო ორგანიზაციების პერსონალს განსაკუთრებული პასუხისმგებლობა ეკისრება, ვინაიდან მათ საქმე აქვთ ადამიანთა ჯანმრთელობასა და სიცოცხლესთან.

დღესდღეობით საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში პრობლემატურია და ბოლომდე არ არის ჩამოყალიბებული რიგი საექიმო სპეციალობების კომპეტენციები და ამ სპეციალობის ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლებისა და მომიჯნავე სპეციალობებში გადამზადების გზები, რაც პრობლემას უქმნის თანამედროვე საავადმყოფოს საჭირო კადრებითდაკომპლექტებას, ჰოსპიტლების გამართულ მუშაობას.

კვლევის მიზანს შეადგენდა ანესთეზიოლოგია-რეანიმატოლოგიის, კრიტიკული მედიცინისა და გადაუდებელი მედიცინის სპეციალობის ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლებისა და მომიჯნავე სპეციალობებში გადამზადების კუთხით არსებული პრობლემების შესწავლადა მათი სრულყოფის გზების დასახვა.

აღსანიშნავია, რომ ზემოხსენებული პროფილის ექიმთა კომპეტენციებს არეგულირებენ სხვადასხვა სამსახურები, რომელთა შორისაც გამოვლინდა კომუნიკაციის დეფიციტი. ყველა სამსახური თავისი შეხედულებისამებრ აყალიბებს ექიმთა კომპეტენციებისა და მათი სრულყოფის ვარიანტებს, შედეგად კი ისევ ჰოსპიტალური სექტორი ზარალდება. აღნიშნული სამსახურებია: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ექიმთა პროფესიული რეგულირების სააგენტო, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი და სხვადასხვა ასოციაციები (კრიტიკული მედიცინის ასოციაცია, რეანიმატოლოგთა ასოციაცია, ანესთეზიოლოგთა ასოციაცია და სხვა).

ლიტერატურული მიმოხილვა

კვლევის ფარგლებში შესწავლილ იქნა ექიმთა სპეციალობათა ძველ (2007 წელი) და ახალ (2014 წელი) კომპეტენციათა ნუსხებს შორის განსხვავებები და წარმოშობილი პრობლემები. აქცენტი გაკეთებულია შემდეგ სპეციალობებზე: ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგია, კრიტიკული მედიცინა, ანესთეზიოლოგია და რეანიმატოლოგია და გადაუდებელი მედიცინა.

„საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის ბრძანების მიხედვით, ვითარება ისეთ სპეციალობაში, როგორცაა გადაუდებელი მედიცინა, შემდეგნაირად განისაზღვრებოდა: თითქმის ყველა სპეციალობის ექიმს (გარდა ოფთალმოლოგის, რადიოლოგის, სტომატოლოგის, სასამართლო ექსპერტიზის ექიმისა და პათანატომის) შეემლო გადამზადება გადაუდებელი მედიცინის სუბსპეციალობის მიმართულებით, თუმცა, ამ სპეციალობაში ვერ ხერხდებოდა ვერც სერტიფიკატის გაცემა და ვერც გადამზადების კურსის ჩატარება.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის ბრძანების მიხედვით ვითარება შეიცვალა. გადაუდებელი მედიცინა გამოიყო ცალკე და ჩამოყალიბდა როგორც დამოუკიდებელი სპეციალობა (და არა როგორც სუბსპეციალობა). ამ ბრძანების მე-11 მუხლის მიხედვით, ექიმებს, რომელთაც ამ ბრძანების ამოქმედებამდე მინიჭებული ჰქონდათ სუბსპეციალობის მოწმობა - „გადაუდებელი მედიცინა“, მიეცათ დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განხორციელების უფლება (სახელმწიფო

სერტიფიკატი) საექიმო სპეციალობაში - „გადაუდებელი მედიცინა“, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების (EMERGENCY) მიმართულებით არანაკლებ 1 წლის სამუშაო სტაჟისა და შესაბამისი დარგობრივი პროფესიული ორგანიზაციის რეკომენდაციის (რომელსაც ხელს აწერს დარგობრივი პროფესიული ორგანიზაციის გამგეობის სულ მცირე 3 წევრი) არსებობის შემთხვევაში.

მე-12 მუხლის თანახმად კი, ექიმებს, რომელთაც ამ ბრძანების ამოქმედებამდე მინიჭებული ჰქონდათ სახელმწიფო სერტიფიკატი საექიმო სპეციალობებში - „ანესთეზიოლოგია-რეანიმატოლოგია“ და „კრიტიკული მედიცინა“ და გააჩნიათ გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების (EMERGENCY) მიმართულებით არანაკლებ 1 წლის სამუშაო სტაჟი, მიეცეთ დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განხორციელების უფლება (სახელმწიფო სერტიფიკატი) საექიმო სპეციალობაში - „გადაუდებელი მედიცინა“ შესაბამისი დარგობრივი პროფესიული ორგანიზაციის რეკომენდაციის (რომელსაც ხელს აწერს დარგობრივი პროფესიული ორგანიზაციის გამგეობის სულ მცირე 3 წევრი) არსებობის შემთხვევაში.

ამჟამად არსებობს ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგთა კომპეტენციათა ნუსხა. გადაუდებელი მედიცინის კომპეტენციები კი ჯერჯერობით შემუშავების პროცესშია და ხელმისაწვდომი არ არის.

ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგის კომპეტენციებია:

ელექტროკარდიოგრაფია; ინვაზიური არტერიული წნევის ინტერპრეტაცია; ცენტრალური ვენური წნევის მაჩვენებლის ინტერპრეტაცია; გულის წუთმოცულობის მონიტორინგი, ინტერპრეტაცია (სვან-განცისკათეტერი); შერეული ვენური სატურაციის ინტერპრეტაცია; ინტრაორტული ბალონური კონტრპულსატორის მონაცემების ინტერპრეტაცია/კორექცია/სინქრონიზაცია; პულსოქსიმეტრია; კაპნოგრაფია; ფილტვის ფუნქციური ტესტების ინტერპრეტაცია; უბშირესი რადიოლოგიური კვლევები: გულმკერდის რენტგენოგრაფია, თავის რენტგენოგრაფია, მუცლის ღრუს რენტგენოგრაფია, თავის ტვინის კვლევა, გულმკერდის ღრუს კვლევა, მუცლის ღრუს კვლევა, თავის ტვინის კვლევა, გულმკერდის ღრუს კვლევა, მუცლის ღრუს კვლევა; გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციის შეფასების სხვა მეთოდების ინტერპრეტაცია; ექოკარდიოგრაფია; მიოკარდიუმის ერგომეტრიული სცინტიგრაფია კორონაროგრაფია; სისხლის (დონორის და რეციპიენტის) შეთავსების ტესტი ტრანსფუზიისთვის.

ამ ნუსხაში არ შედის ისეთი კომპეტენციები, რაც ექიმს ემერჯენსის განყოფილებაში სამუშაოდ სჭირდება. თუ ზემოთ აღნიშნულ კომპეტენციებს შევადარებთ სხვა ქვეყნების, თუნდაც, რუსეთის მაგალითს, კომპეტენციებს შორის დიდ განსხვავებას დავინახავთ.

რუსეთში ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი სამკურნალო მოღვაწეობაში უნდა ფლობდეს/უნდა შეეძლოს: ძირითადი სამკურნალო ღონისძიებების გაწევა ანესთეზიოლოგიური მანიპულაციების ჩატარებისას, ასევე რეანიმაციული ღონისძიებების და ინტენსიური თერაპიის გაწევა კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტებისთვის და იმ პაციენტებისთვის, რომლითაც აღინიშნება ესა-თუ ის დაავადება, რომელიც შესაძლებელია გართულდეს მძიმე გართულებებით ან გამოიწვიოს ლეტალობა. დროულად გამოავლინონ სიცოცხლისთვის საშიში დარღვევები, გამოიყენონ მათი დაუყოვნებელი აღმოფხვრის მეთოდები, ჩაატარონ შოკსაწინააღმდეგო ღონისძიებები. ინტენსიური თერაპიის საჭიროების მქონე პაციენტებს დაუნიშნონ ადექვატური მედიკამენტოზური მკურნალობა, დასმული დიაგნოზის შესაბამისად, განახორციელონ მედიკამენტოზური და არამედიკამენტოზური თერაპიის ალგორითმის შერჩევა. რუსეთის მაგალითის მიხედვით, ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი ფლობს ყველა უნარ-ჩვევას და მას შეუძლია იმუშავოს, როგორც ემერჯენსში, ისე ინტენსიურში, საოპერაციოში და რეანიმაციულ მედიცინის განყოფილებაში.

კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევის საინფორმაციო ბაზას შეადგენენ: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრების მიერ სხვადასხვა წლებში გამოქვეყნებული ბრძანებები - „საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“; ამ კუთხით სხვა ქვეყნების გამოცდილება.

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა სიღრმისეული ინტერვიუები აღნიშნულ საკითხში კარგად გათვითცნობიერებულ და ამ დარგში მომუშავე რვა რესპონდენტთან. სიღრმისეული ინტერვიუები წარმართა: კლინიკების ხელმძღვანელ პირებთან; ადამიანური რესურსების მართვის მენეჯერებთან; საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, სხვადასხვა ასოციაციებისა და რეგულირების სამსახურის წარმომადგენლებთან. თითოეულ რესპონდენტთან საუბრის საშუალო დროა 15-20 წუთი. საკითხის უკეთ შესასწავლად გამოყენებულია ნახევრად სტრუქტურირებული ღია შეკითხვები. გარდა ინტერვიუებისა, კვლევაში ასახულია სერტიფიკატის მქონე 20 პრაქტიკოსი ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგის გამოკითხვის შედეგები, რაც გადაუდებელი მედიცინის დარგში გადამზადების შესახებ მათ განწყობებსა და სურვილებს გამოხატავს. გამოკითხვა არის სტრუქტურირებული, შედგება დახურული და ერთი ღია კითხვებისაგან.

შედეგები

კვლევის ფარგლებში გამოკითხულ იქნა სერტიფიკატის მქონე 20 პრაქტიკოსი ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი გადაუდებელი მედიცინის დარგში გადამზადების შესახებ მათი განწყობებისა და სურვილების შესახებ. პირველი კითხვა მდგომარეობდა შემდეგში: თუ რამდენად საინტერესოა მათთვის, როგორც ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგის სერტიფიკატის მქონე ექიმისთვის, გადამზადება გადაუდებელი მედიცინის დარგში და შედეგად გადაუდებელი მედიცინის სერტიფიკატის აღება, რათა მოიპოვონ ემეჯენსიში მუშაობის უფლება და რამდენად მზად არიან საკუთარი სახსრებით დაფარონ გადამზადების საფასური.

აღნიშნულ კითხვაზე 9 ექიმმა გასცა უარყოფითი პასუხი, რაც ახსნეს იმით, რომ ემერჯენსში მუშაობის მოსაპოვებლად მათთვის მიუღებელია 8 თვის განმავლობაში მოცდნენ სამუშაო ადგილს და თავად გადაიხადონ გადამზადების საფასური. გადამზადების საფასურის საკუთარი ხარჯებით გადახდაზე უარი განაცხადა 6-მა ექიმმა, თუმცა, თუ გადასახადს დამსაქმებელი ან სახელმწიფო დაფარავს, მათ კურსის გავლაზე მზაობა გამოთქვეს. გამოკითხვის მიხედვით, მხოლოდ 5 ექიმია თანახმა გაიაროს კურსი და თავადვე დაფაროს გადამზადების საფასური, რაც მომავალში დამატებით სამუშაო ადგილების მოპოვების შესაძლებლობით ახსნეს.

ცხრილი: თქვენთვის, როგორც ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგიის სერტიფიკატის მქონე ექიმისთვის, საინტერესოა გადამზადებულ გადაუდებელი მედიცინის დარგში და აიღოთ გადაუდებელი მედიცინის სერტიფიკატი, რათა ემეჯენსიში მუშაობის უფლება მოიპოვოთ? მზად ხართ თუ არა, საკუთარი სახსრებით დაფაროთ გადამზადების საფასური?

	რაოდენობა	%
თანახმა ვარ, გადაუდებელი მედიცინის დარგში გავიარო გადამზადება და საკუთარი სახსრებით დავფარო გადამზადების საფასური	5	25%
თანახმა ვარ, გადაუდებელი მედიცინის დარგში გავიარო გადამზადება, მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ საფასურს დამსაქმებელი დაფარავს	6	30%
არ ვარ თანახმა	9	45%
სულ	20	100%

კვლევის ფარგლებში ჩატარდა სიღრმისეული ინტერვიუები დარგის ექსპერტებთან.

ახალი სპეციალობათა ნუსხით ცალკე სპეციალობებად გამოიყო: „გადაუდებელი მედიცინა“ და „ანესთეზიოლოგია და რეანიმატოლოგია“. თავდაპირველად ცალ-ცალკე არსებობდნენ ანესთეზიოლოგიის და რეანიმატოლოგიის (ანუ კრიტიკული მედიცინის) სპეციალობები. ახალი ნუსხით ეს ორი დარგი გაერთიანდა და ჩამოყალიბდა, როგორც „ანესთეზიოლოგია და რეანიმატოლოგია“. ახლა ეს გარკვეულწილად კადრების აყვანის დროს პრობლემებს ქმნის. იმ შემთხვევაში, თუ ექიმს აქვს ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგის სერთიფიკატი, ახლა შეუძლია ანესთეზიოლოგ და რეანიმატოლოგად მუშაობა. ადრე არსებობდა ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგის სპეციალობა და კრიტიკული მედიცინის სპეციალისტი. კრიტიკული მედიცინის სპეციალისტი მუშაობდა რეანიმაციაში და არ იყო ანესთეზიოლოგი. ასევე კრიტიკულის სპეციალისტს მიმღებში სრულად შეეძლო ემართა პაციენტი გადაუდებლის პროფილით, რომელიც ადრე არ არსებობდა და ეს დარგი ახლა გამოიყო ცალკე და საჭირო გახდა ექიმების გადაუდებელი მედიცინის განხრით სერტიფიცირება.

საქართველოს სამედიცინო სპეციალობების ასოციაცია ექიმებს გადაუდებელ მედიცინაში ამზადებს, მაგრამ ვინაიდან აქამდე გადაუდებელი მედიცინის ჩამოყალიბებული პროგრამა არ არსებობდა, ვერც ამ ექიმების მიერ სრულყოფილი კურსის გავლა ვერ ხერხდებოდა და ასევე არ არსებობდა ორგანო, რომელიც შესაბამის სერტიფიკატს გასცემდა.

სამინისტროს მიერ მიღებულ აღნიშნულ დადგენილებას კლინიკების მხრიდან მოყვა პროტესტი, რის შემდეგაც სამინისტროში ჩატარდა რიგგარეშე საბჭოს სხდომა. სხდომის გადაწყვეტილებით, ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგებს უფლება აქვთ გარკვეული დროით მიმღებში მართონ პაციენტი, თუმცა შემდეგ ვალდებულები არიან, სხვა კლინიკაში გადაამისამართონ.

თავის მხრივ ეს გადაწყვეტილებაც პრობლემურია, რადგან ამ დროს ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგს მუშაობა უწევს საოპერაციოშიც (როგორც ანესთეზიოლოგს) და ინტენსიურშიც (როგორც რეანიმატოლოგს). ამას გარდა, პრობლემა ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგების სიმცირეც, განსაკუთრებით რეგიონებში. მიუხედავად ამისა, კლინიკები მაინც ვალდებულები არიან ეს კადრი ოფიციალურად ყავდეთ გაფორმებული, მაგრამ მათი კომპეტენციების სრულად შესრულება ფიზიკურად შეუძლებელია, რადგან საჭიროები არიან ოპერაციების დროსაც და თან ვალდებულება აქვთ მიმღებში შემოსული პაციენტიც მიიღონ.

მიუხედავად იმისა, რომ მომიჯნავე სპეციალობებში არც „გადაუდებელ მედიცინას“ უწერია „ანესთეზიოლოგია და რეანიმატოლოგია“ და არც „ანესთეზიოლოგია და რეანიმატოლოგია“ უწერია მომიჯნავე სპეციალობაში გადაუდებელი მედიცინა, მათ შეუძლიათ რვათვიანი გადამზადების მოკლე კურსით გადამზადდნენ ერთი მეორეში.

რეანიმატოლოგებს და ანესთეზიოლოგებს, რომლებსაც შესაბამისი სერტიფიკატი და ერთ წელზე მეტი ხნის სამუშაო სტაჟი აქვთ, ნორმატიული ბრძანების თანახმად, გადაუდებელ მედიცინაში უგამოცდოდ მიენიჭებათ სერტიფიკატი.

მომავალ სპეციალისტს, რომელიც სარეზიდენტო პროგრამას ანესთეზიოლოგიაში და რეანიმატოლოგიაში დაამთავრებს, ორივეს ფუნქცია მიენიჭება. გადაუდებელ მედიცინაში ვინც იყო რეგისტრირებული, იმათთვის გადამზადებაა საჭირო, რათა ანესთეზიის სერთიფიკატი მიიღოს.

ზოგიერთი ექსპერტის აზრით, განახლებული კომპეტენციათა ნუსხა არ არის ადაპტირებული კლინიკებზე. კლინიკებს თავიანთი ექიმების გადასამზადებლად ტყუილად დამატებითი ხარჯების გაწევა მოუწევთ, ვინაიდან ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი კრიტიკული მედიცინის ყველა საჭირო უნარ-ჩვევას გადამზადების გარეშეც ფლობს. ასეთ ექიმებს არანაირი გადამზადების კურსი არ სჭირდებათ და სრულიად საკმარისია გადაუდებელ მედიცინაში მუშაობის გარკვეული სტაჟი. ხოლო იმ ექიმებს, რომლებიც ამ

ტექნიკებს არ ფლობენ (პლევრული პუნქცია, სუბკლავიის ჩადგმა, ინტუბაცია და ა.შ), ამ ტექნიკის ათვისება შეეძლება 2-3 კვირიან ინტენსიური პრაქტიკული კურსის საშუალებით.

ზოგი ექსპერტის ხაზს უსვამს იმ გარემოებას, რომ კლინიკებს კადრების შერჩევასა და გაუჭირდებათ დაიცვან კომპეტენციათა ნუსხით გაწერილი რეკომენდაციები, განსაკუთრებით რეგიონში, სადაც კადრების დეფიციტია. თუმცა, ისინი ვალდებულები არიან საჭირო კადრებით უზრუნველყონ საავადმყოფო. ამ ნუსხის მოთხოვნებიდან გამომდინარე არსებობს კადრების დეფიციტი. ზოგი ექიმი დაბალი ანაზღაურების გამო მუშაობს არა ერთ, არამედ მრავალ კლინიკაში და ისეთ სპეციალისტს, როგორცაა ანესთეზიოლოგი და რენიმატოლოგი, არ უნდა ჰქონდეს პრობლემა თუ ფლობს გადაუდებელი მედიცინის საჭირო ტექნიკას, თუნდაც გადაუდებელი მედიცინის სერტიფიკატის გარეშე შეეძლოს მიმდებში მუშაობა.

ერთმა ექსპერტის თქმით, „გამომდინარე იქიდან, რომ სხვა გზა აღარ გვაქვს ხოლმე, იძულებული ვართ, დავიცვათ კომპეტენციათა ნუსხით გაწერილი რეკომენდაციები. წინააღმდეგ შემთხვევაში რეგულირების სამინისტრო სოლიდური თანხით გვაჯარიმებს“.

ექსპერტთა აზრით, თუ რომელი სპეციალობის ექიმს რა კომპეტენცია უნდა ჰქონდეს ამას განსაზღვრავს ჯანდაცვის პოლიტიკის დეპარტამენტი. ექიმთა კომპეტენციები გაწერილია სპეციალობათა ნუსხაში. დღესდღეობით მოქმედებს 119 ბრძანება, მაგრამ უახლოეს მომავალში ყველა სპეციალობისთვის ცალკე ნორმატიული ბრძანება დამტკიცდება.

ექსპერტთა აზრით, ახალი ბრძანებით დამტკიცებული გადაუდებელი მედიცინის კურსი მოქნილი და კლინიკებზე მორგებულია. გადაუდებელ მედიცინაში სერტიფიცირებადი სარეზიდენტო პროგრამა არის სამწლიანი.

ექსპერტთა აზრით, გადამზადების მოკლე კურსებისა და რეზიდენტურის მოკლე კურსების ჩასატარებლად სათანადო რესურსები არსებობს. გადამზადების კურსები შედგენილია ევროპის ქვეყნების გამოცდილებაზე.

ზოგი ექსპერტის აზრით, გადამზადების კურსებზე თანხების გაღება უმთავრესად კლინიკას მოუწევს. გამომდინარე იქიდან, რომ სახელმწიფო მოთხოვნაა, კადრების დეფიციტის გამო კლინიკა ხდება იძულებული, გადაამზადოს თავისი ექიმი და დაეხმაროს ფინანსურად სერტიფიკატი აღებაში. თუმცა, ბევრ კლინიკას, გამომდინარე იქიდან, რომ სადაზღვევო კომპანიებს დიდი ვალი აქვთ, არ აქვს სახსრები დამატებითი ხარჯი გაწიონ თავიანთი ექიმების გადამზადებისთვის.

პრობლემა იმაშიც მდგომარეობს, რომ გადამზადების კურსების არც ფასი და არც ხანგრძლივობა არ არის ზუსტად დადგენილი. ზოგის ვარაუდით მისი ხანგრძლივობა იქნება 8-11 თვე. კლინიკას კი, თუ წინასწარ არ ეცოდინება რამდენი ხნით მოუწევს ექიმის „მოცდენა“ სამუშაო ადგილიდან - მისი გადამზადების კურსზე გაგზავნა, გადამზადების კურსის ღირებულება - გაუჭირდება ამ მოთხოვნის შესრულება.

ზოგი ექსპერტის მტკიცებით, ექიმისთვის, რომელსაც აქვს ანესთეზიოლოგის და რენიმატოლოგის სერტიფიკატი არ არის მიმზიდველი გაიაროს გადაუდებელი მედიცინის სპეციალისტის გადამზადების კურსი. თუ კლინიკა არ დააფინანსებს გადამზადების ხარჯებს, მას მოუწევს დამატებითი თანხის გაწევა. თუმცა, ზოგიერთმა ექიმმა, რომელსაც დამატებითი შემოსავლისთვის უწევს, არა ერთ, არამედ რამდენიმე კლინიკაში მუშაობა, იმის გამო, რომ გადაუდებელის სპეციალისტებზე არის მოთხოვნა და ამ თანამდებობაზეც დასაქმდეს, შეიძლება გაიღოს ერთჯერადი ხარჯი.

იმის გამო, რომ ზოგ ექიმს სავარაუდოდ 8-11 თვიანი გადამზადების გავლა მოუწევთ, რათა გადაუდებელ მედიცინის სპეციალობაში გადამზადდნენ, არის საფრთხე, რომ ისინი ინტერესს დაკარგავენ და არ გადამზადდებიან, ერჩივნათ იმუშაონ მარტო რენიმატოლოგიაში. ეს ისევ კადრების დეფიციტსა და კლინიკების კვლავ დაჯარიმებას გამოიწვევს. კლინიკები იძულებულიები იქნებიან თავიანთ თანამშრომლებს გადამზადების საფასური გადაუხადონ და რეგულირების სამსახურის მოთხოვნის შესაბამისად სერტიფიცირებული კადრები იყოლონ.

აქვე აღსანიშნავია, რომ თავდაპირველად მიღებულ იქნა გადაწყვეტილება, რომ რეანიმატოლოგებს და ანესთეზიოლოგებს არ დასჭირდებოდათ გადაუდებელ მედიცინაში გადამზადება, მაგრამ შემდგომ გამოიცა ბრძანება, რის მიხედვითაც აღმოჩნდა, რომ მათ სჭირდებათ მუშაობის მინიმუმ ერთწლიანი სტაჟი და გადაუდებელი მედიცინის ასოციაციის წევრის 3 რეკომენდაცია, ან უნდა გადამზადდნენ და მიიღონ შესაბამისი სერტიფიკატი.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, რეგულირების სამსახურსა, ჯანდაცვის სამინისტროს, ასოციაციებსა და კლინიკებს შორის კომუნიკაცია არ არის გამართული. ყველა სამსახური საკუთარი შეხედულებისამებრ აყალიბებს წესებს.

ერთი ექსპერტის მიხედვით, „სამწუხაროდ, რეგულირების სამსახურიდან არც თუ ისე კომპეტენტური აზრები მოდის, მაგრამ გვქონია შემთხვევები, როდესაც დიდი ძალისხმევით შედეგად ისინი დაგვირწმუნებია ჩვენს სისწორეში და გადაწყვეტილება შეუცვლიათ. ყოველთვის ასე არ ხდება და იძულებულები ვხდებით, დავექვემდებაროთ მათ მიერ მოთხოვნილ ჩვენთვის მიუღებელ მოთხოვნებს“.

კითხვაზე, კომპეტენციათა ახალი ნუსხის შემუშავებისას რამდენად ითვალისწინებენ კლინიკების ხელმძღვანელების აზრს, გადიან თუ არა მათთან კონსულტაციებს, ექსპერტები განმარტავენ, რომ ისინი დამოუკიდებლად არაფერს არ შეიმუშავენ. ისინი საბჭოს სხდომებზე ამტკიცებენ იმას, რასაც დარგობრივი ასოციაციები წარმოადგენენ. პასუხისმგებლები ისინი არიან. ჯანდაცვის სამინისტროს სათანადო სამსახურები კლინიკის ხელმძღვანელებს ეკითხებიან აზრს, რომელსაც შეიძლება დაეთანხმონ, ან არ დაეთანხმონ.

თუმცა, ერთი ექსპერტის აზრით, კლინიკების ხელმძღვანელებთან კონსულტაციები არ არის საჭირო. კლინიკების ხელმძღვანელების ფუნქციები კლინიკების მართვაა, სახელმწიფოში სამედიცინო სპეციალობების ნუსხის დანერგვა მათი პრეროგატივა არ არის.

ერთმა ექსპერტმა აღნიშნა, რომ „წინასწარი კონსულტაციები კლინიკების ხელმძღვანელებთან არ ხდება. ხშირად ფაქტის წინაშე გვაყენებენ და უკვე შემდეგ გვიწევს ბრძოლა, რომ ჩვენი სიმართლე დავუმტკიცოთ. ზოგჯერ გამოგვდის კიდეც, გამომდინარე იქიდან, რომ ამ სფეროში ჩვენ ბევრად მეტი პრაქტიკული გამოცდილება გვაქვს“.

ერთი ექსპერტის მტკიცებით, „ასოციაცია, რომელმაც კომპეტენციათა ნუსხა დაწერა და ვისთან შეთანხმებითაც სამინისტრომ გამოსცა ბრძანება, მთელი ამ ხნის განმავლობაში ამტკიცებდა, რომ ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგებს კრიტიკულ მედიცინაში გადამზადება და პირიქით - კრიტიკული მედიცინის ექიმებს ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგებად გადამზადება არ მოუწევდათ და ერთობლივად შეითავსებდნენ ორივეს კომპეტენციას. მეტიც, მისი თქმით, ასოციაციამ ისე გაწერა ყველაფერი, რომ ეს ორი დარგი ავტომატურად შეერთდა და რეკომენდაციების გაცემაც კი არ იქნებოდა საჭირო. სერტიფიკატები როგორც ანესთეზიოლოგ და რეანიმატოლოგებს ისე დაურიგებოდათ და მუშაობას შეძლებდნენ როგორც ანესთეზიოლოგიაში, ისე რეანიმატოლოგიაში. ასევე ანესთეზიოლოგია და რეანიმატოლოგიის სპეციალისტებს თუ სურთ, რომ ქონდეთ ემერჯენსში მუშაობის უფლება, მოუწევთ კურსის გავლა „გადაუდებელ მედიცინაში“.

ასოციაციის ამ გადაწყვეტილებისგან სრულიად განსხვავებული აღმოჩნდა ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული კომპეტენციათა ნუსხა. სამინისტროს გადაწყვეტილების მიხედვით, სამინისტრო გადაუდებელი მედიცინის სერტიფიკატს მხოლოდ იმ შემთხვევაში გასცემს, თუ ექიმს ექნება გადაუდებელი მედიცინის ასოციაციის წევრის 3 რეკომენდაცია და ერთწლიანი სამუშაო გამოცდილება. ასოციაციის რეკომენდაციაში არ იყო ეს მოთხოვნები, თუმცა სამინისტრომ და რეგულირების სამსახურმა თავის ბრძანებაში ეს მოთხოვნები ჩაწერეს, ანუ სერტიფიკატის გაცემა მოხდება მხოლოდ ამ ორი მოთხოვნის დაკმაყოფილების შემთხვევაში. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ ჯერჯერობით გაურკვეველია ასოციაციამ რა სახის რეკომენდაცია უნდა გასცეს.

კლინიკების ძალისხმევით ამჟამად რეგულირების სამსახურის მიერ გაცემული დამაჯარიმებელი სანქციების დროებითი შეჩერება მოხერხდა. შეთანხმდნენ, რომ რეგულირების სამსახური აღარ დააჯარიმებდა კლინიკებს, სანამ არ ჩამოყალიბდებიან

ხელახლა. თუმცა, რეგულირების სამსახური მაინც ითხოვს ანესთეზიოლოგებისა და რეანიმატოლოგების კლინიკებში გაფორმებას. იმის გამო, რომ ვერ გაცივმა სერტიფიკატები და არის ამ კადრთა დეფიციტი, კლინიკები იძულებულნი არიან მხოლოდ ფორმალურად გაიფორმონ კადრები, ანუ ეს კადრები ფიზიკურად ვერ მოახერხებენ მუშაობას ვინაიდან უკვე სხვაგან მუშაობენ.

ასოციაციის დასტურის შემდეგ, რომ ამ გაერთიანების ექიმებს არანაირი გადამზადების კურსი აღარ დასჭირდებოდათ და ორივე დარგში მუშაობას შეძლებდნენ, რეგულირების სამსახურის წარმომადგენელმა განაცხადა, რომ ეს ასე არ არის და საჭიროა კრიტიკულმა გაიაროს მინი რეზიდენტურა ანესთეზიოლოგიაში, ანესთეზიოლოგმა კი - კრიტიკულში.

დისკუსია, ინტერპრეტაცია

კვლევის მიხედვით, აღნიშნულ საკითხთან დაკავშირებით, ყველა სახელმწიფო, კერძო ორგანიზაციასა და პიროვნებას აქვს ინდივიდუალური მიდგომა და შეხედულება. მიუხედავად ამისა, გამოიკვეთა საერთო აზრი. ანესთეზიოლოგია-რეანიმატოლოგია არის ახალი სპეციალობა, რომელიც გულისხმობს პაციენტის როგორც ანესთეზიას, ისე-რეანიმაციას.

ადრე იყო ანესთეზია-რეანიმატოლოგია, ახლა გაყოფილია და ქვია ანესთეზიოლოგია და რეანიმატოლოგია. ანესთეზიას ორდღიანი კომპეტენცია ქონდა ინტენსიურ თერაპიაში. ცალკე იყო კრიტიკული მედიცინა, რასაც ქვია რეანიმატოლოგია. ეს ორი სპეციალობა გაუქმდა, მაგრამ მათზე გაცემული ყველა სერტიფიკატს განუსაზღვრელი ვადა აქვს.

საყურადღებოა, რომ ამ სპეციალობების ექიმებიდან ზოგიერთი დახელოვნებული იყო, როგორც ანესთეზიოლოგი, ზოგიერთი კი, როგორც რეანიმატოლოგი. ეს ეხება იმ ანესთეზიოლოგებს, ვისაც სერტიფიკატი ანესთეზიაში და კრიტიკულ მედიცინაში ქონდათ.

მომავალ სპეციალისტს კი, რომელიც სარეზიდენტო პროგრამას ანესთეზიოლოგიაში და რეანიმატოლოგიაში დაამთავრებს, ორივეს ფუნქცია მიენიჭება. ამ სპეციალობის ექიმს ექნება ორივე სპეციალობის კომპეტენციები, შესაბამისი ცოდნა და პრაქტიკული გამოცდილება. აქედან გამომდინარე, საჭიროდ ჩაითვალა გადამზადების კურსის გავლა, რათა ამ ექიმებმა, საჭიროების შემთხვევაში, შეძლონ როგორც ანესთეზიოლოგიაში, ისე რეანიმაციაში მუშაობა.

რაც შეეხება გადაუდებელი მედიცინის სპეციალობას, გამომდინარე იქიდან, რომ გადაუდებელ მედიცინას ანესთეზიოლოგია და რეანიმატოლოგიისგან განსხვავებული კომპეტენციები აქვს დამატებული, დარგის სპეციალისტები აქაც საჭიროდ მიიჩნევენ, მოხდეს ექიმთა გადამზადება, მაგრამ გადამზადება უნდა იყოს არა რვათვიანი, არამედ სრულებით საკმარისია ნაკლები დრო, კერძოდ, 2-3 თვე.

კვლევამ აჩვენა რომ აშკარად აღინიშნება კომუნიკაციის დეფიციტი ჯანდაცვის სამინისტროს, რეგულირების სამსახურს, დარგის ექსპერტებსა და კლინიკებს შორის.

ერთნი მიიჩნევენ, რომ საჭიროა ხანგრძლივი გადამზადების კურსი, რომელიც მოიცავს სრულ რვა თვეს, როგორც ამ უნარების მქონე, ასევე სტაჟის არმქონე ექიმებისთვის. რეალურად არ ხდება ამ ექიმების დიფერენცირება და ამ პროგრამის ინდივიდუალურად მორგება მათზე.

უმჯობესი იქნებოდა, მომხდარიყო ამ ექიმების დაყოფა გამოცდილების, სტაჟის, რაც მათ აქვთ იმ სერტიფიკატების სახეობების მიხედვით და ყველა ჯგუფისთვის ინდივიდუალური გადამზადების პროგრამა შემუშავებულიყო. მაგალითისთვის, იმ ექიმს, რომელსაც აქვს ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგის სერტიფიკატი და ფლობს კიდევაც გადაუდებელი პაციენტის მართვის უნარებს, არ უნდა სჭირდებოდეს რვათვიანი მოცდენა სამუშაო ადგილიდან, რათა მოიპოვოს გადაუდებელ მედიცინის განყოფილებაში მუშაობის უფლება.

ცხადია, თუ ექიმი ნამუშევარია, როგორც მხოლოდ ანესთეზიოლოგი, მას დასჭირდება ამ კურსის გავლა, თუმცა, რვათვიანი გადამზადების კურსი მაინც ზედმეტად ხანგრძლივად მიგვაჩნია.

დასკვნა, რეკომენდაციები

როგორც კვლევის პროცესში გამოიკვეთა, ხშირ შემთხვევაში არათანმიმდევრული და გაუგებარი გადაწყვეტილებების ერთ-ერთი წამყვან მიზეზს წარმოადგენს ჯანდაცვის სამინისტროს, ექიმთა პროფესიული რეგულირების სააგენტოს, სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტსა და სხვადასხვა ასოციაციებს (კრიტიკული მედიცინის ასოციაცია, რეანიმატოლოგთა ასოციაცია, ანესთეზიოლოგთა ასოციაცია და სხვა) შორის კომუნიკაციის დეფიციტი.

ამ სამსახურებს ერთმანეთთან არ აქვთ კომუნიკაცია და ყველა საკუთარი შეხედულებისამებრ აყალიბებს წესებს. რეგულირების სამსახური კი საკუთარი სურვილისამებრ წერს დებულებებს და კლინიკებისგან ითხოვს დაექვემდებარონ. სამედიცინო უნივერსიტეტი და სხვადასხვა დარგობრივი ასოციაციები თანხებისა და გრანტების მოსაზიდად ქმნიან სხვადასხვა გადასამზადებელ პროგრამას. ყოველივე ამით რიგი ორგანოები ხეირობენ და ჯარიმების სახით ბიუჯეტისკენ და თავიანთი ორგანიზაციებისკენ თანხებს იზიდავენ.

როგორც ზემოთ არის აღნიშნული, საქართველოს შრომის, ჯანრმთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და რეგულირების სამსახურის დადგენილებით, იმისათვის, რომ კლინიკებმა ფუნქციონირების უფლება მოიპოვონ, აუცილებლად უნდა ჰქონდეთ გადაუდებელი მედიცინის განყოფილება, სადაც მუშაობას მხოლოდ გადაუდებელი მედიცინის სერტიფიკატის მქონე ექიმები შეძლებენ.

პრობლემას კიდევ უფრო ამწვავებს ის, რომ ექიმებს ამ სერტიფიკატის მოსაპოვებლად 8-11 თვიანი გადამზადების გავლა მოუწევთ. არის რეალური ალბათობა იმისა, რომ ეს ექიმებიარ მოისურვებენ მოცდნენ თავიანთი სამუშაო ადგილებიდან, გაწიონ დამატებითი ხარჯები ამ კურსის საფასურის გადასახდელად და შედეგად არ გადამზადდნენ. ანუ ერჩივნებათ იმუშავონ მარტო რეანიმაციაში, ვინაიდან ემერჯენსიში მუშაობის ინტერესი ექიმისთვის, რომელიც მუშაობს რეანიმაციულ განყოფილებაში, ნაკლებ მიმზიდველია. ეს კი ისევ კადრების დეფიციტსა და კლინიკების კვლავ დაჯარიმებას გამოიწვევს. ამ განკარგულების ძალაში შესვლა განსაკუთრებით ასოციაციას (თანხების მოზიდვის თვალსაზრისით) და რეგულირების სამსახურს (კლინიკების დაჯარიმებით ამოდებული თანხების მოზიდვის თვალსაზრისით) აწყობთ. ამით მოხდება კლინიკების იძულება, თავიანთ თანამშრომლებს გადამზადების საფასური გადაუხადონ და რეგულირების სამსახურის მოთხოვნის შესაბამისად, სერტიფიცირებული კადრები იყოლიონ.

აღნიშნული ვითარება ჰოსპიტალური სექტორისთვის სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს და საჭიროებს სასწრაფო რეაგირებასა და კორექტირებას. წინააღმდეგ შემთხვევაში სამომავლოდ კლინიკები კიდევ უფრო მძიმე მდგომარეობაში ჩავარდებიან.

რაც შეეხება რეკომენდაციებს, მრავალფეროვანი ინფორმაციის ინტერპრეტირების შედეგად ზემოთხსენებული პრობლემის აღმოსაფხვრელად ყველაზე ოპტიმალურ ვარიანტად მიგვაჩნია შემდეგი:

ა) იმ ექიმებისთვის, რომლებმაც ანესთეზიოლოგია და რეანიმატოლოგიის დარგში დარგობრივი სპეციალიზაციის კურსი მომავალში უნდა გაიარონ, შეიქმნას სრულყოფილი პროგრამა, რომლის გავლის შემთხვევაშიც სპეციალისტს ექნება, როგორც თეორიული, ისე პრაქტიკული ცოდნა და უნარ-ჩვევები, რომლითაც ის შეძლებს სრულფასოვნად იმუშავოს არამარტო რეანიმაციულ განყოფილებაში, არამედ ემერჯენსის განყოფილებაშიც. ანუ ამ კურსის ფარგლებშივე გამოიყოს დამატებითი მოდული, სადაც ზემოთხსენებული ექიმები გაივიან, როგორც თეორიულ, ისე პრაქტიკულ მეცადინეობებს, რათა მათ შეძლონ ემერჯენსის განყოფილებაში კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტების მართვა.

ბ) რაც შეეხება ანესთეზიოლოგია და რეანიმატოლოგიის დარგში უკვე სერტიფიცირებულ ექიმებს, მათი კომპეტენციები განისაზღვროს შემდეგნაირად:

1) ემერჯენსის განყოფილებაში მუშაობის სტაჟის მქონე ექიმებს ყოველგვარი დამატებითი გადამზადების კურსის გავლის გარეშე მიენიჭოთ მიმდებში მუშაობის უფლება.

2) ხოლო იმ ექიმებისთვის, რომლებსაც ემერჯენსის განყოფილებაში არ უმუშავიათ, შემუშავდეს სპეციალური მინი კურსი, სადაც ისინი გაივლიან მხოლოდ იმ მოდულებს, რაც ემერჯენსის განყოფილებაში სამუშაოდ არის საჭიროა. ზემოხსენებული კურსი უნდა იყოს არა 8-11 თვიანი, არამედ დაახლოებით ორთვიანი, რაც კონკრეტულად იმ უნარ-ჩვევებისა და ცოდნის შესაძენად, რაც მათ ამჟამად არ გააჩნიათ, სრულიად საკმარისია.

აღნიშნული გამართლებულია ეკონომიური თვალსაზრისით, როგორც კლინიკებისთვის, ასევე ექიმებისთვის: ექიმს არ მოუწევს სამუშაოდ ადგილიდან დიდი ხნით მოცდენა და შედეგად არ დარჩება 8-11 თვე ანაზღაურების გარეშე და გადაიხდის ბევრად ნაკლებს, ვიდრე ეს 8-11თვიანი კურსის შემთხვევაში მოხდებოდა.

კლინიკებისთვის კი სარგებლიანი იქნება იმიტომ, რომ მას არ მოუწევს თავისი კადრის 8-11 თვის განმავლობაში მოცდენა და თუ ექიმის გადამზადებისთვის საჭირო თანხის გადამხდელი არის კლინიკა, იგი ნაკლებ თანხას გადაიხდის.

ასეთ შემთხვევაში, იმის ალბათობა, რომ ექიმი დაინტერესდება ამ კურსის გავლით, მეტია, ვინაიდან ამით იგი იძენს შეთავსებით ემერჯენსიში მუშაობის უფლებასაც, რაც მას საკუთარი შემოსავლის გაზრდის შესაძლებლობას მისცემს.

აბსტრაქტი

შესავალი: დღესდღეობით პრობლემატურია და ბოლომდე არ არის ჩამოყალიბებული რიგი საექიმო სპეციალობების კომპეტენციები და ამ სპეციალობის ექიმთა კვალიფიკაციის ამაღლებისა და მომიჯნავე სპეციალობებში გადამზადების გზები. აღნიშნული მნიშვნელოვან ზიანს აყენებს ჰოსპიტალურ სექტორს. კვლევის მიზანია სპეციალობათა ნუსხით განსაზღვრული ანესთეზიოლოგია-რეანიმატოლოგიის, კრიტიკული მედიცინისა და გადაუდებელი მედიცინის კომპეტენციები და მათი სრულყოფის გზები. **მეთოდოლოგია:** კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია ადამიანური რესურსების მართვასთან დაკავშირებული ნაშრომები. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა სიღრმისეული ინტერვიუები დარგის ექსპერტებთან, ასევე ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგებთან. **შედეგები, ინტერპრეტაცია:** როგორც კვლევის პროცესში გამოიკვეთა, ხშირ შემთხვევაში არათანმიმდევრული და გაუგებარი გადაწყვეტილებების ერთ-ერთი წამყვან მიზეზს წარმოადგენს ჯანდაცვის სამინისტროს, ექიმთა პროფესიული რეგულირების სააგენტოს, სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტსა და სხვადასხვა ასოციაციებს შორის კომუნიკაციის დეფიციტი. ამ სამსახურებს ერთმანეთთან არ აქვთ კომუნიკაცია და ყველა საკუთარი შეხედულებისამებრ აყალიბებს წესებს. ექიმებს ამ სერტიფიკატის მოსაპოვებლად 8-11 თვიანი გადამზადების გავლა მოუწევთ, რაც მათთვის ნაკლებ მიმზიდველია და შესაძლოა არც განხორციელდეს. ეს კი ისევ კადრების დეფიციტსა და კლინიკების კვლავ დაჯარიმებას გამოიწვევს. შედეგად, კლინიკები კიდევ უფრო მძიმე მდგომარეობაში ჩავარდებიან. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** უმჯობესი იქნებოდა, მომხდარიყო ექიმების დაყოფა გამოცდილების, სტაჟის მიხედვით და ყველა ჯგუფისთვის ინდივიდუალური გადამზადების პროგრამა შემუშავება. კურსი უნდა იყოს არა 8-11 თვიანი, არამედ დაახლოებით ორთვიანი, რაც კონკრეტულად იმ უნარ-ჩვევებისა და ცოდნის შესაძენად, რაც მათ ამჟამად არ გააჩნიათ, სრულიად საკმარისია.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: ექიმთა კომპეტენციათა ნუსხა; ანესთეზიოლოგია და რეანიმატოლოგია; გადაუდებელი მედიცინა; გადამზადების პროგრამა; გადაუდებელი მედიცინის სერტიფიკატი;

State regulation of the limited competence of doctors

Rusudan Kupatashvili, Teona kokichaishvili, Medea Bokuchava

Abstract

Competences in certain medical specializations, ways of raising qualification in these professions and retraining in neighboring specializations is nowadays a problematic issue and is not yet enough developed. This causes significant harm to hospital sector. Main research issue is: Competences and their ways of improvement in anesthesiology-reanimatology, critical medicine and emergency medicine, which are defined by the specialization list. Methodological grounds for the research are: Georgian and foreign textbooks concerning human resources management. Informational bases for the research are: orders on Defining List of Medical Specializations, Neighboring Medical Specializations and Sub-specializations issued by the Ministers of Labour, Health and Social Affairs in various years; Experience of other countries in this aspect. Research methodology includes deepened interviews with: hospital managers, human resources managers, representatives of the Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia, other associations and regulatory services; Interviews with representatives of these “problematic” profession (doctors). Besides deepened interviews, research reflects results of inquiry of the 20 certificate holder practician anesthesiologist-reanimatologists, which expresses their opinion and hopes regarding retraining in emergency medicine.

Key Word: List of medical competences; anesthesiology and reanimatology; emergency medicine, retraining program; certificate in emergency medicine.

ბიბლიოგრაფია

- საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N136/ნ. 2007 წლის 18 აპრილი. საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ. თბილისი.
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-7/ნ. 2014 წლის 7 თებერვალი. საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის №136/ნ ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე. თბილისი.

ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მართული კონკურენციის მოდელი და საქართველოს რეფორმები

თენგიზ ვერულავა¹, მირანდა ბიბილეიშვილი²

შესავალი

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში 2008-2010 წლებში განხორციელებული რეფორმები მიზნად ისახავდა დარგში საბაზრო რეგულატორების განვითარებას, კონკურენტული გარემოს ჩამოყალიბებას და ხელშეწყობას. საფუძველი ჩაეყარა კონკურენტულ სადაზღვევო სისტემას, სადაც სადაზღვევო კომპანიებს მიეცათ ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვაში მონაწილეობის, ხოლო დაზღვეულებს სადაზღვევო კომპანიების თავისუფალი არჩევანის უფლება. აღსანიშნავია, რომ “კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის” კონცეფცია 1990-იანი წლებიდან დაინერგა ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში. კონკურენტული მოდელის შემოღებით საქართველო ეხმიანებოდა მსოფლიოში ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ ყველაზე თანამედროვე და პროგრესულ ხედვას.

2010 წლიდან შეიგვალა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების წესები. თითოეულ რაიონში გამოცხადდა ტენდერში გამარჯვებული სადაზღვევო კომპანია, რომელსაც დარკისრა დადგენილ ვადაში საავადმყოფოს მშენებლობის დასრულება და ამოქმედება. შედეგად, დაზღვეულს წაერთვა როგორც სადაზღვევო კომპანიის, ასევე საავადმყოფოს არჩევის უფლება. ამით, სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენცია შეიგვალა შესაბამის რაიონში მონოპოლური სისტემით.

კვლევის მიზანია 2010 წელს ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებული ცვლილებების, კონკურენტული სადაზღვევო სისტემიდან მონოპოლისტურ სადაზღვევო სისტემაზე გადასვლის მიზეზების, მისი დადებითი და უარყოფითი მხარეების განხილვა, „მართული კონკურენციის“ კონცეფციის შესწავლა.

მეთოდოლოგია

კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა სამეცნიერო ნაშრომები, კვლევები, პუბლიკაციები, სტატიები, ინტერნეტით მოძიებული მონაცემები, საქართველოს საკანონმდებლო აქტები, მთავრობის დადგენილებები. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ჯანდაცვის ექსპერტებთან ჩაღრმავებული ინტერვიუ, რითაც განხორციელდა საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებულ რეფორმებთან დაკავშირებით მოსაზრებების იდენტიფიცირება. კვლევა ჩატარდა 2014 წლის მაისსა და ივნისში, თბილისში. ჩაღრმავებული ინტერვიუს ხანგრძლივობა შეადგენდა დაახლოებით 60-75 წუთს.

კონკურენტულ სადაზღვევო მოდელზე გადასვლის ძირითადი მომენტები

ჯანდაცვის სისტემაში 2008-2010 წლებში განხორციელებული რეფორმები მიზნად ისახავდა დარგში საბაზრო რეგულატორების განვითარებას, კონკურენტული გარემოს ჩამოყალიბებას და ხელშეწყობას. რეფორმამდე ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებას ახორციელებდა სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი. აღნიშნული სისტემა წარმოადგენდა ე.წ. ერთი გადამხდელის არაკონკურენტულ სისტემას.

2008 წლის მთავრობის №92 დადგენილების „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გადასაცემი სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“ საფუძველზე, საქართველოში ლიცენზირებულ ყველა

¹ მედიცინის აკადემიური დოქტორი. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი. აკად. გ. ჩავიძის სახ. გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის ხარისხის მართვის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი.

² ბიზნესის ადმინისტრირების მაგისტრი ჯანდაცვის სფეროში. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

სადაზღვევო კომპანიას მიეცა უფლება მონაწილეობა მიეღო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვაში. მთავრობამ სადაზღვევო ორგანიზაციების მიმართ დაადგინა მოთხოვნები და უზრუნველყო სადაზღვევო კომპანიებს შორის ჯანსაღი კონკურენციის პირობების დაცვა¹. ამით, საფუძველი ჩაეყარა კონკურენტულ სადაზღვევო სისტემას, სადაც სადაზღვევო კომპანიებს მიეცათ ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვაში მონაწილეობის, ხოლო დაზღვეულებს სადაზღვევო კომპანიების არჩევანის უფლება.

აქვე აღსანიშნავია, რომ 2009 წელს საქართველოში მიღებულ იქნა "ეკონომიკური თავისუფლების აქტი", რომლის მიხედვით "ბიუჯეტის სახსრები უნდა იქნენ გამოყენებული ისე, რომ მოქალაქეებს მისცენ საშუალება, სადაც შესაძლებელია, თავად გააკეთონ არჩევანი, და არ იქნას მიმართული მომსახურების სახელმწიფო მიმწოდებლის პირდაპირი დაფინანსებისათვის. ანუ, დაფინანსდეს არა ინსტიტუტები და ორგანიზაციები, სადაც პაციენტი იძულებული იქნება არჩევანის გარეშე მივიდეს, არამედ დაფინანსდეს ადამიანები, ვისაც ეს დაფინანსება ეკუთვნის და ყველაზე მეტად სჭირდება და მათ დაუტოვონ არჩევანის დაფინანსება. ხოლო ინსტიტუტები დაფინანსდებიან ამ ადამიანების არჩევანის მოგებით."

"ეკონომიკური თავისუფლების აქტში" ძირითადი აქცენტი გაკეთდა მოსახლეობის არჩევანის უფლებაზე, რადგან საბაზრო ეკონომიკის უმთავრესი პრინციპია არჩევანის თავისუფლება, რომელზედაცაა დამოკიდებული კონკურენცია და შესაბამისად, ხარისხი.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში კონკურენტული გარემოს შექმნის უმნიშვნელოვანეს ელემენტს წარმოადგენდა სადაზღვევო ვაუჩერის, როგორც ფინანსური ინსტრუმენტის შემოღება. 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 ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურებით.

სახელმწიფო ყოველთვიურად ერთ დაზღვეულზე იხდიდა პოლისის სტანდარტული ღირებულების ერთი მეორემეტედის 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.² 2010 წლის მონაცემებით, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებით მოცული ბენეფიციარების რაოდენობა 888 368-მდე გაიზარდა.

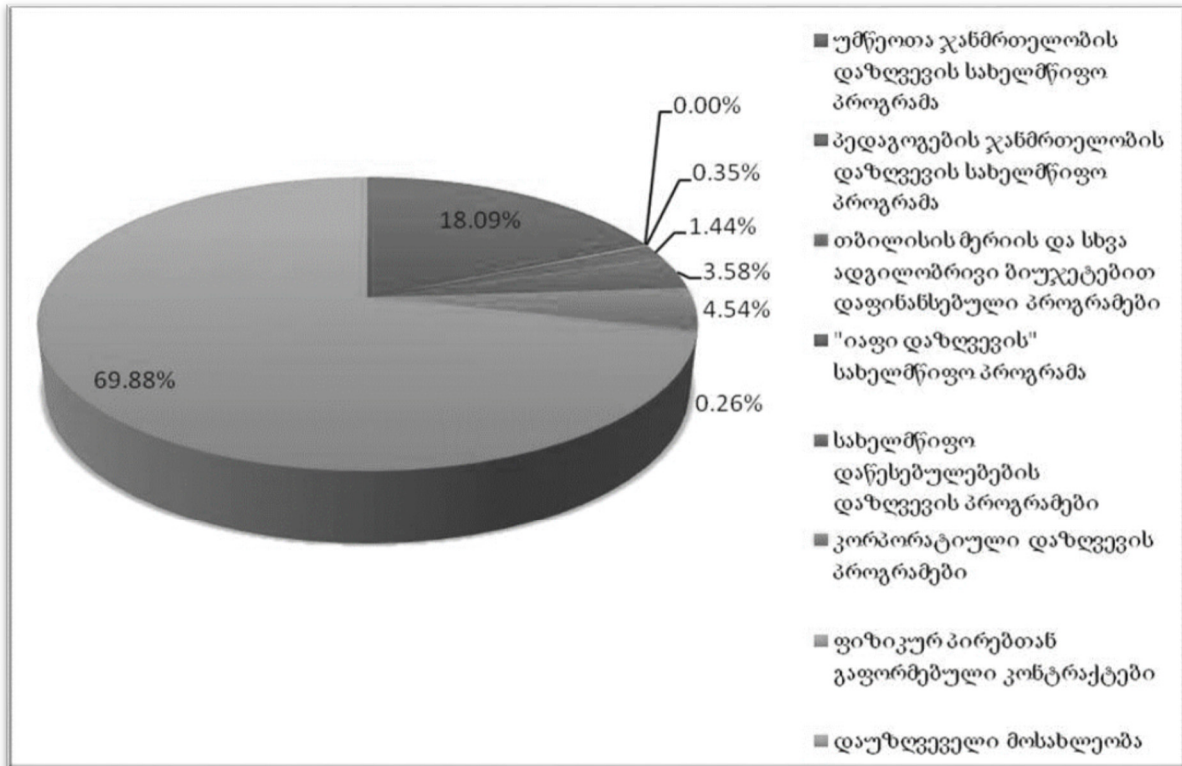
ცხრილი 1: სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ბენეფიციარები. 2010 წლის მონაცემები

სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ბენეფიციარები	რაოდენობა
სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა	793557
კომპაქტურ დასახლებებში მყოფი იძულებით გადაადგილებული პირები	12075
მზრუნველობამოკლებული ბავშვები	3053
სახალხო არტისტები, სახალხო მხატვრები, რუსთაველის პრემიის ლაურეატები	189
პედაგოგები	79494
სულ	888368

¹ შორენა ჯადუგიშვილი. ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია. 2010.

² შორენა ჯადუგიშვილი. ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია. 2010.

ნახატი 1: ჯანმრთელობის დაზღვევის სახეობების მიხედვით დაზღვეული მოსახლეობა



მართული კონკურენციის კონცეფცია და ევროპული გამოცდილება

კონკურენტული მოდელის შემოღებით საქართველო ეხმარებოდა მსოფლიოში ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ ყველაზე თანამედროვე და პროგრესულ ხედვას. იგივე ხასიათის რეფორმები განხორციელდა ევროპის ისეთ ქვეყნებში, როგორცაა ნიდერლანდები, ბელგია, შვეიცარია, ჩეხეთი, სლოვაკეთი, ასევე, ისრაელი. მას საფუძვლად დაედო გასული საუკუნის 90-იან წლებში ამერიკელი ეკონომისტის ალან ეინთჰოვენის და მისი ევროპელი მიმდევრების მიერ შემუშავებული კონცეფცია “მართული კონკურენციის მოდელის” შესახებ.

მართული კონკურენცია გულისხმობს ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის მართვაში მრავალი გადამხდელის (სადაზღვევო კომპანია) მონაწილეობას, რაც ქმნის მათ შორის კონკურენციას. სოციალური მიზნების (ეფექტურობა და ხელმისაწვდომობა) მისაღწევად სახელმწიფო ახდენს კონკურენციის რეგულირებას.¹ მიჩნეულია, რომ კონკურენტული სისტემა ხელს უწყობს ჯანდაცვის ხარჯების ზრდის შეკავებას და სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების ეფექტური მართვის საშუალებას იძლევა.

მართული კონკურენცია იყენებს წესებს, რომელიც მომდინარეობს რაციონალური მიკროეკონომიკური პრინციპებიდან.² ერთმანეთთან კონკურენციაში მყოფი მომგებიანი და არამომგებიანი სადაზღვევო კომპანიები აწარმოებენ მოლაპარაკებებს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთან სერვისების ფასისა და ხარისხის შესახებ.

მართული კონკურენცია ეფუძნება ფასისმიერ კონკურენციას. კერძოდ, ჯანმრთელობის კერძო სადაზღვევო კომპანიების სარგებლის პაკეტები ცვლად პრემიალურ დონეებზეა გათვლილი. სადაზღვევო კომპანიები ერთმანეთს კონკურენციას უწყვენ სადაზღვევო პაკეტის პრემიაზე. შესაბამისად, მომხმარებელი ირჩევს იმ სადაზღვევო კომპანიას, სადაც გარკვეულ პაკეტზე შედარებით მცირე სადაზღვევო პრემიაა დაწესებული. გარდა ამისა,

¹ Van de Ven WP, Beck K, Buchner F, Schokkaert E, Schut FT, Shmueli A, Wasem J. –Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? 2012

² Alain C. Enthoven. The History And Principles Of Managed Competition. Health Affairs, 12, no.suppl 1 (1993)

კონკურენტული მოდელი სადაზღვევო კომპანიებს სტიმულს აძლევს შექმნან ბაზისურ სადაზღვევო პაკეტს ზევით განსხვავებული დამატებითი სადაზღვევო პაკეტები.

მართული კონკურენციის მეორე მნიშვნელოვანი ფაქტორია თავისუფალი არჩევანი, მომხმარებლის მეტი ინფორმირებულობა არჩევანის გასაკეთებლად. აღნიშნული დაზღვეულს აძლევს საშუალებას სადაზღვევო პაკეტის შერჩევასა მიიღოს მისთვის სასურველი, ოპტიმალური გადაწყვეტილება. მართული კონკურენციის კონცეფციის ერთ-ერთი ავტორის, ალან ეინთოვენის სიტყვებით, „მართული კონკურენცია გულისხმობს კლიენტის მიერ სასურველი ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებელი სისტემის ინფორმირებულ არჩევანს“.¹

პასუხისმგებლობები გადანაწილებულია მზღვეველებსა, პროვაიდერებსა და პაციენტებზე. მნიშვნელოვნად შეიცვალა თითოეული ამ რგოლის როლი. მზღვეველი ცდილობს მაღალი ხარისხის სერვისი შესთავაზოს დაზღვეულს, ხოლო დაზღვეული კრიტიკულად აფასებს თითოეული სადაზღვევო კომპანიის მიერ შემოთავაზებულ სერვისებს და თავად ღებულობს გადაწყვეტილებას მისთვის სასურველი მზღვეველის ასარჩევად.

სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებსა და მზღვეველებს შორის კონკურენცია მართული კონკურენციის მოდელის მთავარი მამოძრავებელი ძალაა. ჯანდაცვის სექტორში საბაზრო ელემენტების შემოსვლა წარმოადგენს ახალ და უნიკალურ ვარიანტს სოციალური დაზღვევის სისტემაში. რეფორმის შედეგად შეიცვალა სახელმწიფოს როლი, რომელიც სისტემის მესაჭის ნაცვლად გახდა ჯანდაცვის ბაზრის ფუნქციონირების დამცველი. მთავრობა აკონტროლებს სამედიცინო სერვისების ხარისხს და ხელმისაწვდომას. სახელმწიფოს მიერ დაწესებული მარეგულირებელი მექანიზმების შედეგად, სადაზღვევო კომპანიებს არ შეუძლიათ უარი უთხრან ბენეფიციარებს დაზღვევაზე. მათ არ აქვთ უფლება მოახდინონ ბენეფიციართა დიფერენცირება სადაზღვევო რისკების მიხედვით და ვალდებული არიან დააზღვიონ ყველა ბენეფიციარი.

არაკონკურენტულ მოდელზე გადასვლა

2010 წლიდან ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დაფინანსების წესების შეცვლის შედეგად, დაზღვეულს ჩამოერთვა სადაზღვევო კომპანიის თავისუფლად არჩევის უფლება და იგი შეიცვალა კონკრეტულ კომპანიასთან სავალდებულო ურთიერთობით. საქართველოს ტერიტორია პირობითად დაიყო 26 სამედიცინო უბნად. დამზღვევი სადაზღვევო ვაუჩერით ხელშეკრულებას აფორმებს საცხოვრებელი ადგილის შესაბამის სამედიცინო რაიონში გამარჯვებულ კომპანიასთან.

2010 წლამდე არსებულ სიტუაციასთან შედარებით მნიშვნელოვანი განსხვავება მდგომარეობდა იმაში, რომ სადაზღვევო კომპანიებს დაეკისრათ გაზრდილი ვალდებულებები შემცირებული პრემიის პირობებში. კერძოდ, თითოეული დაზღვეულზე წლიური სადაზღვევო პრემიის ოდენობა განისაზღვრა შესაბამის სამედიცინო უბანში კონკურსის წესით გამარჯვებული მზღვეველის მიერ დაფიქსირებული ფასის შესაბამისად, რომელიც ნაცვლად 180 ლარისა მნიშვნელოვნად შემცირდა. კერძოდ: თბილისში, საჩხერესა და გორში 116 ლარი და 40 თეთრი, ხოლო დანარჩენ 23 რაიონში 132 ლარი. შესაბამისად, მზღვეველებს დაეკისრათ გაზრდილი ვალდებულებები შემცირებული პრემიის პირობებში.

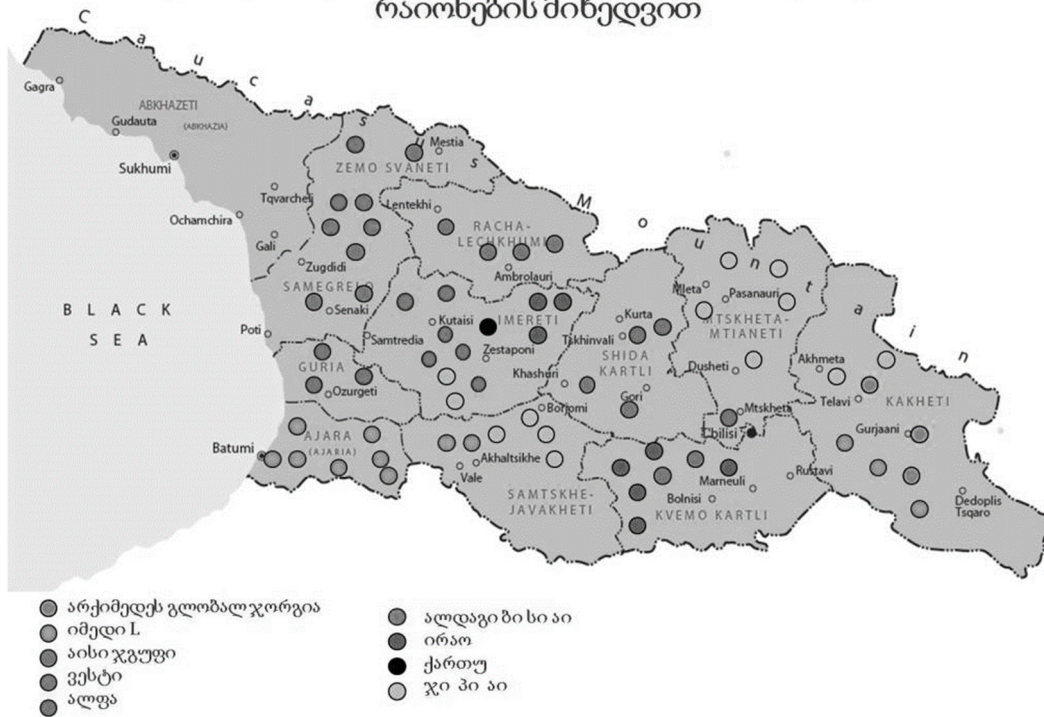
გარდა ამისა, შემცირებული პრემიის პირობებში, სადაზღვევო კომპანიებს სადაზღვევო პაკეტში უნდა შეეტანათ სამკურნალო საშუალებების ხარჯების ანაზღაურება 50 ლარის ფარგლებში, 50 % თანაგადახდით.

ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილე სადაზღვევო კომპანიებისათვის ყველაზე პრობლემატურს წარმოადგენდა ის გარემოება, რომ კონკურსის პირობების შესაბამისად, მათი საქმიანობის წარმოების სამედიცინო რაიონებში დაეკისრათ ვალდებულება დადგენილ ვადაში თანამედროვე, მაღალი სტანდარტის საავადმყოფოების აშენება ან არსებული დაწესებულებების გაუმჯობესება.

¹ Alain C. Enthoven. The History And Principles Of Managed Competition. Health Affairs, 12, no.suppl 1 (1993)

ნახატი 2: ტენდერში გამარჯვებული კომპანიები სამედიცინო რაიონების მიხედვით

ტენდერში გამარჯვებული კომპანიები სამედიცინო რაიონების მიხედვით



წყარო: კითხვები სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებთან დაკავშირებით. საზოგადოებრივ განხილვათა მხარდაჭერა. პარტნიორობა სოციალური ინიციატივებისათვის. ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტო (USAID). თბილისი. 6 მაისი, 2010 წ.

2010 წლამდე არსებულ სიტუაციასთან შედარებით მნიშვნელოვანი განსხვავება ასევე, მდგომარეობდა იმაში, რომ გახანგრძლივდა სადაზღვევო ხელშეკრულებები. 2010 წლიდან დაზღვეულსა და მზღვეველს შორის დადებული ხელშეკრულება 3 წლიანი გახდა 1 წლიანის მაგივრად. იგი განპირობებული იყო იმ გარემოებით, რომ სადაზღვევო კომპანიას დადგენილ ვადაში უნდა მოესწრო საავადმყოფოს მშენებლობის დასრულება და ამოქმედება, რისთვისაც იგი დროის ამ პერიოდში გარანტირებული უნდა ყოფილიყო მასთან დაზღვეულთა გარკვეული რაოდენობით.

სადაზღვევო ხელშეკრულების გახანგრძლივების შედეგად მოსალოდნელი სადაზღვევო კომპანიის მხრიდან მოსალოდნელი უარყოფითი მხარეების შესამცირებლად შემუშავდა გაძლიერებული კონტროლის მექანიზმები. კერძოდ, დადგინდა, რომ სადაზღვევო კომპანიის მიერ ვაუჩერის პირობებით განსაზღვრული ვალდებულებების სისტემატიური და უხეში დარღვევების დროს მათ შეუწყდებოდათ სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილეობის უფლება. დარღვევების შესახებ წერილობითი დასკვნას გასცემს ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახური და/ან საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ამასთან, დაზღვეულთა ინფორმირებულობის ამაღლების მიზნით, კომპანიას დაევალა სადაზღვევო სერტიფიკატში ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახურის შესახებ ინფორმაციის მითითება.

ამრიგად, 2010 წელს განხორციელებული ცვლილებების შედეგად, მნიშვნელოვნად შეიცვალა საბაზრო ურთიერთობები, გარემო, როლები და ფუნქციების გადანაწილება. ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ბენეფიციარს არამარტო სადაზღვევო კომპანიის არჩევის უფლება წაერთვა, არამედ არანაკლებ უმთავრესი უფლება - თავად აირჩიოს საავადმყოფო, ვინაიდან პაციენტი იძულებული ხდება შემოიფარგლოს მის რაიონში

მოქმედი სადაზღვევო კომპანიის, მისი კლინიკის და ექიმის მიერ შეთავაზებული მომსახურებითა და პირობებით. ყურადსაღებია ის გარემოებაც, რომ ირღვევა „პაციენტის უფლებების შესახებ“ კანონის მე-5, მე-7 და მე-8 მუხლები“¹

განხორციელებული ცვლილებების შედეგად, 2010 წლის მარტის თვიდან გაქრა სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენცია. სადაზღვევო კომპანიები ერთპიროვნულ მონოპოლიებად იქცნენ შესაბამის რაიონში.² ამ ცვლილებით სადაზღვევო სისტემა ისევ დაუბრუნდა იმ ფორმას, რომლის მიუღებლობაც გარკვეულწილად საფუძვლად დაედო თავის დროზე მონოპოლისტური სადაზღვევო სისტემის გაუქმების თაობაზე გადაწყვეტილებას³.

საქართველოში ხელისუფლების ცვლილებების შედეგად, 2013 წლის 28 თებერვლიდან ამოქმედდა უნივერსალური ჯანდაცვის სისტემა. ახალი მთავრობის გადაწყვეტილებით, სადაზღვევო კომპანიები აღარ მონაწილეობენ სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვაში. მათ ნაცვლად სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების უზრუნველყოფის განხორციელება დაევალა სოციალური მომსახურების სააგენტოს. მართალია, ახალი სქემის მიხედვით, პაციენტს აქვს უფლება თვითონ აირჩიოს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, რაც ზრდის მომსახურების ხარისხს, თუმცა მას არ შეუძლია აირჩიოს მისთვის სასურველი სადაზღვევო კომპანია, რადგან ქვეყანაში მოქმედებს ერთი გადამხდელის მონოპოლური სისტემა.

ექსპერტების გამოკითხვის შედეგები

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ექსპერტებთან ჩატარებული ჩაღრმავებული ინტერვიუების შედეგად გამოიკვეთა საქართველოში კონკურენტული სადაზღვევო მოდელიდან არაკონკურენტულ მოდელზე გადასვლისადმი ორი განსხვავებული მიდგომა.

ექსპერტები თანხმდებიან, რომ 2010 წლის შემდეგ კონკურენტული სადაზღვევო მოდელი შეიცვალა მონოპოლური სადაზღვევო მოდელით. შესაბამისად, შეიზღუდა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამის მოსარგებლეთა მიერ როგორც მზღვეველის, ისე პროვაიდერის თავისუფალი არჩევანის უფლება. თუმცა, რესპოდენტთა ერთი ნაწილის მოსაზრებით, დაზღვეულებს თავისუფალი არჩევანის უფლება მხოლოდ დროებით შეეზღუდათ, 2013 წლის მარტამდე, რაც გამოწვეული იყო რამოდენიმე მიზეზით:

- სადაზღვევო კომპანიების მიერ გაყიდვებზე გაწეული (აკვიზიციური) ხარჯები შეადგენდა პრემიის თითქმის 30 %-ს, რაც საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელია;
- გამოვლინდა კორუფციის (სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან საჯარო მოხელეების მოსყიდვის) მრავალი ფაქტი;
- ქვეყანაში არსებული ჯანდაცვის მოძველებული ინფრასტრუქტურა მოითხოვდა განახლებას, რომლის ხარჯების გაწევა სახელმწიფოს არ შეეძლო. შედეგად, სახელმწიფომ სადაზღვევო კომპანიებს დააკისრა სამედიცინო დაწესებულებების მშენებლობა-რეკონსტრუქციის დამატებითი ვალდებულებები;
- თითქმის 25 %-ით შემცირდა სახელმწიფოს მიერ ერთ დაზღვეულზე გამოყოფილი პრემია.

¹ თენგიზ ვერულავა. „რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის ევროპული გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები“. საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალების კრებული. გვ. 323-326. თსუ, პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტი. თბილისი. 2014

² თენგიზ ვერულავა. „რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის ევროპული გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები“. საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალების კრებული. გვ. 323-326. თსუ, პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტი. თბილისი. 2014.

³ იქვე. თენგიზ ვერულავა. „რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელი...“ გვ. 323-326.

ზოგიერთი ექსპერტი თვლის, რომ ახალი სამედიცინო დაწესებულებების აშენების ან მათი განახლების შედეგად, მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა სამედიცინო მომსახურების გარემო. აღნიშნულმა დადებითი გავლენა მოახდინა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე. გაიზარდა ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა. მოსახლეობას მიეცა სამედიცინო მომსახურების თავისი საცხოვრებელი ადგილის მახლობლად მიღების შესაძლებლობა, რამაც არსებითად გაზარდა ექიმთან მიმართვიანობა.

აქედან გამომდინარე, ექსპერტთა აზრით, ერთმნიშვნელოვნად არ შეიძლება იმის თქმა, რომ კონკურენციისა და პაციენტის თავისუფალი არჩევანის შეზღუდვა უარყოფითად მოქმედებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე. სამედიცინო დაწესებულებების არჩევანი ზოგ ქვეყანაში შეზღუდულია და ხარისხზე ზემოქმედების სხვა უფრო ეფექტური ბერკეტები არსებობს, ვიდრე კონკურენცია რაიონულ დონეზე.

ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებების დროს სამედიცინო მომსახურების მიწოდებლების თავისუფალი არჩევანი გარანტირებული იყო მთავრობის დადგენილებით, ხოლო გეგმიური სერვისების არჩევანი უმეტეს რაიონში პირობითია (თითქმის არ არსებობს). ექსპერტთა გარკვეული ნაწილის აზრით, კვლევები ადასტურებენ, რომ სადაზღვევო კომპანიის თავისუფალი არჩევანის უფლებას დაზღვეულთა მხოლოდ მცირე ნაწილი იყენებს.

ექსპერტთა გარკვეული ნაწილის აზრით, კონკურენტული სადაზღვევო სისტემის გაუქმებაზე დიდი გავლენა იქონია დაზღვეულთა დაბალმა სადაზღვევო განათლებამ. არანაკლებ მნიშვნელოვანია ექიმთან პაციენტთა დაბალი მიმართვიანობა, რაც სხვა ფაქტორებთან ერთად განპირობებული იყო მოძველებული სამედიცინო დაწესებულებების არასახარბიელო ფიზიკური მდგომარეობით. შედეგად, სადაზღვევო კომპანიებისათვის დაზღვეული მოსახლეობისგან სადაზღვევო ვაუჩერების მოგროვება და დაზღვეულთა რაოდენობის ზრდა პრაქტიკულად ურისკო ბიზნესს წარმოადგენდა. დაზღვეულთა დაბალი მიმართვიანობის პირობებში დაბალი იყო მათი "ზარალიანობაც". ამიტომ სადაზღვევო კომპანიების ძალისხმევა ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე კი არ იყო მიმართული, არამედ იმაზე, რომ რაც შეიძლება მეტი დაზღვეული მოეზიდათ და შესაბამისად, მეტი ვაუჩერი (ანუ სახელმწიფოსგან მეტი დაფინანსება) მიეღოთ.

სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან გამოვლინდა კორუფციის ნიშნებიც. კერძოდ, სადაზღვევო კომპანიები ფინანსებს იყენებდნენ საჯარო მოხელეების (სოფლის გამგებლები, სოციალური სააგენტოს წარმომადგენლები და ა.შ.) მოსასყიდად, რათა ეს უკანასკნელნი მათ ხელთ არსებული სახელმწიფო ბერკეტების მეშვეობით დახმარებოდნენ დაზღვეულთა მისაზიდად. აღნიშნულმა, გარკვეულ ეტაპზე, ისეთი მანკიერი სახე მიიღო, რომ 2010 წლიდან სახელმწიფო იძულებული გახდა უარი ეთქვა მზღვეველების თავისუფალი არჩევითობის პრინციპზე და აუქციონის სისტემის მეშვეობით კონკრეტული რაიონები კონკრეტულ სადაზღვევო კომპანიებზე "მიეზა".

ამ მოსაზრების საპირისპიროდ, გამოკითხულ ექსპერტთა დიდი ნაწილი თვლის, რომ პაციენტის თავისუფალი არჩევანი ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების უმნიშვნელოვანესი პრინციპია, განსაკუთრებით, ისეთ სისტემაში, სადაც ჯანდაცვით სახელმწიფო პროგრამების მართვაში მონაწილეობენ სადაზღვევო კომპანიები. ექსპერტები მხარს უჭერენ მრავალი გადამხდელის სისტემის არსებობას, სადაც ბევრი სადაზღვევო კომპანიაა წარმოდგენილი.

ექსპერტთა ამ ნაწილის აზრით, სისტემა, სადაც ჯანდაცვითი სახელმწიფო პროგრამებს სახელმწიფო სააგენტო ან თითოეულ რაიონში ერთი სადაზღვევო კომპანია მართავს, წარმოადგენს ერთი გადამხდელის სისტემას, რადგან პაციენტს პირველ შემთხვევაში მხოლოდ სახელმწიფო სააგენტოსთან აქვს ურთიერთობა, ხოლო მეორე შემთხვევაში შესაბამის საცხოვრებელ ადგილზე (რაიონი, ქალაქი) წარმოდგენილ სადაზღვევო კომპანიასთან. ორივე შემთხვევაში, დამფინანსებელი, როგორც სახელმწიფო სააგენტო, ასევე სადაზღვევო კომპანია, მონოპოლიურ მდგომარეობაში იმყოფება. არაკონკურენტულ

გარემოში სადაზღვევო კომპანია ცდილობს რაც შეიძლება ნაკლებად აანაზღაუროს სამედიცინო პერსონალის მიერ გაწეული შრომა, რადგან სამედიცინო ბაზარზე მას არ ჰყავს კონკურენტი. თავის მხრივ, სამედიცინო პერსონალი იძულებულია სადაზღვევო კომპანიასთან ანაზღაურების ნებისმიერ განაკვეთზე გააფორმოს კონტრაქტი, რადგან სხვა გამოსავალი მას არ რჩება. ასეთ არაკონკურენტულ სადაზღვევო ბაზარზე ხშირია შემთხვევები, როდესაც სადაზღვევო კომპანია თვეების განმავლობაში აგვიანებს სამედიცინო დაწესებულების დაფინანსებას, რაც უარყოფითად მოქმედებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე, პაციენტის კმაყოფილებაზე. ამ და სხვა ფაქტორების გამო, თავისუფალი არჩევანის პრინციპი უმთავრესია პაციენტზე ორიენტირებული სისტემის დასაწერად. ექსპერტთა აზრით, საქართველოში 2009 წელს მიღებული „ეკონომიკური თავისუფლების აქტი“, რომელშიც ხაზგასმულია პაციენტის მიერ თავისუფალი არჩევანის პრინციპი, წარმოადგენს ამ პერიოდში მიღებულ ყველაზე პროგრესულ საკანონმდებლო აქტს.

ექსპერტები თვლიან, რომ რეფორმის საწყის ეტაპზე არსებული მაღალი აკვიზიციური ხარჯები შეესაბამებოდა კონკურენტული სისტემის დანერგვის პროცესს და ატარებდა დროებით ხასიათს. დაზღვევის ხასიათიდან გამომდინარე, რომელიც ეფუძნება დიდი რიცხვების კანონი, პირველ წლებში სადაზღვევო კომპანია ცდილობს რაც შეიძლება მეტი ბენეფიციარი მიიზიდოს. რაც უფრო მეტია კონკრეტულ სადაზღვევო კომპანიაში დაზღვეულთა რაოდენობა, მით მეტია სადაზღვევო სარგებლები, მით მეტი სერვისებია მოცული სადაზღვევო პაკეტში, და რაც მთავარია, დაზღვეულს მით უფრო ნაკლები სადაზღვევო პრემია აქვს გადასახდელი. აქედან გამომდინარე, სადაზღვევო კომპანია ცდილობს საწყის ეტაპზე გაზარდოს აკვიზიციური ხარჯები, რომ რაც შეიძლება მეტი რაოდენობით დაზღვეული მიიზიდოს. დაზღვეულის მიერ მისთვის სასურველი სადაზღვევო კომპანიის არჩევის შემდეგ, როგორც მოსალოდნელია, მცირდება სადაზღვევო კომპანიის მიერ გასაწევი აკვიზიციური ხარჯები.

ექსპერტთა ნაწილის მიერ გამოთქმულ მოსაზრებასთან დაკავშირებით, რომ კონკურენტული დაზღვევის სისტემის დროს გამოვლინდა კორუფციის ნიშნები, ექსპერტთა მეორე ნაწილი თვლის, რომ კორუფციის აღმოსაფხვრელად არსებობენ სათანადო ორგანოები. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენციის არსებობისას, სადაც სადაზღვევო ხელშეკრულების პერიოდი ერთი წელია, დაზღვეულს უფლება აქვს გადაირჩიოს მისთვის არასასურველი სადაზღვევო კომპანია.

ექსპერტების აზრით, რეფორმაზე უარყოფითად იმოქმედა იმ გარემოებამაც, რომ სახელმწიფოს მიერ დადგენილი სადაზღვევო პრემია არ შეესაბამებოდა რისკებს და მისი გამოთვლა არ განხორციელებულა აქტუარული გათვლის წესების დაცვით.

ექსპერტთა აზრით, ქვეყნებში, სადაც მოქმედებს მრავალი გადამხდელის მოდელი, არსებობს მისი სხვადასხვა ვარიაციები. ამიტომ, კონკურენტული მოდელის დანერგვისას გათვალისწინებული უნდა იქნას ქვეყნის სპეციფიკა, მისი თავისებურებები.

დისკუსია, დასკვნა

2008 წელს საქართველოში დაინერგა კონკურენტული სადაზღვევო მოდელი, რომლითაც სადაზღვევო კომპანიებს მიეცათ უფლება მონაწილეობა მიეღოთ სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამის მართვაში. სახელმწიფომ უზრუნველყო სადაზღვევო კომპანიებს შორის ჯანსაღი კონკურენციის პირობების დაცვა. თუმცა, როგორც კვლევის შედეგებიდან ირკვევა, კონკურენტული სისტემის ფუნქციონირებაში გამოვლინდა გარკვეული ხარვეზები. ზოგი ექსპერტი ამ ნაკლოვანებებს შორის ასახელებს მოსახლეობის მხრიდან დაზღვევის შესახებ დაბალ განათლებას, სადაზღვევო კომპანიების მხრივ მაღალ აკვიზიციურ ხარჯებს. თუმცა, აღნიშნული ნაკლოვანებები, როგორც ყოველი ახალი სისტემის დანერგვის პროცესს შეესაბამება, ატარებდნენ დროებით ხასიათს. ამასთან, გასათვალისწინებელია, რომ კონკურენტულ სადაზღვევო სისტემაში, სადაც სადაზღვევო ხელშეკრულების პერიოდი

ერთი წელია, დაზღვეულს უფლება აქვს გადაირჩიოს მისთვის არასასურველი სადაზღვევო კომპანია.

ჯანდაცვის სისტემაში ბოლო წლებში მიმდინარე რეფორმების ევროპულ გამოცდილებას თუ გავიზიარებთ, შეიძლება ითქვას რომ ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვის კონკურენტული მოდელი სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და ხარჯების შეკავების ეფექტური მექანიზმია. კონკურენტული მოდელიდან არაკონკურენტულ მოდელზე გადასვლა უარყოფითად აისახება ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის განვითარებაზე.

აბსტრაქტი

შესავალი: საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში 2008-2010 წლებში განხორციელებული რეფორმები მიზნად ისახავდა დარგში კონკურენტული გარემოს ჩამოყალიბებას და ხელშეწყობას. კონკურენტული მოდელის შემოღებით საქართველო ეხმიანებოდა მსოფლიოში ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ ყველაზე თანამედროვე ხედვას. 2010 წლიდან სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენცია შეიცვალა შესაბამის რაიონში მონოპოლური სისტემით. კვლევის მიზანია კონკურენტული სადაზღვევო სისტემიდან მონოპოლისტურ სადაზღვევო სისტემაზე გადასვლის მიზეზების, მისი დადებითი და უარყოფითი მხარეების განხილვა. **მეთოლოდოგია:** თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ექსპერტთა სიღრმისეული გამოკითხვა. **შედეგები:** ექსპერტთა ერთი ნაწილის აზრით, დაზღვეულებს თავისუფალი არჩევანის უფლება მხოლოდ დროებით შეეზღუდათ, რაც გამოწვეული იყო სადაზღვევო კომპანიების მიერ მაღალი აკვიზიციური ხარჯებით, ნეგატიური მოვლენების გამოვლენით (კორუფციის ფაქტები სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან). ასევე, ჯანდაცვის მოძველებული ინფრასტრუქტურის განახლებისათვის საჭირო თანხების უქონლობამ სახელმწიფო აიძულა იგი სადაზღვევო კომპანიებისთვის დაეკისრებინა. ექსპერტთა მეორე ნაწილის აზრით, რეფორმის საწყის ეტაპზე გამოვლენილი ნაკლოვანებები შეესაბამებოდა ახალი სისტემის დანერგვის პროცესს, ატარებდნენ დროებით ხასიათს და მათი გამოსწორების მიზნით არაკონკურენტულ სადაზღვევო მოდელზე გადასვლა არ იყო გამართლებული, რადგან პაციენტის თავისუფალი არჩევანი ჯანდაცვის სისტემის ფუნქციონირების უმნიშვნელოვანესი პრინციპია. არაკონკურენტულ გარემოში სადაზღვევო კომპანია მონოპოლიურ მდგომარეობაში იმყოფება, რაც უარყოფითად მოქმედებს სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე, პაციენტის კმაყოფილებაზე. **დასკვნა, რეკომენდაციები.** ჯანდაცვის სისტემაში ბოლო წლებში მიმდინარე რეფორმების ევროპულ გამოცდილებას თუ გავიზიარებთ, შეიძლება ითქვას რომ ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების მართვის კონკურენტული მოდელი სამედიცინო მომსახურების ხარისხისა და ხარჯების შეკავების ეფექტური მექანიზმია. მისი გაუქმება უარყოფითად აისახება ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემის განვითარებაზე.

Managed competition in social health insurance system and health care reforms in Georgia

Tengiz Verulava, Miranda Bibileishvili

Abstract

Introduction: *The reforms implemented in Georgian health system in 2008-2010 aimed at making the system more competitive. Introduction of the competitive system was a reflection of one of the most modern approaches of health System in the world. Since 2010 competition among the insurance companies changed with the monopolistic model in the respective regions. The main goal of the research is to discuss the reasons of transferring the insurance system from competitive to monopolistic one, as well as to discuss its negative and positive sides.* **Methodology:** Within the qualitative method of research the abyssal enquirers of experts have been conducted. **Results:** Some experts think that limiting the freedom of choice for insured persons was temporary step, caused by

the high acquisition expenses of insurance companies, also manifestation of negative events, such as corruption. At the same time, because of the absence of the resources for recovering the old infrastructure, the government was forced to entrust all the costs to the insurance companies. Other experts argue that, the weaknesses of the reform at the initial stage was in accordance to the process of establishing the new system, it was temporary and transferring to the non-competitive insurance model was not justified as far as the freedom of choice was the main principle in functioning of health care system. In non-competitive models, when insurance companies are in monopolistic position, it negatively effects on the service quality and customer satisfaction. **Conclusion and recommendations:** Considering the European Experience of reforming the health care System, it could be concluded that the competitive model of health care system makes quality of services and costs more effective. Abolishing this model will negatively influence on the health care system development in Georgia.

ბიბლიოგრაფია

- ვერულავა თენგიზ. „რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის ევროპული გამოცდილება და საქართველოს რეფორმები“. საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალების კრებული. გვ. 323-326. ივანეჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი. პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტი. თბილისი. 2014
- ვერულავა თენგიზ. უნივერსალიზმი და სელექტივიზმი - ჯანდაცვის ორი მიდგომა და საქართველო. ჟურნალი ლიბერალი. 13.05.2014.
- ვერულავა, თენგიზ. *ალისა აქ უკვე აღარ ცხოვრობს", ანუ ლიბერალური ეკონომიკის ქართული სინამდვილე*. რეზონანსი (N165). 2010 წ. <http://eprints.iliauni.edu.ge/usr/share/eprints3/data/1190/>.
- კითხვები სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებთან დაკავშირებით. საზოგადოებრივ განხილვათა მხარდაჭერა. პარტნიორობა სოციალური ინიციატივებისათვის. ამერიკის შეერთებული შტატების საერთაშორისო განვითარების სააგენტო (USAID). თბილისი. 6 მაისი, 2010 წ.
- 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 No 166 დადგენილება
- ჯადუგიშვილი შორენა. ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია. 2010. <http://www.psidiscourse.ge/files/files/pdfs/Insurance%20I%20Final.pdf>
- ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასება, 2009-მოკლე ანგარიში-
- Alain C. Enthoven. The History And Principles Of Managed Competition. Health Affairs, 12, no.suppl 1 (1993)
- Van de ven W., Beck K., Bucher F., Chernichovsky D., Gardial J., Holl A., Laber L., Schokkaer E., Wassem J., Zmora J. Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in fi ve European countries // Health Policy, 65 (2003), p. 75-98.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ეფექტები ჯანდაცვითი სერვისების უტილიზაციაზე საქართველოში

ქეთევან კანკავა¹, თენგიზ ვერულავა²

შესავალი

საქართველოში 2012 წლის ბოლოს სახელმწიფოს მიერ დაზღვეული იყო 1 618 460 ადამიანი. კერძო და კორპორატიული დაზღვევით სარგებლობდა 362 663 პირი, ანუ სულ საქართველოში სამედიცინო დაზღვევით 1 981 123 ადამიანი იყო მოცული. დაუზღვეველი მოსახლეობა ქვეყნის მოსახლეობის ნახევარს შეადგენდნენ. 2013 წლის 28 თებერვლიდან სამედიცინო დაზღვევის არმქონე 2 მილიონზე მეტი მოქალაქისათვის ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემოღებით ქვეყანაში ფუნდამენტური ცვლილებები განხორციელდა. უნივერსალური მოცვის პარალელურად მოსალოდნელი იყო ჯანდაცვითი სერვისების ფასების, ხარისხის, სტრუქტურის, ექიმთა დატვირთვის, მათი ხელფასების, პირველადი ჯანდაცვისა და ჰოსპიტალური სექტორის დატვირთვის, პაციენტების მოთხოვნის, განწყობისა და მოლოდინის შეცვლა.

ყველაზე აშკარა ცვლილება მოსალოდნელი იყო ჯანდაცვითი სერვისების უტილიზაციის მხრივ. თუ ამ დრომდე დაუზღვეველი პირის მიერ ნებისმიერი, თუნდაც რუტინული სამედიცინო ჩარევა, ვიზიტი, კონსულტაცია პირდაპირ ფინანსურ სტატუსთან იყო მიბმული, სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურებებით მოცვის გაფართოების შემდეგ თითოეული ბენეფიციარისათვის გაჩნდა მომსახურებათა ნუსხა, რომლითაც ის სრულიად უფასოდ ან გარკვეული თანადაფინანსებით ისარგებლებდა. ცხადია, მოსალოდნელი იყო, რომ ეს გაზრდიდა ჯანდაცვითი სერვისების უტილიზაციას - ერთი მხრივ იმიტომ, რომ უტილიზაციის მანამდე არსებული დონე სათანადოდ არ ასახავდა ჯანდაცვით მომსახურებებზე მოთხოვნას, მეორე მხრივ, კი იმიტომ, რომ უფასო სერვისებმა დამატებითი მიმზიდველობა შექმნა და თავად მოთხოვნაც გაზარდა. კვლევები ადასტურებენ, რომ იგივე მოვლენები შეინიშნებოდა სხვა ქვეყნებში^{3 4 5 6 7}.

ჯანდაცვითი სერვისების უტილიზაციის შესაფასებლად გამოიყენება შემდეგი პარამეტრები: ექიმთან მიმართვიანობა, გატარებულ საწოლდღეების რაოდენობა⁸, ჯანდაცვითი სერვისის მიღების შეფერხება⁹, კლინიკაში დაყოვნება.

¹ თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მოწვეული პროფესორი, ბიზნესის ადმინისტრირების მაგისტრი ჯანდაცვის მენეჯმენტში

² მედიცინის აკადემიური დოქტორი. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი. აკად. გ. ჩაფიძის სახ. გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის ხარისხის მართვის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი.

³ Beck, Laurel. 2012. The Effects of Medicare Eligibility on Health Care Utilization and Outcomes. University of Wisconsin-Madison.

⁴ Hanrattii, Maria. 2001. Canadian National Health Insurance and Infant Health. The American Economic Review.

⁵ Kolstada, Jonathan T., Kowalskib, Amanda E.. 2012. The Impact of Health Care Reform on Hospital and Preventive Care: Evidence from Massachusetts. Journal of Public Economics.

⁶ Kondo, Ayako, Shigeoka, Hitoshi. 2013. Effects of Universal Health Insurance on Health Care Utilization, Supply-Side Responses and Mortality Rates: Evidence from Japan. Journal of Public Economics.

⁷ Lee, Yue-Chune et al. 2010. The impact of universal National Health Insurance on population health: the experience of Taiwan. BMC Health Services Research.

⁸ Zhongliang, Zhou et al. 2014. The effects of China's urban basic medical insurance schemes on the equity of health service utilization: evidence from Shaanxi Province. International Journal for Equity in Health.

⁹ Card, David et al. 2008. The Impact of Nearly Universal Insurance Coverage on Health Care Utilization: Evidence from Medicare. American Economic Review.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის იმპლემენტაციის პროცესში შეიქმნა რიგი იურიდიული დოკუმენტები (დადგენილებები, ბრძანებები)¹. ასევე, პროგრამა იძლევა რეგულარულ ანგარიშებს თავისი მასშტაბებისა და ბენეფიციარების სარგებლის შესახებ. ეფექტურობის ამსახველ გარკვეულ მონაცემებს იძლევა საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტი². ჯანმრთელობის დაზღვევის პროფილი საქართველოში 2012 წელს შეისწავლა „საერთაშორისო გამჭვირვალობა - საქართველომ“³ და მათი მონაცემების გამოყენებაც დასაშვებია საყოველთაო ჯანდაცვის დანერგვამდე არსებული პარამეტრების ანალიზისათვის.

შესაბამისად, ერთიანი სტრუქტურირებული მონაცემთა ბაზის არარსებობის მიუხედავად ჯანდაცვითი სერვისების უტილიზაციის დონესა და მის ცვლილებაზე მსჯელობა გარკვეულ დონეზე შესაძლებელია როგორც ოფიციალური მონაცემების კვლევით, ასევე კონკრეტული მაგალითების შედარებით. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებიდან ორ წელზე მეტი გავიდა და მსგავსი დიზაინის კვლევა საქართველოში ჯერ არ ჩატარებულა. ამავდროულად, გამუდმებით განიხილება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ფინანსური რესურსების არაეფექტურად ხარჯვის საკითხი.⁴ მისი სრულყოფილი ანალიზისათვისაც მეტად აქტუალურია უტილიზაციის დონის ცვლილების გამოკვლევა და გარკვეული დასკვნები ჯანდაცვაში რეალური და ხელოვნურად შექმნილი საჭიროებების არსებობის შესახებ.

ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების მოცვის ზრდასთან ერთად სამედიცინო მომსახურების უტილიზაციის ცვლილების შესწავლა უნივერსალური მოცვის სისტემების შემუშავების პარალელურად დაიწყო. დაზღვეულთა დონის მკვეთრი ზრდა, როგორც წესი, შეინიშნებოდა იმ პოპულაციებში, სადაც ერთიანად ან ეტაპობრივად დაინერგა ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსების უნივერსალური ფორმა.

1994 წელს აშშ-ში დამუშავებულ ერთ-ერთ ანგარიშში⁵ აღწერილია განსხვავება სამედიცინო მომსახურების უტილიზაციაში დაზღვეულ და დაუზღვეველ მოსახლეობას შორის. როგორც აღმოჩნდა, დაუზღვეველთა მიმართვიანობა ამბულატორიულ პუნქტებში დაზღვეულთა მიმართვიანობის 61%-ს შეადგენდა. როგორც კვლევიდან ირკვევა, უნივერსალური მოცვის შემთხვევაში ჯანდაცვის სფერო არსებული რესურსით შეძლებდა უტილიზაციის ზრდასთან გამკლავებას, შესაბამისად, იგი მხარს უჭერს უნივერსალური მოცვისკენ სწრაფვას.

უნივერსალური მოცვის შედეგად სამედიცინო მომსახურებების უტილიზაციის ზრდა დაფიქსირებულია იაპონიაში, აშშ-ს ზოგიერთ რეგიონში⁶, ტაივანში⁷, განაში⁸, ჩინეთში¹,

¹ საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36 2013 წლის 21 თებერვალი ქ. თბილისი. საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ.

² საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის ანგარიში გაწეული საქმიანობის შესახებ (2012-2013 წლის, 2013-2014წლის) (<http://www.parliament.ge/ge/saparlamento-saqmianoba/komitetebi/djanmrtelobis-dacvisa-da-socialur-sakitxta-komiteti-149/tanamshromloba-saministrostan1150>)

³ საერთაშორისო გამჭვირვალობა - საქართველო. 2012. ანგარიში - ჯანმრთელობის დაზღვევა საქართველოში.

⁴ ჭიბერაშვილი ზურაბ. დავით სერგენკო: ღარიბს ვართმევ, მდიდარს ვაძლევ, Forbes Georgia, თებ 9, 2015.

⁵ Long, Stephen H., Marquis, M. Susan. 1994. Universal Health Insurance and Uninsured People: Effects on Use and Cost. Office of Technology Assesment, Congressional Research Service, Library of Congress.

⁶ Beck, Laurel. 2012. The Effects of Medicare Eligibility on Health Care Utilization and Outcomes. University of Wisconsin-Madison.

⁷ Chen, Likwang et al. 2005. The Effects of Taiwan's National Health Insurance on Access and Health Status of the Elderly. Health econ.

⁸ Blanchet, N.J. et al. 2012. The Effect of Ghana's National Health Insurance Scheme on Health Care Utilization. Ghana Medical Journal.

ნიგერიაში², აფრიკისა და აზიის სხვადასხვა ქვეყნებში³. 2009 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით, ისეთ ქვეყნებში, როგორცაა, ჰოლანდია და შვეიცარია, სადაც საყოველთაო მოცვა დიდი ხანია არსებობს, სამედიცინო მომსახურების საერთო უტილიზაციაში მნიშვნელოვანი წილი ღარიბ მოსახლეობაზე მოდის⁴. სახელმწიფო პროგრამის გარეშე ისინი ვერ შეძლებდნენ ასეთი მასშტაბის სამედიცინო მომსახურების მიღებას. აშშ-ს დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მონაცემებით⁵, რაც უფრო იზრდება დაზღვევით მოსახლეობის მოცვა, მით უფრო იზრდება სამედიცინო მომსახურების უტილიზაცია.

აშშ-ში მრავალი კვლევა ჩატარდა, რომლებიც ადასტურებენ, რომ დაზღვეულთა რაოდენობის ზრდასთან ერთად იზრდება სამედიცინო მომსახურების უტილიზაცია^{6 7 8}. Medicare-ას სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების შედეგად (1965) მკვეთრად გაიზარდა სამედიცინო მომსახურების უტილიზაცია⁹, ასევე, საწოლების დატვირთვა და საავადმყოფოების დანახარჯები¹⁰. მასაჩუსეტის შტატში განხორციელებული რეფორმის შედეგად, რომელიც გულისხმობდა ჯანდაცვის სერვისებით უნივერსალურ მოცვას, ერთი მხრივ, 36%-ით გაიზარდა სტაციონარულ მკურნალობაზე მყოფი დაზღვეული პაციენტების რაოდენობა, ხოლო მეორე მხრივ, შემცირდა საწოლზე დაყოვნების ხანგრძლივობა, ჰოსპიტალიზაციის დონე და გაიზარდა ამბლატორიულ დონეზე დაავადებათა მართვა¹¹.

ზოგი კვლევის მიხედვით, უტილიზაციის დონის ცვლილების შესწავლისას, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს დაზღვეულთა ქვეყნის კვლევას, რადგან არაიშვიათად, დაზღვეული პაციენტების მიერ სამედიცინო მომსახურების მიღებას ხელს უწყობს მათი დაბალი პასუხისმგებლობა და არაჯანსაღი ცხოვრების წესი¹². სამწუხაროდ, ჯანდაცვითი სერვისებით უნივერსალური მოცვა არ ცვლის ადამიანთა ქვეყნს. ისინი ვინც ეწევა თამბაქოს ან მოიხმარს ზედმეტ ალკოჰოლს, არავითარი მოთხოვნილება არ უჩნდებათ, შეცვალონ თავიანთი ცხოვრების წესი.

ტაილანდში ჯანდაცვითი სერვისებით უნივერსალური მოცვა მიღწეულ იქნა 2001-2002 წლებში. 2013 წელს გამოქვეყნებული კვლევის მიხედვით, სახელმწიფო ჯანდაცვის პროგრამის უნივერსალური მოცვის შემოღების შედეგად განსაკუთრებით მოსახლეობის ღარიბ ფენებში მკვეთრად გაიზარდა ავადობის გამოვლენა.

საქართველოში, ჯანდაცვის სფეროში გატარებული ბოლოდროინდელი რეფორმების შედეგად მნიშვნელოვნად გაიზარდა ჯანდაცვის სახელმწიფო ბუჯეტის მოცულობა 2013 წელს 2012 წელთან შედარებით თითქმის გაორმაგდა და 365 მლნ ლარიდან 634 მლნ

¹ Zhongliang, Zhou et al. 2014. The effects of China's urban basic medical insurance schemes on the equity of health service utilization: evidence from Shaanxi Province. *International Journal for Equity in Health*.

² Akande, Tanimola et al.. 2011. The effects of national health insurance scheme on utilization of health services at Unilorin Teaching Hospital staff clinic, Ilorin, Nigeria. *Health Science Journal*.

³ Spaan, Ernst. 2012. The impact of health insurance in Africa and Asia: a systematic review. *Bull World Health Organization*.

⁴ Leu, Robert E.. 2009. The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and regulated Competitive insurance Markets. *The Commonwealth Fund*.

⁵ US Department of Health and Human Services. 2004. *Health Care in America: Trends in Utilization*.

⁶ Finkelstein, Amy. 2007. The Aggregate Effects of Health Insurance: Evidence from the Introduction of Medicare. *The Quarterly Journal of Economics*.

⁷ Finkelstein, Amy et al.. 2012. The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year. *The Quarterly Journal of Economics*.

⁸ Kolstada, Jonathan T., Kowalskib, Amanda E.. 2012. The Impact of Health Care Reform on Hospital and Preventive Care: Evidence from Massachusetts. *Journal of Public Economics*.

⁹ McWilliams, J. Michael et al.. 2007. Health of Previously Uninsured Adults after Acquiring Medicare Coverage. *Journal of American Medical Association*.

¹⁰ Decker, Sandra L.. 2005. Medicare and the Health of Women with Breast Cancer. *Journal of Human Resources*.

¹¹ Kolstada, Jonathan T., Kowalskib, Amanda E.. 2012. The Impact of Health Care Reform on Hospital and Preventive Care: Evidence from Massachusetts. *Journal of Public Economics*.

¹² Dong, Yingying. 2011. How Health Insurance Affects Health Care Demand – A Structural Analysis of Behavioral Moral Hazard and Adverse Selection. *Economic Inquiry*.

ლარამდე გაიზარდა.¹ მიუხედავად ჯანდაცვაზე გამოყოფილი სახელმწიფო თანხების ზრდისა, შეინიშნება დაფინანსების დეფიციტი². გარდა ამისა, გარკვეული სერვისები (მედიკამენტებით უზრუნველყოფა, ზოგი დიაგნოსტიკური სერვისი) პროგრამით არ არის გათვალისწინებული, რაც ამცირებს განსაკუთრებით მაღალრისკიან ბენეფიციართათვის (სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობა, პენსიონერები) მათზე ხელმისაწვდომობას და რომლებმაც შესაძლოა კატასტროფული ხარჯები განაპირობოს³. ამასთან, ჯანდაცვის ხარჯების ყველაზე მზარდი და დიდი წილი სწორედ მედიკამენტებზე მოდის (დაახლოებით 40-50 %).⁴

კვლევის მიზანია, შეფასდეს სამედიცინო სერვისების უტილიზაციის მაჩვენებლები, მათი დინამიკა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოქმედების მეტ-ნაკლებად ხანმოკლე პერიოდში და განისაზღვროს მოსალოდნელი ცვლილებების დინამიკა.

მეთოდოლოგია

კვლევის დიზაინი: კვლევა მოიცავდა რაოდენობრივ და თვისებრივ კომპონენტებს. იგი გულისხმობდა არსებული ოფიციალური წყაროებიდან (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, სოციალური მომსახურების სააგენტო, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური) მიღებული საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მუშაობის ამსახველი თვლადი კრიტერიუმების შეგროვებას, შედარებასა და ანალიზს. კვლევისათვის მოპოვებულ იქნა შემდეგი ტიპის მეორეული მონაცემები: მიმართვიანობა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ სერვისებზე, მიმართვიანობა სტაციონარულ სერვისებზე; ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი; ქირურგიული ოპერაციების რიცხოვნობა; საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის სხვადასხვა სექტორების ფარგლებში შემთხვევების დინამიკა; საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანახარჯები; სასწრაფო სამედიცინო გამოძახებათა რაოდენობის დინამიკა; საავადმყოფო საწოლების რაოდენობა; საწოლების დატვირთვა; ექიმებისა და ექთნების რიცხოვნობა; ზოგადი ინციდენტობა და პრევალენტობა; შობადობა, სიკვდილობა, ბუნებრივი მატება.

დამატებით მოხდა სამედიცინო დაწესებულებებიდან სამედიცინო მომსახურებების უტილიზაციის მაჩვენებლების გამოთხოვა.

განხორციელდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართული სამი სამიზნე ჯგუფის გამოკითხვა და ამ გზით პირველადი მონაცემების შეგროვება შემდგომი ანალიზისათვის. გამოკითხული ჯგუფები იყო: 1) ექიმები, რომლებიც ემსახურებიან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარებს; 2) საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარები; 3) იმ სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციის წარმომადგენლები, სადაც ხდება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურებების გაწევა.

კვლევის პროცედურა: კვლევის პირველ ეტაპზე მოხდა საჯარო ინფორმაციის გამოთხოვა სოციალური მომსახურების სააგენტოდან, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრიდან და საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურიდან. ამასთან ერთად მოხდა მიმართვიანობისა და სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული შემთხვევების შესახებ მონაცემების გამოთხოვა რამდენიმე სამედიცინო დაწესებულებიდან. შეფასდა სამედიცინო მომსახურებათა უტილიზაციის ამსახველი ცვლადების ცვლილების დინამიკა.

¹ ვერულავა თენგიზ. უნივერსალიზმი და სელექტივიზმი - ჯანდაცვის ორი მიდგომა და საქართველო. ლიბერალი 13.05.2014.

² სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ მოწოდებული ინფორმაცია.

³ Verulava, Tengiz (2014) *Access to Medicines within the State Health Insurance Program for Pension Age Population in Georgia (country)*. HealthMED, 8 (9). C. 1078-1082.

⁴ ვერულავა თენგიზ. უნივერსალიზმი და სელექტივიზმი - ჯანდაცვის ორი მიდგომა და საქართველო. ლიბერალი 13.05.2014.

გამოყენებულ იქნა წლიური მონაცემები 2010-2015 წლების პერიოდისათვის. უფრო მოკლე პერიოდების მონაცემთა მიღება (6-თვიანი შუალედებით) შეუძლებელი აღმოჩნდა.

შემდგომ ეტაპზე განხორციელდა ინტერვიუება 3 სამიზნე ჯგუფში - ექიმები, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარები და სამედიცინო დაწესებულებების ადმინისტრაციის წარმომადგენლები. თითოეული ამ ჯგუფისათვის შედგენილ იქნა მოკლე კითხვარი, რომლის მიზანი იყო, გამოეკვლინა გამოკითხული რესპოდენტების პირადი დამოკიდებულება და გამოცდილება სამედიცინო მომსახურებათა უტილიზაციაზე საყოველთაო ჯანდაცვის ეფექტის შესახებ.

ბენეფიციარების გამოკითხვა განხორციელდა როგორც ინტერვიუების, ასევე თვითუტილიზებადი კითხვარების დარიგებისა და ანონიმურად შევსების ფორმატით (რესპოდენტის არჩევანის მიხედვით). რაც შეეხება ექიმებისა და სამედიცინო დაწესებულებების ადმინისტრაციის წარმომადგენლებს, მათი გამოკითხვა მოიცავდა არა მხოლოდ კითხვარების შევსებას, არამედ 10 წუთიან ჩაღრმავებულ ინტერვიუებას - თითოეულს შეეძლო, გაეკეთებინა დამატებითი კომენტარი, შეეფასებინა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ეფექტები საკუთარი შეხედულებისამებრ, რასაც ზოგიერთ შემთხვევაში მცირე დისკუსია მოჰყვა (უმეტესად ამბულატორიულ დაწესებულებებში ექიმების გამოკითხვის დროს).

შერჩევა: სამედიცინო დაწესებულებების შერჩევისათვის კრიტერიუმად გამოყენებული იყო შემდეგი მიდგომა - კვლევაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულება არ უნდა ყოფილიყო რომელიმე სადაზღვევო კომპანიის საკუთრებაში (ან მასთან ასოცირებული) და მომსახურებების ღირებულება ამ დაწესებულებებში არ უნდა ყოფილიყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით გათვალისწინებულ ლიმიტებზე ბევრად მაღალი.

შერჩევის კრიტერიუმი ექიმებისა და სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციის წევრებისათვის იყო მხოლოდ მათი პროფესიული საქმიანობა და უშუალო კავშირი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარების მომსახურებასთან.

თავად ბენეფიციარების შერჩევა კვლევისთვის ხდებოდა როგორც თავად კლინიკებში, ასევე რანდომულად - ელექტრონული კითხვარებით. ასეთი მიდგომა შერჩეულ იქნა იმისათვის, რომ შენარჩევ პოპულაციაში არ აღმოჩენილიყვნენ მხოლოდ ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე ინდივიდები (რომელთაც უფრო ხშირად უწევთ ექიმთან ვიზიტი) და შენარჩევი მთლიანად საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოცული მოსახლეობისათვის რეპრეზენტატული ყოფილიყო.

საბოლოო ეტაპზე მოხდა თითოეული ჯგუფის გამოკითხვის შედეგების შეჯამება და მათი შედარება ოფიციალური წყაროებიდან მიღებულ მონაცემებთან. გაკეთდა დასკვნები როგორც სამედიცინო მომსახურებების უტილიზაციის დინამიკასთან დაკავშირებით, ასევე თითოეულ საკვლევ ჯგუფში ამ ცვლილებათა აღქმასა და მის რელევანტურობასთან დაკავშირებით.

კვლევის შეზღუდვები: კვლევის რაოდენობრივი კომპონენტის რეპრეზენტატულობის მკვეთრი შემზღუდველი ფაქტორი იყო ის, რომ არ არსებობს ერთიანი მოწესრიგებული ბაზა, რომელიც სამედიცინო მომსახურებების უტილიზაციის შესახებ ხანგრძლივი დროის (5 წლის) ერთგვაროვან მონაცემებს შეიცავს. შესაბამისად, მონაცემთა დიდი ნაწილი მიღებულია სხვადასხვა წყაროდან, არაერთგვაროვანია და შეზღუდულად შედარებადია, თუმცა ჯამურ ტენდენციას მაინც ასახავს.

რაც შეეხება დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული სამსახურისა და საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მიერ მოწოდებულ ინფორმაციას, ამ ინფორმაციის დიდი ნაწილი არ შეიცავდა 2014 წლის მონაცემებს. გამოთხოვა რამდენჯერმე მოხდა, მაგრამ 2015 წლის ივნისშიც კი უწყებებში აღნიშნეს, რომ მონაცემები ჯერ დამუშავების პროცესში იყო.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია ის გარემოება, რომ, უტილიზაციის ცვლილება გრძელვადიან პერიოდში უფრო თვალსაჩინოა და ორწლიანი შუალედი, შესაძლოა, არ იყოს

საკმარისი, სამედიცინო სერვისების მოხმარების ცვლილების სრული სურათის შესასწავლად. ამასთან, გასათვალისწინებელია ის, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა ჯერ კიდევ იმპლემენტაციისა და დამუშავების პროცესშია.

კვლევის შედეგებზე შესაძლო მოქმედ ფაქტორად განიხილება, ასევე, ჯანდაცვის სისტემაში ამოქმედებული სხვა რეგულაციები. პირველ რიგში ეს არის რეცეპტების ინსტიტუტის დამკვიდრება, რომელმაც მნიშვნელოვანი ზემოქმედება იქონია უტილიზაციის დონის ცვლილებაზე. თუმცა, ეს შეეხება მხოლოდ ამბულატორიული სერვისების მოხმარების დონეს და შესაბამისი შედეგების ინტერპრეტაციის ნაწილშია დეტალურად განხილული.

ასევე გასათვალისწინებელია, რომ გამოკითხული კონტიგენტი (ექიმები და სამედიცინო დაწესებულებათა ადმინისტრაციის წარმომადგენლები) წარმოადგენს არა ექსპერტებს, არამედ სამედიცინო სფეროს მუშაკებს და შესაბამისად კვლევის ამ ნაწილის შედეგებიც აღქმული უნდა იყოს არა როგორც უტყუარი ჭეშმარიტება, არამედ როგორც შესაბამის სფეროში მომუშავეთა გამოცდილებაზე დაფუძნებულ შეხედულებათა ანალიზი.

ამასთან, არაერთმა სამედიცინო დაწესებულებამ უარი განაცხადა მონაცემების მოწოდებაზე. მათმა ნაწილმა ყოველგვარი განმარტებისაგან თავი შეიკავს. სხვები კი ამის უმთავრეს მიზეზად ასახელებდნენ იმას, რომ სტატისტიკური მონაცემების შეგროვება მათთან მუდმივად არ მიმდინარეობს და შესაბამისად, დროის მოცემულ მონაკვეთში მონაცემები მზა ფორმით არ არსებობს.

ის კლინიკები, სადაც გამოკითხვა განხორციელდა, არ არის ერთი და იმავე პროფილის. ეს ერთი მხრივ კარგია, ვინაიდან იძლევა სრული სურათის აღქმის საშუალებას, მაგრამ მეორე მხრივ, არ იძლევა წარმოდგენას მსგავსი პროფილის დაწესებულებებში პაციენტების შესაძლო გადანაწილების შესახებ.

შედეგები

ოფიციალური წყაროებიდან მიღებული მონაცემები

ოფიციალური სტატისტიკის ამსახველი წყაროებიდან მიღებული ინფორმაციის ნიადაგზე შეფასდა შემდეგი მაჩვენებლების დინამიკა:

- მიმართვიანობა:
 - მიმართვიანობა ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ სერვისებზე;
 - მიმართვიანობა სტაციონარულ სერვისებზე;
 - ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი;
 - ქირურგიული ოპერაციების რიცხოვნობა;
 - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის სხვადასხვა მიმართულების ფარგლებში შემთხვევების დინამიკა;
- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანახარჯები;
- სასწრაფო სამედიცინო გამოძახებათა რაოდენობის დინამიკა;
- საავადმყოფო საწოლების რაოდენობა, საწოლების დატვირთვა;
- ექიმებისა და ექთნების რიცხოვნობა;
- ზოგადი ინციდენტობა და პრევალენტობა;
- შობადობა, სიკვდილობა, ბუნებრივი მატება.

მონაცემების ნაწილს არ ახლავს 2014 წლის შესაბამისი მაჩვენებლები, ვინაიდან სარწმუნო მონაცემების მოპოვება შეუძლებელი აღმოჩნდა, ოფიციალური წყაროების ცნობით, ეს ინფორმაცია დამუშავების პროცესშია.

მიმართვიანობა

იქიდან გამომდინარე, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის პარალელურად ყველაზე დიდი ცვლილება მოსალოდნელი იყო სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვიანობის კუთხით, უპირველეს ყოვლისა განიხილება სწორედ ეს ფაქტორი. მიმართვიანობის მაჩვენებლები 2010-2013 წლებისათვის მოცემულია ცხრილში N1.

2013 წელს წინა წელთან შედარებით ამბულატორიულ დაწესებულებებში მიმართვიანობის მაჩვენებელი გაზრდილია 17%-ით, 2012 წელს ეს ნამატი მხოლოდ 9% იყო. ამბულატორიულ დაწესებულებებში ქირურგიული მუშაობის დატვირთვას ზრდის ტენდენცია აქვს. უკანასკნელ წლებში ნამატი შემდეგია: 2011 წელს - 26%; 2012 წელს - 43%; 2013 წელს - 14%. მიუხედავად იმისა, რომ 2013 წლის ნამატი - 14% ზოგიერთ წყაროში მომსახურების ამ სეგმენტში ზრდის ინდიკატორად არის მოყვანილი, ზრდის ტემპი აშკარად ჩამოუვარდება წინა წლებში არსებულ ანალოგიურ მაჩვენებლებს. ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი 2013 წელს გაზრდილია 9%-ით და აღემატება 2012 წლის ნამატს - 7%-ს.

ცხრილი N1. მიმართვიანობის დინამიკა 2010-2013 წლებში.¹

	2010	2011	2012	2013
ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ დაწესებულებებში მიმართვიანობა 1 სულ მოსახლეზე	2.1	2.1	2.3	2.7
ამბულატორიულ-პოლიკლინიკური დაწესებულებების ქირურგიული მუშაობა	37734	47645	68570	78670
ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი (100000 მოსახლეზე)	7531.7	7448.2	7968.2	8679.3
პოლიკლინიკური ქსელის დატვირთვა	35.30%	43.8%	60.8%	

საინტერესო ტენდენცია ვლინდება ქირურგიული ოპერაციების მაჩვენებლის კუთხით.

ცხრილი N2. ქირურგიული მომსახურების მაჩვენებლები 2010-2013 წლებში.²

	2010	2011	2012	2013
ქირურგიული ოპერაციების მაჩვენებელი (1000 მოსახლეზე)	30.3	31.9	36.9	42.2
გადაუდებელი ოპერაციების წილი	15.1	13.5	13.1	20.8

ქირურგიული ოპერაციების მაჩვენებელი 2013 წელს გაზრდილია 14%-ით, 2012 წელს - 15%-ით, წინა წლებში კი ზრდა უფრო დაბალია. შესაბამისად, საყოველთაო ჯანდაცვის როლი ამ მაჩვენებლის ზრდაში 2013 წელს არსებითი მნიშვნელობის არ უნდა იყოს. თუმცა, რაც შეეხება გადაუდებელი ოპერაციების წილს, ის წინა წელთან შედარებით 2013 წელს მკვეთრად გაიზარდა და მიაღწია ისეთ ნიშნულს, როგორც ამ დრომდე არ დაფიქსირებულა. მკვეთრად მოიმატა ისეთი ჩვენებებით წარმოებული ოპერაციების წილმა, როგორც არის მწვავე აპენდიციტი (16%-იანი ზრდა), მწვავე ქოლეციასტიტი (48%-იანი ზრდა).³ ჯანდაცვის სამინისტროს ინფორმაციით 2013 წელს 2012 წელთან შედარებით 29.2%-ით გაიზარდა გულზე ჩატარებული ოპერაციების რიცხვმა, და 76%-ით იმატა თვალზე ჩატარებული ოპერაციების რიცხვმა.⁴

2013 წლიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის თანდათანობით იმპლემენტაციას პროგნოზების შესაბამისად სამედიცინო სერვისებზე მოთხოვნაც უნდა გაეზარდა, მით უფრო საკუთრივ პროგრამის ფარგლებში. უტილიზაციის ყოველთვიური დონის შესახებ

¹ დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2013. საქართველო. თბილისი 2014.

² დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2013. საქართველო. თბილისი 2014.

³ დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2013. საქართველო. თბილისი 2014.

⁴ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ანგარიში 2013-2014 წ.

ინფორმაციის გამოთხოვა უშედეგო აღმოჩნდა, ამიტომ ქვემოთ (ცხრილი N3) მოყვანილია სხვადასხვა ოფიციალური წყაროების მოწოდებული მონაცემების შეჯამებული სურათი. ამავე ცხრილის ბოლო სვეტში მოცემულია 2014 წლის განმავლობაში (იანვარი - ნოემბერი) დაფიქსირებული შემთხვევების რაოდენობა. ეს სიდიდე გამოთვლილია ოფიციალურ წყაროებში არსებული ინფორმაციის მიხედვით. 2014 წელს დაფიქსირებული შემთხვევების გაანგარიშება მოხდა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2 წლის ანგარიშში მოცემული ჯამური მონაცემისა და ამავე სამინისტროს 2013 წლის ანგარიშში მოცემული მონაცემების სხვაობით. იმუნიზაციის მაჩვენებელი 2-წლიან ანგარიშში ცალკე არ არის გამოყოფილი, ამიტომ 2013 წლის იმუნიზაციის მაჩვენებელი დაემატა გადაუდებელი ამბულატორიული შემთხვევების მონაცემს.

ცხრილი N3: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დაფიქსირებული შემთხვევების რაოდენობა. (წყაროები მითითებულია)

	28.02.2013 – 30.06.2013 ¹	28.02.2013 – 01.07.2013 ²	01.07.2013 – 02.09.2013 ³	01.07.2013 – 23.12.2013 ⁴	28.02.2013 – 01.01.2014 ⁵	01.07.2013 – 02.09.2014 ⁶	28.02.2013 – 20.11.2014 ⁷	28.02.2013 – 05.2015 ⁸
გადაუდებელი ამბულატორიულ	29231	41713	32750	46184	94487	358788	493145	827174
გადაუდებელი სტაციონარული	6363	15275	7235	22190	22671	115167	162016	295651
გეგმიური ქირურგიული			866	9427	7294	51132	71172	127640
კარდიოქირურგია			143	493	367	1859	2448	4441
ონკოლოგია			1033	4144	2912	22720	31598	53281
მშობიარობა			5908	16924	14089	48903	60970	86506
იმუნიზაცია				39081				
ტრანსპლანტაცია						17		
გეგმიური ამბულატორიულ					1767			2470
სულ	35594	56988	47935	138443	143587	598586	821349	1397163

ცხრილი N3-ში მოტანილი მონაცემებიდან ზოგიერთი გარკვეულწილად დამაბნეველია - მაგალითად, ონკოლოგიის მიმართულებით დაფიქსირებული შემთხვევები 2013 წლის ივლისი-დეკემბრის შუალედში გამოდის მეტი, ვიდრე ამავე მიმართულებით მთელი 2013 წლის განმავლობაში დაფიქსირებული შემთხვევები. ამის მიზეზი, როგორც ჩანს, ის არის, რომ სოციალური მომსახურების სააგენტოს მონაცემებში გათვალისწინებულია საქართველოს მთავრობის N36 და N218 დადგენილებით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართული პირები ცალცალკე და ჯამურად. საყურადღებოა, რომ თავად N36

¹ საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის ანგარიშში გაწეული საქმიანობის შესახებ (2012-2013 წლის).

² საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013 წლის ანგარიში.

³ საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის ანგარიშში გაწეული საქმიანობის შესახებ (2012-2013 წლის).

⁴ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013 წლის ანგარიში.

⁵ სოციალური მომსახურების სააგენტო. სოციალური სტატისტიკა თბილისი, 2014.

⁶ საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის ანგარიშში გაწეული საქმიანობის შესახებ (2.09.2013 – 2.09.2014).

⁷ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013-2014 წ ანგარიში.

⁸ სოციალური მომსახურების სააგენტოდან გამოთხოვილი მონაცემები

დადგენილება გულისხმობს N218 დადგენილებით მოცული პირების ჩართვას აღნიშნულ პროგრამაში, ამიტომ ფორმულირება, ცოტა არ იყოს, ბუნდოვანია.

დამატებით გაუგებრობას იწვევს პირველ ორ სვეტში მოცემული მაჩვენებლები - ეს არის სხვადასხვა წყაროში არსებული ერთი და იმავე პერიოდის შესახებ არსებული მონაცემები. ისინი საკმაოდ არაერთგვაროვანია, თუმცა მაინც მიზანშეწონილად ჩაითვალა მათი ასეთი სახით წარმოდგენა. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემებით 2013 ივლისი-დეკემბერი პერიოდში იმუნიზაციის მაჩვენებელი ცალკე არის გამოყოფილი. როგორც ჩანს, სხვა პერიოდების მონაცემებში ეს მაჩვენებელი ჩათვლილია გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურების ფარგლებში, თუმცა ამ ფაქტის გადამოწმება შეუძლებელი აღმოჩნდა და მიზანშეწონილად იქნა მიჩნეული, მონაცემები პირველადი სახით დარჩენილიყო.

აღწერილი რიცხვითი მონაცემების ინტერპრეტირების გამარტივების მიზნით გადაანგარიშებულ იქნა საშუალო თვიური შემთხვევები თითოეული კატეგორიის მიხედვით. ეს სიდიდეები არის 2,4,6,10,14,21-თვიანი პერიოდების ოფიციალური მონაცემებიდან გამოთვლილი. სიდიდეები საკმაოდ უხეშია, ასახავს არითმეტიკულ საშუალო მაჩვენებელს, არ ითვალისწინებს სეზონურ ცვლილებებს, სხვა მოქმედ ფაქტორებს, მაგრამ ტენდენციის შეფასებისათვის მეტად თვალსაჩინოა (ცხრილი N4).

ცხრილი N4: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დაფიქსირებული შემთხვევების რაოდენობა თვეზე გადაანგარიშებით. (წყაროებისათვის იხ. ცხრილი N3)

	28.02.2013 – 30.06.2013	28.02.2013 – 01.07.2013	01.07.2013 – 02.09.2013	01.07.2013 – 23.12.2013	28.02.2013 – 01.01.2014	01.07.2013 – 02.09.2014	28.02.2013 – 20.11.2014	28.02.2013 – 05.2015
	4 თვე	4 თვე	2 თვე	6 თვე	10 თვე	14 თვე	21 თვე	27 თვე
გადაუდებელი ამბულატორიული	7307.75	10428.25	16375.00	7697.33	9448.70	25627.71	23483.10	30636.07
გადაუდებელი სტაციონარული	1590.75	3818.75	3617.50	3698.33	2267.10	8226.21	7715.05	10950.04
გეგმიური ქირურგიული			433.00	1571.17	729.40	3652.29	3389.14	4727.41
კარდიოქირურგია			71.50	82.17	36.70	132.79	116.57	164.48
ონკოლოგია			516.50	690.67	291.20	1622.86	1504.67	1973.37
მშობიარობა			2954.00	2820.67	1408.90	3493.07	2903.33	3203.93
იმუნიზაცია				6513.50				
ტრანსპლანტაცია						1.21		
გეგმიური ამბულატორიული					1767.00			91.48
სულ	8898.50	14247.00	23967.50	23073.83	15949.00	42756.14	39111.86	51746.78

ცხრილში მოცემული მონაცემებიდან აშკარად ჩანს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის თითოეული მიმართულებით ფიქსირდება შემთხვევების ზრდის ტენდენცია. განსაკუთრებით მკვეთრია ზრდა 2014 წელს 2013 წელთან შედარებით (ცხრილი N5).

2014 წელს 2013 წელთან შედარებით მიმართვიანობის საშუალო თვიური მაჩვენებელი გადაუდებელი ამბულატორიის სექტორში გაიზარდა დაახლოებით 185%-ით; გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურების სექტორში - დაახლოებით 238%-ით; გეგმიური ქირურგიის სექტორში - 516%-ით; კარდიოქირურგიის სექტორში - 284%-ით; ონკოლოგიის სექტორში - 529%-ით და სამეანო სექტორში - 152%-ით. ჯამურად საშუალო თვიური მიმართვიანობის ზრდა 216%-ია.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მონაცემებით სოფლის ექიმის პროგრამის ფარგლებში პირველადი ჯანდაცვის სექტორში მიმართვიანობამაც იმატა 2013 წელს და 1 სულ მოსახლეზე 0.7-ს მიაღწია (2012 წლის მაჩვენებელი - 0.6).¹

ცხრილი N5: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით დაფიქსირებული შემთხვევების საშუალო მაჩვენებელი 2013 (თებერვალი-დეკემბერი) და 2014 (იანვარი - ნოემბერი) წლებში.

	2013 წელი		2014 წელი		2015 წელი	
	სულ	თვიური საშუალო	სულ	თვიური საშუალო	სულ	თვიური საშუალო
გადაუდებელი ამბულატორიული	126978	12697.8	398658	36241.64	334029	55671.50
გადაუდებელი სტაციონარული	37465	3746.5	139345	12667.73	133635	22272.50
გეგმიური ქირურგიული	9427	942.7	63878	5807.09	56468	9411.33
კარდიოქირურგია	493	49.3	2081	189.18	1993	332.17
ონკოლოგია	4144	414.4	28686	2607.82	21683	3613.83
მშობიარობა	16924	1692.4	46881	4261.91	25536	4256.00
სულ	195431	19543.1	679529	61775.36	575814	95969.00

მიმართვიანობის ზრდის ტენდენცია, ბუნებრივია, ერთი მხრივ განპირობებულია ბენეფიციარების რაოდენობის ზრდით. 2013 წლისათვის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში რეგისტრირებული იყო 1 347 658 ბენეფიციარი², 2014 წლის ბოლოს - 2 882 238³, ხოლო 2015 წლის მაისის მონაცემებით - 3 054 486⁴. საშუალო თვიური მიმართვიანობის თანაფარდობა დარეგისტრირებული ბენეფიციარების თანაფარდობასთან (ანუ 1 ბენეფიციარზე დაფიქსირებული მიმართვების რიცხვი თვეში) 2013 წელს 0.015 იყო, 2014

¹ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წერილი თავისუფლების განვითარების ცენტრის დირექტორს ბატონ გიორგი კლდიაშვილს N01/21640. 27 მარტი, 2015წ. (<http://www.opendata.ge/ka/request/43416>).

² საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013 წლის ანგარიში.

³ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013-2014 წლების ანგარიში.

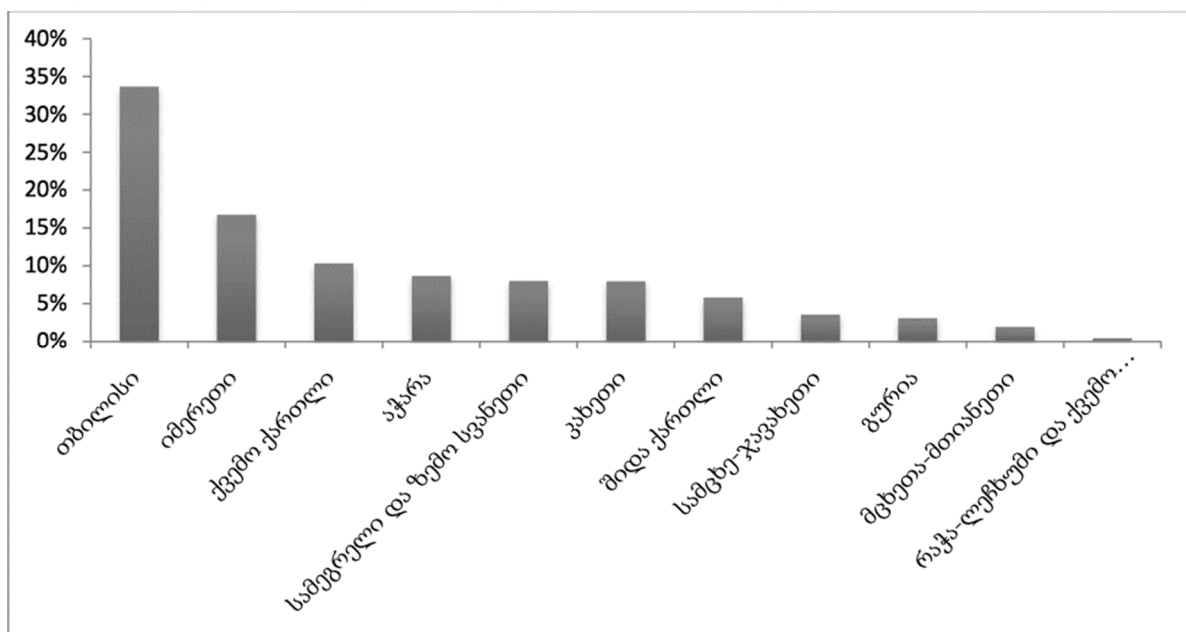
⁴ სოციალური მომსახურების სააგენტოდან გამოთხოვილი ინფორმაცია.

წელს - 0.21, ხოლო 2015 წელს - 0.31. ეს იმაზე მიანიშნებს, რომ მიმართვიანობა იმატებს, როგორც დამოუკიდებელი ცვლადი.

მიმართვიანობის ზრდის ტენდენცია მთელს საქართველოში თანაზომიერად არ არის გამოხატული. თბილისი ადრეც წარმოადგენდა სამედიცინო სფეროს ეპიცენტრს და, როგორც ჩანს, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებშიც მიმართვიანობის ძირითადი ნაწილი დედაქალაქზე მოდის. ეს შეეხება არა მხოლოდ მაღალტექნოლოგიურ სამედიცინო მომსახურებას, არამედ ამბულატორიულ-პოლიკლინიკურ მომსახურებასაც კი (გრაფიკი N1).

ნიშანდობლივ შედეგებს იძლევა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დაფიქსირებული შემთხვევების რაოდენობისა და დახარჯული თანხების შედარება თბილისსა და დანარჩენ საქართველოში (ცხრილი N6).

გრაფიკი N1: გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტში დარეგისტრირებული მოსახლეობის ხვედრითი წილი რეგიონების მიხედვით.¹



ქვემოთ მოცემულ ცხრილში (ცხრილი N6) შემთხვევათა რაოდენობის რიცხვითი მნიშვნელობები საკმაოდ უხეშია, ვინაიდან მთელი საქართველოს მასშტაბით მოცემული სიდიდე წარმოადგენს 2014 წლის იანვარი-ნოემბრის პერიოდს, თბილისის მაჩვენებლები კი მთლიანად 2014 წელს შეესაბამება. ამის მიუხედავად, აშკარაა, რომ მაღალტექნოლოგიური ჩარევები თითქმის ექსკლუზიურად თბილისში ხორციელდება და, ფაქტობრივად, გეგმიური ამბულატორიის სეგმენტი ერთადერთია, რომელშიც საქართველოს დანარჩენ ნაწილში დაფიქსირებული შემთხვევების რაოდენობები თბილისში დაფიქსირებულ შემთხვევებს მცირედ აჭარბებს.

¹ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013-2014 წლების ანგარიში.

ცხრილი N6: 2014 წლის განმავლობაში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დაფიქსირებული შემთხვევები და ხარჯი თბილისსა და დანარჩენ საქართველოში (გეგმიური ამბულატორიული კომპონენტის გარეშე) (წყაროების მითითებით).

	სულ ¹	თბილისი ²	დანარჩენი საქართველო
გადაუდებელი ამბულატორიული	366167	172845	193322
გადაუდებელი სტაციონარული	124551	86832	37719
გეგმიური ქირურგიული	61745	45731	16014
კარდიოქირურგია	1955	2202	-247
ონკოლოგია	27454	26796	658
მშობიარობა	44046	20227	23819
სულ	625918	354633	271285
დანახარჯი ³	335624464.7	217586585.6	118037879.2

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანახარჯები

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაზე საკასო დანახარჯი საანგარიშო თვეების მიხედვით მოცემულია ცხრილში N7.

ცხრილი N7: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაზე საკასო ხარჯი 2013-2015 წლებში:⁴

	2013 წელი	2014 წელი	2015 წელი
იანვარი		10 494 686.51	41 371 577.20
თებერვალი		18 238 479.31	40 321 359.63
მარტი		17 621 521.87	39 282 755.59
აპრილი	17 481.39	19 152 878.37	54 295 699.74
მაისი	3 555 467.53	26 176 166.83	44 082 236.23
ივნისი	3 796 512.74	24 564 666.48	
ივლისი	5 458 978.07	32 361 249.70	
აგვისტო	3 991 703.14	27 258 034.52	
სექტემბერი	5 376 365.96	33 238 429.97	
ოქტომბერი	12 717 205.69	45 342 988.63	
ნოემბერი	11 958 202.03	34 653 599.54	
დეკემბერი	22 196 426.63	46 521 763.00	
სულ	69 068 343.18	335 624 464.73	219 353 628.39

ცხრილში მოტანილი ინფორმაციის ნიადაგზე საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანახარჯების ზრდის ტენდენცია თვალსაჩინოა. ბენეფიციართა რაოდენობის ზრდა ბოლომდე ვერ ახსნის ხარჯების ასეთ მკვეთრ და სწრაფ ზრდას.

¹ოფიციალურ ინფორმაციაზე დაყრდნობით საკუთარი გამოთვლის შედეგი.

²სოციალური მომსახურების სააგენტოდან გამოთხოვილი ინფორმაცია.

³ სოციალური მომსახურების სააგენტოდან გამოთხოვილი ინფორმაცია.

⁴ სოციალური მომსახურების სააგენტოდან გამოთხოვილი ინფორმაცია.

სასწრაფო სამედიცინო გამოძახებათა რაოდენობის დინამიკა

2013 წელს შეინიშნებოდა სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამოძახებათა რიცხვის ზრდა - 1 სულ მოსახლეზე 0.2-დან (2012 წელი) 0.3-მდე (2013 წელი).¹ (ცხრილი N8)

ცხრილი N8: ფიზიკურ პირთა რაოდენობა, რომელთაც გაეწიათ სასწრაფო დახმარება 2010-2013 წლებში:²

	2010	2011	2012	2013
ფიზიკურ პირთა რაოდენობა, რომელთაც გაეწიათ სასწრაფო დახმარება	933877	936614	1035270	1199884

თუმცა 2014 წელს დაფიქსირდა სასწრაფო დახმარების გამოძახების რიცხვის კლება. 2014 წლის ივლისი-ოქტომბრის პერიოდში დაფიქსირდა 183543 გამოძახება, რაც 23593-ით ნაკლებია 2013 წლის ანალოგიურ მაჩვენებელზე. ამას სამინისტროს ინტერპრეტაციით, საფუძვლად უდევს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ორგანიზების დახვეწა, გამოძახებების პრიორიტეტულობის შემოღება და არამიზნობრივი გამოძახებების შემცირება.

საავადმყოფო საწოლების საწოლების დატვირთვა, დაყოვნება

სტაციონარული საწოლების დატვირთვის მაჩვენებელი 2013 წელს 2012 წელთან შედარებით შემცირდა, თუმცა, სტაციონარულ საწოლებზე დაყოვნება მკვეთრად შემცირდა (ცხრილი N9). თუ გავითვალისწინებთ მცირე მასშტაბის ოპერაციული ჩარევების (აპენდექტომია, ქოლეცისტექტომია) მკვეთრ ზრდას, მოსალოდნელია, დაყოვნების მაჩვენებელი უფრო მეტად შემცირდეს.

ცხრილი N9: სტაციონარული საწოლები, დატვირთვა, დაყოვნება 2010-2013 წლებში:³

	2010	2011	2012	2013
სტაციონარული საწოლებით უზრუნველყოფის მაჩვენებელი (100000 მოსახლეზე)	299.3	281	252.7	258.5
საწოლზე დატვირთვა	160	173	228	181
საწოლთა დაყოვნება	6.4	7	7	5.4

ზოგადი ინციდენტობა და პრევალენტობა

2010-2013 წლების პერიოდში აღინიშნება როგორც საერთო ინციდენტობის, ასევე საერთო პრევალენტობის ზრდა, თუმცა ნამატი 2013 წელს ყველაზე ნაკლებია (პრევალენტობა გაიზარდა 6%-ით; ინციდენტობა - 8%-ით). მაქსიმალური ნამატი დაფიქსირებულია 2012 წელს (13% და 30% - შესაბამისად) (ცხრილი N11).

¹ სოციალური მომსახურების სააგენტოდან გამოთხოვილი ინფორმაცია
² დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2013. საქართველო. თბილისი 2014.
³ დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2013. საქართველო. თბილისი 2014.

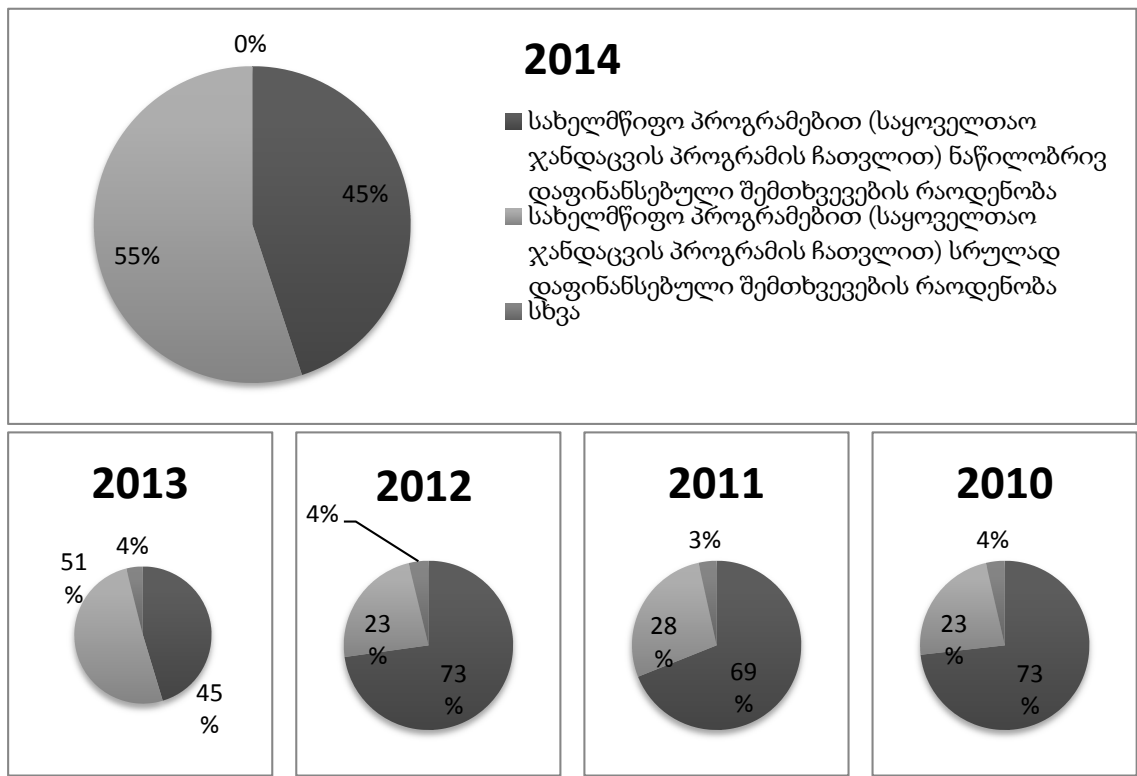
ცხრილი N11: ზოგადი პრევალენტობა და ინციდენტობა 2010-2013 წლებში:¹

	2010	2011	2012	2013
ზოგადი პრევალენტობა	49553.9	56858.6	64095	68200.4
ზოგადი ინციდენტობა	26076.6	28470.3	37028.8	40011.6

კლინიკებიდან გამოთხოვილი მონაცემები

კლინიკებიდან გამოთხოვილი ინფორმაციის გაანალიზებით 2013-2014 წლებში მიმართვიანობა გაიზარდა წინა წლებთან შედარებით. ბოლო წლების განმავლობაში ყველა გამოკითხულ სამედიცინო დაწესებულებაში შეინიშნება მკვეთრი ზრდა სახელმწიფოს მიერ სრულად დაფინანსებული შემთხვევების პროცენტულ მაჩვენებელში და ეს სიდიდე, თითქმის ყველა კლინიკაში 2013 წელს 2012 წელთან შედარებით გაორმაგებულია.

გრაფიკი N2: დაფინანსების წყაროების წილი - პირველი კლინიკური საავადმყოფოს ბაზაზე მოქმედი კლინიკები (კლინიკების მიერ მოწოდებული ინფორმაცია):



პარალელურად მცირდება სახელმწიფოს მიერ ნაწილობრივ დაფინანსებული შემთხვევების წილი, ხოლო კერძო დაზღვევის მიერ დაფინანსებული შემთხვევები მკვეთრად შემცირდა 2013-2014 წლებში. გამოკითხულ კლინიკებში დაფინანსების წყაროების გადანაწილება წლების მიხედვით ძალიან მსგავსია, განსაკუთრებით ეს ეხება ყოფილი პირველი კლინიკური საავადმყოფოს ბაზაზე არსებულ სამედიცინო დაწესებულებებს. გასათვალისწინებელია, რომ ჯიბიდან გადახდის მაჩვენებელი (რომელიც 2010-2012 წლებშიც

¹ დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2013. საქართველო. თბილისი 2014.

საკმაოდ დაბალი იყო აღნიშნულ კლინიკებში), უკიდურესად შემცირებულია 2013-2014 წლებში და 2014 წელს 0.01%-ს აღწევს (გრაფიკი N2).

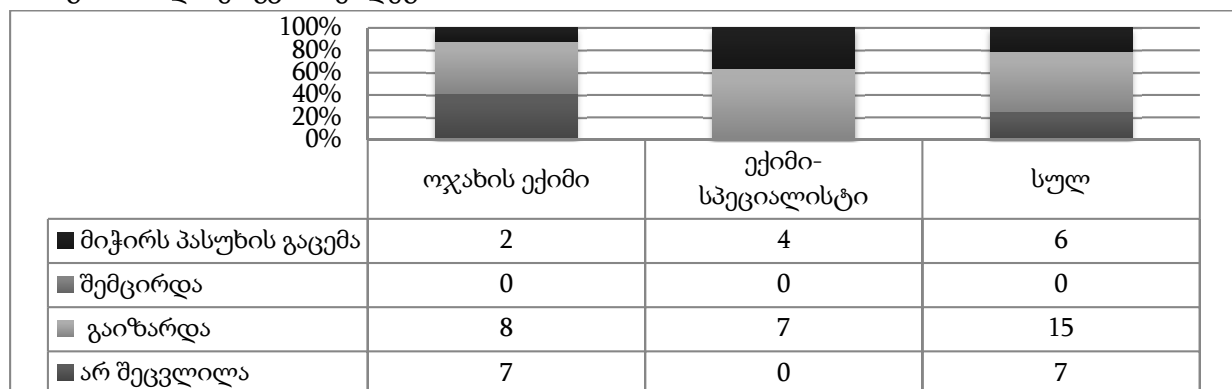
ამბულატორიული დაწესებულებებიდან ანალოგიური მონაცემების მიღება შეუძლებელი აღმოჩნდა. დამატებით გაირკვა, რომ მათმა დიდმა ნაწილმა უკანასკნელი 4 წლის პერიოდში შეიცვალა სტატუსი, მფლობელი, განიცადა რეორგანიზაცია. გარკვეულწილად გადახალისდა დასაქმებული პერსონალის შემადგენლობაც. აქედან გამომდინარე, მოცემულ კვლევაში ამბულატორიული მომსახურებების უტილიზაციის დონის ცვლილებაზე გამოკითხვის შედეგების მიხედვით ვიმსჯელებთ.

ექიმების გამოკითხვით მიღებული შედეგები

სულ გამოკითხულ იქნა ამბულატორიული სერვისების მიმწოდებელი 28 ექიმი, აქედან 17 ოჯახის ექიმი და 11 სხვადასხვა დარგის სპეციალისტი (4 კარდიოლოგი, 3 ენდოკრინოლოგი, 2 პედიატრი, 1 რევმატოლოგი, 1 ქირურგი). საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ეფექტების ზოგად შეფასებასთან დაკავშირებით გამოკითხულთა უმეტესობა ერთსულოვანი იყო. გამოიკვეთა გარკვეული ტენდენციები. შედეგების რეპრეზენტატულობისათვის ოჯახის ექიმებისა და ექიმ-სპეციალისტების მიერ მოწოდებული ინფორმაცია დამუშავდა ცალცალკე.

აბსოლუტურად ყველა გამოკითხული ექიმი ადასტურებს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შემდეგ ამბულატორიული სამედიცინო სერვისებზე მოთხოვნის დონე და შესაბამისად, პაციენტების მიმართულების რაოდენობა გაიზარდა. რაც შეეხება სტაციონარულ სერვისებზე მოთხოვნის დონეს, გამოკითხულთა 55% თვლის, რომ სტაციონარში მიმართვიანობის დონე გაიზარდა (გრაფიკი N3).

გრაფიკი N3: ექიმების პასუხი შეკითხვაზე: როგორ ფიქრობთ, შეიცვალა თუ არა სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში მიმართვიანობა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შემდეგ?



ამბულატორიულ სერვისებზე მოთხოვნის ცვლილებაზე მოქმედ ფაქტორებად გამოკითხულთა 32% ასახელებს მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის ზრდას და ადასტურებს, რომ მოთხოვნა ადრეც არსებობდა, მაგრამ პაციენტები უსახსრობის გამო იკავებდნენ თავს ექიმთან ვიზიტისაგან. ექიმთა 57% მიიჩნევს, რომ უტილიზაციას ხელოვნურად ზრდის უფასო სერვისების მიმზიდველობა - მოთხოვნა რეალურ დონეს არ ასახავს; ხოლო ექიმთა 89% მიიჩნევს, რომ ამბულატორიაში გაზრდილი მიმართვიანობა რეცეპტების ინსტიტუტის შემოღებასაც უკავშირდება.

ანალოგიურ ჭრილში, სტაციონარული სერვისების უტილიზაციის განხილვისას, გამოკითხულთა 54% მიიჩვენს, რომ უტილიზაცია გაიზარდა. აქედან, 73% თვლის, რომ მოთხოვნის ზრდა მხოლოდ ფინანსური ხელმისაწვდომობის შედეგია; 27% კი მიიჩნევს, რომ არსებობს სხვა ზემოქმედი ფაქტორები. ამ „სხვა“ ფაქტორების შესწავლა კვლევის ფორმატით გათვალისწინებული არ იყო, თუმცა რამდენიმე რესპოდენტმა აღნიშნა, რომ ამაში თავად სამედიცინო დაწესებულების ინტერესებს მოიაზრებდა.

სამედიცინო მომსახურებაზე უტილიზაციის ცვლილებას არ გამოუწვევია სამედიცინო პერსონალის (ექიმები და ექთნები) რაოდენობის გაზრდა. გამოკითხულ ექიმთა აზრით, ოჯახის ექიმების რაოდენობის გაზრდის საშუალება დაბალი ანაზღაურების გამო არ არსებობს და მიუხედავად ძალიან მაღალი დატვირთვისა, შტატის გაზრდა თავად ექიმებსაც არ სურთ, რადგან მათი შემოსავალი მიღებული პაციენტების რაოდენობაზე დამოკიდებული.

ექიმებს დამატებით ვთხოვეთ, შეეფასებინათ ექიმთან ე.წ. „არასაჭირო“ ვიზიტების (ანუ ისეთი ვიზიტების, რომლებიც განპირობებულია არა რეალური საჭიროებით, არამედ უფასო მომსახურების მიმზიდველობით) რაოდენობის დინამიკა. აღმჩნდა, რომ ექიმთა 71% თვლის, რომ ე.წ. „არასაჭირო“ ვიზიტების რიცხვმა მოიმატა; 39% მიიჩნევს, რომ ეს მატება იყო მკვეთრი (ამ უკანასკნელთაგან ყველა ოჯახის ექიმია) (ცხრილი N13).

ცხრილი N13. ექიმების პასუხი შეკითხვაზე: როგორ ფიქრობთ, რამდენად შეიცვალა ექიმთან „არასაჭირო“ ვიზიტების რიცხვი?

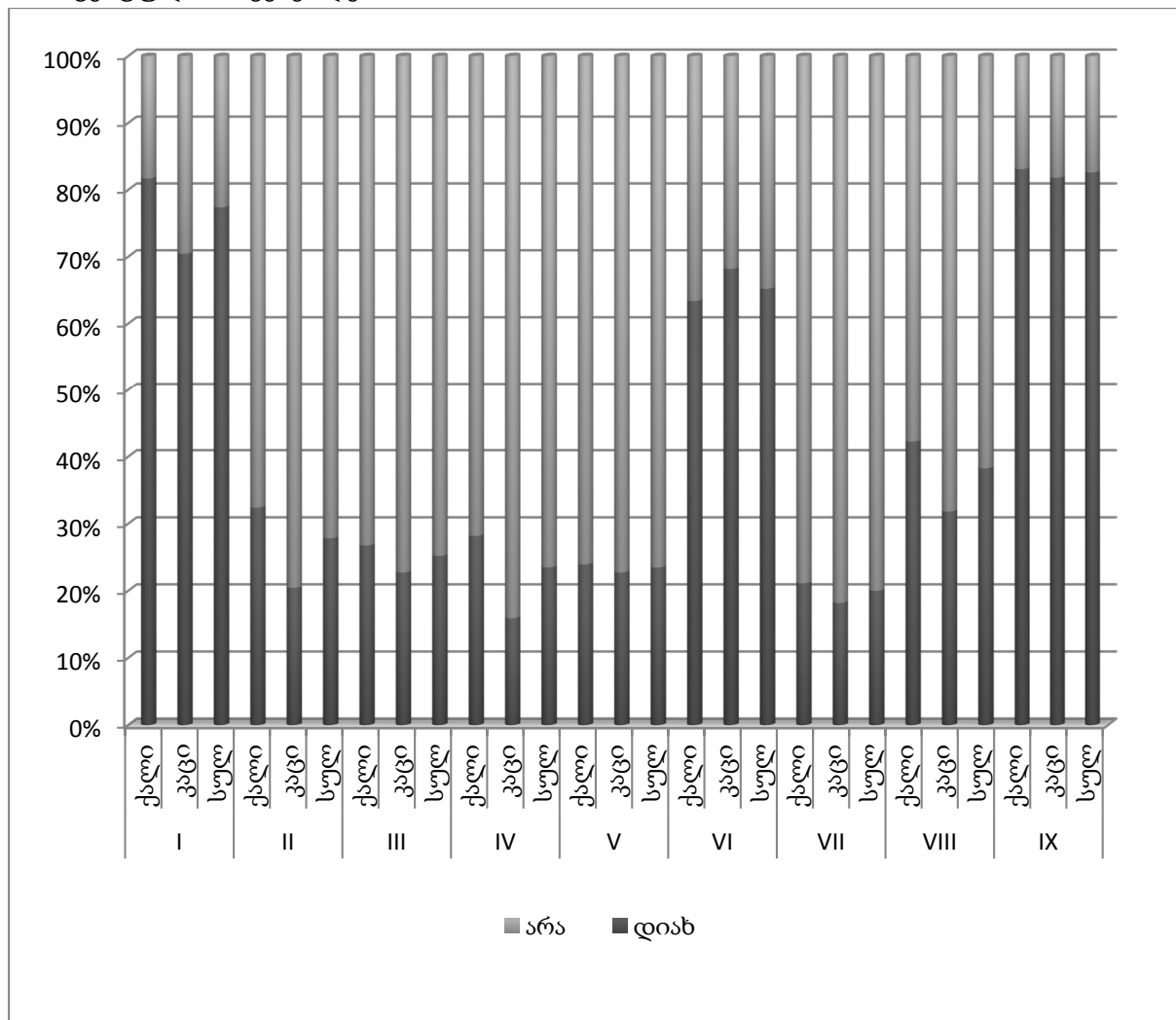
	არ შეცვლილა	მკვეთრად გაიზარდა	ოღნავ გაიზარდა	ოღნავ შემცირდა	მკვეთრად შემცირდა
ოჯახის ექიმი	2	11	4	0	0
ექიმი-სპეციალისტი	6	0	5	0	0
სულ	8	11	9	0	0

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარების გამოკითხვის შედეგები

სულ გამოკითხულ იქნა 115 ბენეფიციარი. მიუხედავად საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის საკმარისად მაღალი ცნობადობისა, აღმოჩნდა, რომ გამოკითხულთა 15%-მა მხოლოდ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვის შემდეგ გაიგო, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარი იყო.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარების გამოკითხვით მიღებული შედეგები პროცენტული მაჩვენებლების გამოყენებით თვალსაჩინოდ არის წარმოდგენილი გრაფიკში N4.

გრაფიკი N4: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციართა გამოკითხვის შედეგები (პროცენტული მაჩვენებლები):



შეკითხვების ნომრების შესაბამისობა:

I - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შემდეგ უფრო ხშირად ვსარგებლობ ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურებით

II - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შემდეგ უფრო ხშირად ვსარგებლობ სტაციონარული სამედიცინო მომსახურებით

III - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვამდე სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისაგან თავს ვიკავებდი ღირებულების გამო

IV - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დამიფინანსდა სამედიცინო ჩარევა (ოპერაცია, მანიპულაცია, ჰოსპიტალიზაცია ან ა.შ.), რომელსაც დაფინანსების გარეშე თავად ვერ დავიფინანსებდი

V - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დამიფინანსდა მედიკამენტები, რომელთაც დაფინანსების გარეშე თავად ვერ დავიფინანსებდი

VI - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში უფრო ხშირად მივდივარ ოჯახის ექიმთან

VII - ექიმთან უფრო ხშირად მისვლა მიწევს მხოლოდდამხოლოდ რეცეპტების ინსტიტუტის დანერგვის გამო

VIII - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის არსებობის გამო ექიმისათვის მიმდინარეებს ისეთ შემთხვევებში, როცა ექიმთან მისვლაზე უარს ვიტყვით, მომსახურების ღირებულება ჩემი ასანაზღაურებელი რომ ყოფილიყო

IX - საერთო ჯამში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა დადებითად აისახა ჩემს ჯანმრთელობაზე

ბენეფიციარების 77% აცხადებს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შემდეგ უფრო ხშირად სარგებლობს ამბულატორიული მომსახურებით; 65% უფრო ხშირად მიმართავს ოჯახის ექიმს, თუმცა გამოკითხულთა 23% ასევე აღნიშნავს, რომ ოჯახის ექიმთან მისი გახშირებული ვიზიტების მიზეზი დამხოლოდ რეცეპტების ინსტიტუტის დანერგვაა. სტაციონარული მომსახურებით უფრო ხშირად სარგებლობს გამოკითხულთა 28%. რესპოდენტთა 25% აღნიშნავს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვამდე თავს იკავებდა სამედიცინო მომსახურებებისაგან. გამოკითხულთა 38% ადასტურებს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემოღების შემდეგ ექიმს ჯანმრთელობის ისეთი პრობლემების გამო მიმართა, რომელზედაც უწინ უარს იტყვოდა სერვისის ღირებულების საკუთარი სახსრებით გადაუხდელობის გამო. ამასთანავე, მხოლოდ 23% აცხადებს, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში დაუფინანსდა ისეთი ჩარევა, რომელსაც სხვა პირობებში ვერ შესწვდებოდა.

მცირედი, თუმცა არასარწმუნო სხვაობა შეინიშნება ქალი და მამაკაცი რესპოდენტების მიერ შევსებული კითხვარების შედარებისას. როგორც გრაფიკიდან ჩანს, ქალბატონებში სამედიცინო მომსახურებების უტილიზაციის დონე ოდნავ მეტად გაიზარდა, ვიდრე მამაკაცებში. რაც შეეხება გამოკითხულთა პასუხების შეფასებას ასაკობრივი კატეგორიების ჭრილში - უფროსი ასაკის რესპოდენტებში სამედიცინო სერვისებზე მოთხოვნის დონე მეტად იზრდება, ვიდრე ახალგაზრდებში. თუმცა თავად შენარჩევში სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფების წარმომადგენლები პროპორციულად არ იყვნენ წარმოდგენილნი და ამის გამო აღნიშნული დაკვირვება სარწმუნოდ ვერ შეფასდება.

ყოველივე ზემოთქმულთან ერთად, გამოკითხულთა 95% თვლის, რომ პროგრამა დადებითად აისახა მის ჯანმრთელობაზე. ეს მოსაზრება დააფიქსირეს ისეთმა პირებმა.

სამედიცინო დაწესებულებების ადმინისტრაციის წარმომადგენლების გამოკითხვით მიღებული შედეგები:

გამოკითხვულ იქნა 20 სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციის წარმომადგენელი. მათ შორის იყვნენ იმ სამედიცინო დაწესებულებების მესვეურები, რომელთაც მოგვაწოდეს რიცხვობრივი ინფორმაცია მიმართვიანობის დონის შესახებ. ასევე ისეთი დაწესებულებების ადმინისტრაციის წევრები, რომელთაგან ფაქტობრივი მიმართვიანობის მონაცემების მიღება შეუძლებელი აღმოჩნდა. როგორც ცხრილში N14 ჩანს, გამოკითხულთა უმეტესობა აღნიშნავს, რომ როგორც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვამდე, ასევე დანერგვის შემდეგ კლინიკის დაფინანსების უმთავრეს წყაროს წარმოადგენდა სახელმწიფო სახსრები. ასევე, მათი მტკიცებით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შემდეგ სახელმწიფო დაფინანსების ზრდა პაციენტების მიერ ანაზღაურებული შემთხვევების შემცირების ხარჯზე ხდება.

ცხრილი N14: სამედიცინო დაწესებულებების ადმინისტრაციის წარმომადგენლების გამოკითხვის შედეგები.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედებამდე როგორი იყო სამედიცინო მომსახურებების ანაზღაურების სახეობების გადანაწილება თქვენს დაწესებულებაში?			
	ყველაზე მეტი	საშუალო	ყველაზე ნაკლები
სახელმწიფო დაფინანსება	13	2	5
სადაზღვევო კომპანიები	0	11	9
პაციენტები თავად იხდიდნენ	7	7	6
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ როგორია სამედიცინო მომსახურებების ანაზღაურების სახეობების გადანაწილება თქვენს დაწესებულებაში?			
	ყველაზე მეტი	საშუალო	ყველაზე ნაკლები
სახელმწიფო დაფინანსება	19	1	0
სადაზღვევო კომპანიები	0	16	4
პაციენტები თავად იხდიდნენ	1	3	16
როგორ შეიცვალა თითოეული წყაროდან მიღებული თანხის მოცულობა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ?			
	გაიზარდა	არ შეცვლილა	შემცირდა
სახელმწიფო დაფინანსება	20	0	0
სადაზღვევო კომპანიები	4	15	1
პაციენტების მიერ გადახდა	0	3	17

გამოკითხულთა 60%-ის აზრით, 2013 წლის შემდეგ მიმართვიანობამ მათ კლინიკაში მოიმატა. 15% ამ ცვლილებას უარყოფს, ხოლო 25% აცხადებს, რომ უჭირს პასუხის გაცემა. მათ შორის, ვინც მიმართვიანობის ზრდას ადასტურებს, 63% აღნიშნავს, რომ ამ ცვლილების მიზეზი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაა.

2013 წლის შემდეგ სამედიცინო მომსახურების ფასის ცვლილებასთან დაკავშირებით კლინიკებში არაერთგვაროვანი შეხედულება აქვთ. ადმინისტრაციის წარმომადგენელთა 40%-ის აზრით, მათთან ფასი არ შეცვლილა, 25%-ის აზრით, ფასი უმნიშვნელოდ შემცირდა, ხოლო 35%-ის აზრით, ფასი უმნიშვნელოდ გაიზარდა. მათგან, ვინც ფასის ცვლილებას აფიქსირებს, 42% აღნიშნავს, რომ ეს ცვლილება ნაწილობრივ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით არის გამოწვეული, 33% კი თვლის, რომ ცვლილება მთლიანად საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ეფექტს წარმოადგენს.

სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციის წევრებთან გასაუბრებით აღმოჩნდა, რომ მათი დიდი ნაწილი სიფრთხილით უყურებს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მომავალს. მიიჩნევენ, რომ გამოყოფილი საბიუჯეტო თანხები, შესაძლებელია, საკმარისი არ აღმოჩნდეს.

შედეგების ინტერპრეტაცია

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის შემოღების შემდეგ საქართველოში სამედიცინო მომსახურებათა უტილიზაცია მკვეთრად გაიზარდა და ინარჩუნებს ზრდის ტენდენციას. პარალელურად იზრდება სახელმწიფოს ხარჯები ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებაში. მცირდება პაციენტების მიერ „ჯიბიდან გადახდის“ წილი.

ჯანდაცვის სერვისებს შორის მკვეთრად გაიზარდა ამბულტორიულ-პოლიკლინიკური მომსახურებების უტილიზაცია, განსაკუთრებით ოჯახის ექიმების დატვირთვა. სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის ზრდის გამო გაიზარდა პაციენტის ამბულტორიულ დონეზე მიმართვიანობა, მათი კმაყოფილება.

ამბულტორიულ დაწესებულებებში მიმართვიანობის ზრდას რეცეპტების შემოღებამაც დიდად შეუწყო ხელი. თუმცა, უტილიზაცია არა-ამბულტორიულ სერვისებზეც გაიზარდა, ხოლო ამბულტორიულ სექტორში უტილიზაციის ზრდა რეცეპტების ინსტიტუტის შემოღებამდეც უკვე თვალსაჩინო იყო. უტილიზაციის ზრდას, პირველ რიგში, ოჯახის ექიმები აღნიშნავენ („საგრძობლად მეტად ვართ დატვირთულები“ - ერთ-ერთი გამოკითხული ოჯახის ექიმის მოსაზრება).

მკვეთრი ზრდა არის დაფიქსირებული გადაუდებელი ქირურგიული მომსახურების კუთხითაც. განსაკუთრებით თვალშისაცემია 2013 წელს მწვავე ქოლერისტიტის ჩვენებით გაკეთებული ოპერაციების 48%-იანი ზრდა. ამ შემთხვევებში ექვევებში დგება რეალური ჩვენების არსებობა. დიდი ალბათობით, ადგილი აქვს მდგომარეობების ე.წ. „გაურგენტულებას“ და აუცილებელია ხარისხის კონტროლის სისტემების დახვეწა ხელოვნური ჰიპერუტილიზაციის თავიდან ასაცილებლად.

ცხადია, 2014 წლის განმავლობაში სამედიცინო მომსახურებების უტილიზაციის მაჩვენებლების მკვეთრი ზრდა განპირობებულია იმითაც, რომ 2014 წლის სექტემბერში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში გაერთიანდა ის კონტიგენტი, რომელიც მანამდე სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამით სარგებლობდა. მაგრამ ამ კონტიგენტის რაოდენობა არც ისე დიდი იყო, რომ უტილიზაციის ამდენად მკვეთრი ცვლილება გამოეწვია. გარდა ამისა, უტილიზაციის ზრდა (თანაც უფრო ინტენსიური) გრძელდება დღემდე.

საინტერესოა სამედიცინო დაწესებულებების, ექიმების დატვირთვისა და ჯანდაცვის სფეროში გაღებული ხარჯის გადანაწილება რეგიონების მიხედვით. 2013 წლამდე რეგიონულ პრინციპზე მოქმედი სადაზღვევო სისტემის ფარგლებში ბენეფიციარები მეტ-ნაკლებად მიჯაჭვულნი იყვნენ რეგიონულ სამედიცინო ცენტრებთან. თავისუფალი არჩევანის პრინციპმა განაპირობა სამედიცინო შემთხვევათა დიდი ნაწილის აკუმულირება თბილისში. ცხადია, ასეთი ტენდენცია ცუდი არ არის - მოსარგებლეს თავისუფალი არჩევანის გაკეთების საშუალება ეძლევა და სამედიცინო დაწესებულებებს შორის კონკურენცია იზრდება. თუმცა, რეგიონული დონის სამედიცინო დაწესებულებები კონკურენციას ვერ უწევენ თბილისში მოქმედ მაღალტექნოლოგიურ ცენტრებს. შედეგად, თბილისში აკუმულირდა პაციენტთა დიდი რაოდენობა, ხოლო რეგიონული დონის სამედიცინო ცენტრებს პრობლემები შეექმნათ ფინანსური უზრუნველყოფის თვალსაზრისით.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარებიც აღნიშნავენ სამედიცინო სერვისების უტილიზაციის გამოხატულ ზრდას. ასევე, გამოკითხულთა უმრავლესობა დადებითად არის განწყობილი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მიმართ. ინტერვიუებისას ისინი მაქსიმალურად ცდილობდნენ, ხაზი გაესვათ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის პოზიტიურობას.

სამედიცინო სფეროს მუშაკების აზრით, მკვეთრად მზარდი უტილიზაციის ფონზე იზრდება სამედიცინო მომსახურებების მისაღებად მოცდის დრო, რაც ამცირებს სერვისის ეფექტურობას.

დასკვნა და რეკომენდაციები

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შედეგად სამედიცინო მომსახურებების უტილიზაციის მკვეთრი ზრდა, ერთი მხრივ, მიგვანიშნებს, რომ მოქალაქეთა გარკვეულ რაოდენობას არ ჰქონდა საშუალება, საკუთარი სახსრებით დაეფინანსებინა სამედიცინო სერვისები, რაც უარყოფით გავლენას ახდენდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, ხელს უშლიდა დაავადებათა ადრეულ ეტაპზე გამოვლენას. მეორე მხრივ, საყურადღებოა უტილიზაციის ხელოვნური ზრდა (მათ შორის მოსარგებლის ან ექიმის პირადი დაინტერესებით). სამედიცინო სფეროს მუშაკების გამოკითხვა ადასტურებს, რომ ექიმთან ე.წ. „არასაჭირო“ ვიზიტების დონე გაზრდილია. მცირემასშტაბიანი გადაუდებელი ქირურგიული ჩარევების დონეც მკვეთრად არის მომატებული. ჰიპერუტილიზაციის პრობლემა ღრმა შესწავლას და შესაბამისი რეგულირებისა და მონიტორინგის მექანიზმების შემუშავებას მოითხოვს.

2015 წელს, ისევე როგორც წინა წლებში, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით განსაზღვრულ ბიუჯეტზე მეტი თანხები დაიხარჯა. ცხადია, ჩვენნაირ დაბალშემოსავლიან, ღარიბ ქვეყანას არ შეუძლია ჰქონდეს მაღალი სახელმწიფო დანახარჯები ჯანდაცვაზე. თუმცა, მიუხედავად ჯანდაცვაზე სახელმწიფო ხარჯების ზრდისა, საქართველო ამ კუთხით ჯერ ისევ ჩამორჩება არამარტო ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ დადგენილ საერთაშორისო სტანდარტებს, არამედ ბევრი დაბალშემოსავლიანი ქვეყნის მაჩვენებლებსაც. აღნიშნულის გათვალისწინებით, საქართველოსთვის, სადაც ჯანდაცვაზე სახელმწიფოს მხრიდან ისედაც მწირი თანხები იხარჯება, მნიშვნელოვანია, ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციის მართვის ეფექტური მექანიზმები შემუშავება.

ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციის მართვის მეთოდებიდან ერთ-ერთი უმთავრესია ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის არსებობა, რადგან ასეთ სისტემაში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა დაავადებათა მართვას, პრევენციულ ღონისძიებებს. გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის დროს პაციენტი უმთავრესად ოჯახის ექიმს მიმართავს. ოჯახის ექიმი, როგორც სისტემის „მეკარიბჭე“, ადგენს სხვა სამედიცინო პერსონალთან (სპეციალისტებთან) მიმართვას (მიმართვების მენეჯმენტი, ახდენს ამ სერვისების გაწევის კოორდინაციას. მისი მიზანია აღმოიფხვრას პაციენტთა თვითმიმართვები სპეციალისტებთან და თავიდან აიცილოს ძვირადღირებულ ჰოსპიტალურ მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები. შედეგად, მცირდება არააუცილებელი სერვისების ჩატარების სტიმული და შესაბამისად ჯანდაცვის ხარჯები.

ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციის მართვაზე დადებით გავლენას ახდენს ჯანდაცვის დაფინანსების კონკურენტული სისტემა, სადაც სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების მართვას ახორციელებს არა ერთი ორგანიზაცია (მაგ., *სოციალური დაზღვევის სახელმწიფო ფონდი*, ან *სოციალური მომსახურების სააგენტო საქართველოში*), არამედ მრავალი გადამხდელი სუბიექტები (სადაზღვევო კომპანიები). კონკურენტული მოდელის დროს სადაზღვევო კომპანიები ხარჯების კონტროლის და შეკავების მიზნით ფართოდ იყენებენ ექიმის მიერ გაწეული სამედიცინო მომსახურების მონიტორინგისა და მართვის მეთოდებს (უტილიზაციის მენეჯმენტი). მისი ერთ-ერთი ფორმაა მოთხოვნის მენეჯმენტი, რაც გულისხმობს ისეთ ქმედებებს, რომლებიც გავლენას მოახდენენ მომავალში სამედიცინო სერვისების მოთხოვნაზე. მაგალითად, ექიმის მიერ ყოველდღიურად ოცდაათხსაათიანი სატელეფონო რჩევების განხორციელება პაციენტებზე. ასეთი სახის კონსულტაციები მკვეთრად ამცირებენ სამედიცინო სერვისებზე მოთხოვნებს და შესაბამისად ხარჯებს.

გარდა ამისა, კონკურენტული მოდელის დროს სადაზღვევო კომპანიები ცდილობენ ხარჯების შეკავების მიზნით განახორციელონ სერვისებზე კონტროლი, რისთვისაც ახდენენ პაციენტის სტაციონარში გახანგრძლივებული დაყოვნების, ასევე, რთული, ქრონიკული, მაღალხარჯიანი სამედიცინო სერვისების დეტალურ შესწავლას. ამავე მიზნით, სადაზღვევო კომპანიები ფართოდ იყენებენ ჰოსპიტალური სერვისების წინასწარი შეტყობინების მექანიზმებს. როდესაც პაციენტი საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას იგი ატყობინებს

სადაზღვევო კომპანიას და მხოლოდ მისგან მიღებული წინასწარი თანხმობის შემდეგ ღებულობს ანაზღაურებას. ამასთან, არაიშვიათად, სადაზღვევო კომპანია თავის წარმომადგენელს აგზავნის საავადმყოფოში, რათა მოხდეს თითოეული პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევის, მასზე ჩატარებული სერვისების შესწავლა. დგინდება თუ რამდენად შესაძლებელია პაციენტის ბინაზე გაწერა. როდესაც სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობა აღემატება წინდაწინ დადგენილ დღეებს, ხდება პაციენტის კლინიკური მონაცემების შეგროვება.

ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციის შეკავების ერთ-ერთი მექანიზმია პაციენტის თანამონაწილეობა (თანაგადახდა) სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ ნაწილის ხარჯების დასაფარად. მისი უმთავრესი მიზანია სამედიცინო მომსახურების მოთხოვნის ლიმიტირება. დაზღვეულ ან სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით მოცულ პაციენტებს აქვთ სამედიცინო მომსახურების მიღების სტიმული. პაციენტის თანამონაწილეობა წარმოადგენს ამ სტიმულის შემცირების ერთ ერთ მეთოდს. საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით გარკვეულ სერვისებზე გათვალისწინებულია პაციენტის თანაგადახდა. თუმცა, მიზანშეწონილია, მისი უფრო ფართოდ გამოყენება.

ჯანდაცვითი სერვისებისა და ხარჯებისაგან დედაქალაქის განსატვირთავად საჭიროა რეგიონული დონის სამედიცინო ცენტრების განვითარების ხელშეწყობა. ამისათვის, უპირველეს ყოვლისა, სამედიცინო ქსელის ადექვატური დაგეგმვა, ლოგისტიკის სისტემის შემუშავება და რეგიონებში მომსახურების ხარისხის ამაღლებაა საჭირო.

რეზიუმე

შესავალი: 2013 წლიდან საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა დაინერგა. ასეთი სახის ფუნდამენტური რეფორმა განაპირობებს სამედიცინო სერვისების უტილიზაციის ცვლილებებს. კვლევის მიზანია, იმის შესწავლა, თუ რამდენად შეიცვალა ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაცია საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის დანერგვის შემდეგ. **მეთოდოლოგია:** თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა სამედიცინო სერვისების უტილიზაციის დეტერმინანტების განსაზღვრა სხვა ქვეყნებში ჩატარებული მსგავსი კვლევების მიხედვით. შერჩეული მაჩვენებლების შესახებ განხორციელდა მეორადი მონაცემების (ოფიციალური წყაროებიდან და კლინიკებიდან) ანალიზი. ჩატარდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართული ექიმების, მენეჯერებისა და ბენეფიციარების გამოკითხვა და ამ გზით პირველადი მონაცემების ანალიზი. **შედეგები, ინტერპრეტაცია:** ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით მკვეთრად გაიზარდა სამედიცინო მომსახურებებზე მოთხოვნა. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართული ექიმებისა და პაციენტების გამოკითხვის შედეგებიც ადასტურებს სამედიცინო სერვისების უტილიზაციის ზრდას. ამასთან ერთად ვლინდება ექიმთან ე.წ. „არასაჭირო“ ვიზიტების სიხშირის მატება, რაც მიანიშნებს ხელოვნურად ინდუცირებული ჰიპერუტილიზაციას. აღნიშნული განაპირობებს არაეფექტური დანახარჯების ზრდას. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის უფრო ეფექტური მუშაობისათვის მიზანშეწონილია ჯანდაცვის სერვისების უტილიზაციის მართვის მეთოდების გამოყენება, კერძოდ, ქვეყანაში გამართული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის განვითარების ხელშეწყობა, ჯანდაცვის დაფინანსების კონკურენტული სისტემის მექანიზმების დანერგვა, სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ ნაწილის ხარჯების დასაფარად პაციენტის თანამონაწილეობის (თანაგადახდის) შემოღება.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, უტილიზაცია, უნივერსალური მოცვა.

Effects of Universal Healthcare Programm on Utilization of Healthcare services in Georgia

Ketevan Kankava, Tengiz Verulava

Abstract

Introduction: Starting from year 2013 Universal Healthcare Program was introduced in Georgia. This kind of fundamental reform causes changes in utilization of healthcare services. The aim of the study is to find out the extent of changes in healthcare service utilization rate after implementing Universal Healthcare Program in Georgia. **Method:** Within the framework of qualitative investigation the determinants of healthcare service utilization were selected according to the similar studies from other countries. The secondary data about selected indicators (obtained from official sources and hospitals) were analyzed. Along with this, we analyzed primary data collected (using specific questionnaires) from doctors, managers and beneficiaries participating in Universal Healthcare Program. **Results, interpretation:** According to official statistical data increase in demand rate of healthcare services is obvious. Surveying doctors and patients involved in Universal Healthcare Program confirms the rise in medical service utilization. In addition, the rate of so called “unnecessary” visits is also increased, that is indicative of artificially induced hyperutilization. This condition causes increase in ineffective expenditures. **Conclusions, recommendations:** For more effective functioning of Universal Healthcare program utilization control methods should be applied. In particular this means supporting the development of well-organized primary healthcare system in country, introducing the mechanisms of competitive system for healthcare funding, implementation of patient participation (co-payment) to cover certain part of healthcare expenditures.

Keywords: Universal Healthcare Program, utilization, universal coverage.

ბიბლიოგრაფია

1. გურული ირინა. სადაზღვევო სექტორის სტატისტიკა. რადიო თავისუფლება. 03 აპრილი 2015.
2. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2010. საქართველო. თბილისი 2011.
3. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2011. საქართველო. თბილისი 2012.
4. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2012. საქართველო. თბილისი 2013.
5. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2013. საქართველო. თბილისი 2014.
6. ვერულავა თენგიზ. უნივერსალიზმი და სელექტივიზმი - ჯანდაცვის ორი მიდგომა და საქართველო. ლიბერალი 13.05.2014.
7. კერძო სადაზღვევო კომპანიებში დაზღვეულთა რაოდენობა იზრდება. commersant.ge 04 აპრილი 2015.
8. კუკავა მიხეილ. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა: პრობლემები და რეკომენდაციები. საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველო. 2013.
9. საერთაშორისო გამჭვირვალობა - საქართველო. 2012. ანგარიში - ჯანმრთელობის დაზღვევა საქართველოში.
10. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36 2013 წლის 21 თებერვალი ქ. თბილისი. საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ.
11. საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის ანგარიში გაწეული საქმიანობის შესახებ (2012-2013 წლის).

12. საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის ანგარიში გაწეული საქმიანობის შესახებ (2013 წლის 2 სექტემბრიდან 2014 წლის 2 სექტემბრის ჩათვლით).
13. საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირი. 2007 წელი. პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების ტენდენციები საქართველოში.
14. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. სტატისტიკური მონაცემები - ჯანდაცვა. (http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=196&lang=geo)
15. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2006 წელი. პირველადი ჯანდაცვის განვითარების ეროვნული გენერალური გეგმა.
16. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013 წლის ანგარიში.
17. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2013-2014 წლების ანგარიში.
18. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს წერილი თავისუფლების განვითარების ცენტრის დირექტორს ბატონ გიორგი კლდიაშვილს N01/21640. 27 მარტი, 2015წ. (<http://www.opendata.ge/ka/request/43416>).
19. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში (სამუშაო ვერსია). თბილისი, 2013 წლის იანვარი.
20. სოციალური მომსახურების სააგენტო. სოციალური სტატისტიკა (სტატისტიკური კრებული) თბილისი, 2014.
21. სოციალური მომსახურების სააგენტო. სტატისტიკური ინფორმაცია. (http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=610)
22. ჭიბერაშვილი ზურაბ. დავით სერგეენკო: ღარიბს ვართმევ, მდიდარს ვაძლევ, Forbes Georgia, თებ 9, 2015.
23. ხიშტოვანი გიორგი. 2006-2013 წლის ჯანდაცვის რეფორმის ფინანსური გავლენის პროგნოზი კერძო სადაზღვევო კომპანიებზე - „ალდაგი-ბისია“-ს შემთხვევა. ინფორმაციის თავისუფლების განვითარების ინსტიტუტი, 25 თებერვალი 2014.
24. Akande, Tanimola et al.. 2011. The effects of national health insurance scheme on utilization of health services at Unilorin Teaching Hospital staff clinic, Ilorin, Nigeria. Health Science Journal.
25. Beck, Laurel. 2012. The Effects of Medicare Eligibility on Health Care Utilization and Outcomes. University of Wisconsin-Madison.
26. Blanchet, N.J. et al. 2012. The Effect of Ghana's National Health Insurance Scheme on Health Care Utilization. Ghana Medical Journal.
27. Card, David et al. 2008. The Impact of Nearly Universal Insurance Coverage on Health Care Utilization: Evidence from Medicare. American Economic Review.
28. Chen, Likwang et al. 2005. The Effects of Taiwan's National Health Insurance on Access and Health Status of the Elderly. Health econ.
29. Currie, Janet, Gruber, Jonathan. 1996. Health Insurance Eligibility, Utilization of Medical Care, and Child Health. The Quarterly Journal of Economics.
30. Decker, Sandra L.. 2005. Medicare and the Health of Women with Breast Cancer. Journal of Human Resources.
31. Dong, Yingying. 2011. How Health Insurance Affects Health Care Demand – A Structural Analysis of Behavioral Moral Hazard and Adverse Selection. Economic Inquiry.
32. Finkelstein, Amy. 2007. The Aggregate Effects of Health Insurance: Evidence from the Introduction of Medicare. The Quarterly Journal of Economics.

33. Finkelstein, Amy et al.. 2012. The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year. *The Quarterly Journal of Economics*.
34. Gissele, Gajate-Garrido. 2013. The Effect of Parents' Insurance Enrollment on Health Care Utilization: Evidence from Ghana. Social Science Research Network.
35. Hanratii, Maria. 2001. Canadian National Health Insurance and Infant Health. *The American Economic Review*.
36. Jütting, Johannes. 2001. The Impact of Health Insurance on the Access to Health Care and Financial Protection in Rural Areas of Developing Countries: The Example of Senegal. Commission on Macroeconomics and Health. The World Bank.
37. Kolstada, Jonathan T., Kowalskib, Amanda E.. 2012. The Impact of Health Care Reform on Hospital and Preventive Care: Evidence from Massachusetts. *Journal of Public Economics*.
38. Kondo, Ayako, Shigeoka, Hitoshi. 2013. Effects of Universal Health Insurance on Health Care Utilization, Supply-Side Responses and Mortality Rates: Evidence from Japan. *Journal of Public Economics*.
39. Lee, Yue-Chune et al. 2010. The impact of universal National Health Insurance on population health: the experience of Taiwan. *BMC Health Services Research*.
40. Leu, Robert E.. 2009. The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and regulated Competitive insurance Markets. The Commonwealth Fund.
41. Limwattananon S. et al. 2013. Universal Coverage on a Budget: Impacts on Health Care Utilization and Out-Of-Pocket Expenditures in Thailand. Tinbergen Institute Discussion Paper TI 2013-067/V.
42. Long, Stephen H., Marquis, M. Susan. 1994. Universal Health Insurance and Uninsured People: Effects on Use and Cost. Office of Technology Assesnent, Congressional Research Service, Library of Congress.
43. McWilliams, J. Michael et al.. 2007. Health of Previously Uninsured Adults after Acquiring Medicare Coverage. *Journal of American Medical Association*.
44. Partnership for Social Initiatives. Policy, Advocacy and Civil Society Development in Georgia. 2013. Utilization and Affordability of Health Services in Different Health Service Provision Models. Position paper N2.
45. Polsky, Daniel et al.. 2009. The Health Effects of Medicare for the Near-Elderly Uninsured. *Health Services Research*.
46. Sekyi, Samuel. 2012. The Effects of Health Insurance on Outpatient Utilization and Healthcareexpenditure in Ghana. *International Journal of Humanities and Social Science*.
47. Spaan, Ernst. 2012. The impact of health insurance in Africa and Asia: a systematic review. Bull World Health Organization.
48. US Department of Health and Human Services. 2004. Health Care in America: Trends in Utilization.
49. Zhongliang, Zhou et al. 2014. The effects of China's urban basic medical insurance schemes on the equity of health service utilization: evidence from Shaanxi Province. *International Journal for Equity in Health*.

სოციალურად დაუცველი ტრავმატოლოგიური პაციენტების კმაყოფილება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით

კორნელი ბაქრაძე¹, თენგიზ ვერულავა²

შესავალი

ყველა ქვეყნის განსაკუთრებულ ფასეულობას წარმოადგენს ადამიანთა კეთილ-დღეობაზე ზრუნვა, ხანგრძლივი და ჯანმრთელი სიცოცხლისათვის სათანადო პირობებით უზრუნველყოფა. მათგან სახელმწიფოს მხრიდან მზრუნველობასა და თანადგომას განსაკუთრებით საჭიროებენ მოსახლეობის სოციალურად დაუცველი ფენები.

2013 წლიდან საქართველოში მოქმედებს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლითაც ქვეყნის თითქმის მთელი მოსახლეობაა მოცული. გასათვალისწინებელია, რომ სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ჯანდაცვაზე გამოყოფილი თანხები ჩამორჩება ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ მიღებულ რეკომენდაციებს. შესაბამისად, მწირი სახელმწიფო დანახარჯების ფონზე, საინტერესოა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ პაციენტებისათვის ჯანდაცვის სერვისებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის და გაწეული მომსახურების ხარისხის შესწავლა.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ პაციენტებისათვის როგორც გადაუდებელი, ასევე გეგმიური სამედიცინო მომსახურება ფინანსდება 100 %-ით ყოველგვარი ლიმიტის გარეშე.

გეგმიური ქირურგიული და ონკოლოგიური მომსახურების მისაღებად მოსარგებლემ შესაბამისი დოკუმენტაციით უნდა მიმართოს სოციალური მომსახურების სააგენტოს საგარანტიო წერილის მისაღებად. გადაუდებელი ოპერაციების დროს საგარანტიო გაიცემა 3-5 დღის ვადაში, ხოლო გეგმიური ქირურგიული ჩარევის დროს გაცემის ვადა 1 თვეს შეადგენს.

მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისთვის, გეგმიური ქირურგიული მომსახურება მტკივნეული საკითხია, რადგან ამ შემთხვევაში საყოველთაო ჯანდაცვის მიერ ოფიციალურად გაცხადებული 100 %-ანი დაფინანსება აღარ მოქმედებს და ძალაში ერთვება სპეციალური ფორმულა, რომლითაც ანგარიშობენ პაციენტის ასანაზღაურებელ თანხას.³

თავდაპირველად, საყოველთაო ჯანდაცვით მოსარგებლებს პროცენტულად უფინანსდებოდათ ქირურგიული ოპერაციის თანხა, თუმცა ზოგიერთმა კლინიკამ ხელოვნურად გაზარდა მომსახურების ფასი, რაც, ჯანდაცვის ხარჯებს მნიშვნელოვნად ზრდიდა. აქედან გამომდინარე, სამინისტროს შემუშავებული აქვს სპეციალური ფორმულა, რომლითაც გეგმიური ოპერაციის ფასი გამოითვლება. სწორედ ამ ფასის 100%-ით უფინანსდებათ გეგმიური ოპერაციები სოციალურად დაუცველ მოსახლეობას. კერძოდ, გეგმიური ოპერაციის ფასი შემდეგი ფორმულით გამოითვლება: (მაქსიმალურ ფასს – მინიმალური ფასი) / 4 + მინიმალური ფასი. ანუ, მინიმალურ და მაქსიმალურ ფასს შორის სხვაობის მეოთხედს დამატებული მინიმალური ფასი. აღნიშნული ფორმულით მიღებული ფასის 100% არის ლიმიტი, რომელსაც საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა ანაზღაურებს. იმ შემთხვევაში, თუ კლინიკაში არსებული ფასი სახელმწიფოს მიერ

¹ გადაუდებელი ქირურგიისა და ტრავმატოლოგიის ცენტრის სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობის მენეჯერი

² მედიცინის აკადემიური დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი

³ მიზნობრივი ჯგუფი. სოციალური მომსახურების სააგენტო 2013.

http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=889

განსაზღვრულ ფასს არ აღემატება, მაშინ საყოველთაო დაზღვევა დამატებითი გამოთვლების გარეშე, ოპერაციის ღირებულების 100%-ს დააფინანსებს.

მაგალითად, დავუშვათ, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართულ კლინიკებში კონკრეტული ოპერაციის ყველაზე დაბალი ფასი დაფიქსირდა A კლინიკაში – 1 000 ლარი. იგივე ოპერაციის ყველაზე მაღალი ფასი დაფიქსირდა B კლინიკაში – 1 600 ლარი. ამ შემთხვევაში, თუ პაციენტი ამ კონკრეტულ ოპერაციას A კლინიკაში გაიკეთებს, მას კლინიკის ფასის 100%, ანუ 1000 ლარი დაუფინანსდება. ვნახოთ, ფორმულის თანახმად რეალურად რა პროცენტით დაუფინანსდება პაციენტს ოპერაცია, თუ ის ოპერაციას B კლინიკაში გაიკეთებს – $(1600-1000) / 4+1000=1150$. შესაბამისად, მას დაუფინანსდება 1150 ლარი 100%-ით, თუმცა დარჩენილ თანხას სახელმწიფო საკუთარ თავზე აღარ იღებს. ესეიგი, თუ სოციალურად დაუცველ ადამიანს სურს B კლინიკაში ოპერაციის გაკეთება, მას მოუწევს $1600-1150= 450$ ლარის გადახდა, რისი საშუალებაც სავარაუდოდ პაციენტს არ ექნება. B კლინიკაში ოპერაციის გაკეთების შემთხვევაში, სოციალურად დაუცველ პაციენტს კლინიკაში არსებული ფასის 30 %-ანი თანაგადახდა მოუწევს.

აღნიშნული დაფინანსების სისტემა შეიძლება საკმაოდ დიდ ხარვეზად მივიჩნიოთ, რადგან თუკი მიდიხართ მართლაც მაღალხარისხიან, კარგ კლინიკაში, სადაც ოპერაციის ფასი სახელმწიფოს მიერ დადგენილ ფასს შეიძლება ცოტათი აღემატებოდეს, მაინც სახელმწიფოს მიერ დადგენილი ფასიდან იანგარიშება 100%, ხოლო რეალურად სახელმწიფოს მხრიდან თანადაფინანსება შეიძლება გამოვიდეს 70-80 პროცენტი. ჩვენი ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე, ძვირადღირებული სერვისების დაფინანსება საქართველოს მოქალაქეთა საკმაოდ დიდი ნაწილისათვის პრობლემატურია. ისინი იძულებული არიან ან საერთოდ არ გაიკეთონ ოპერაცია, ან დაბალფასიან და შესაბამისად დაბალხარისხიან კლინიკას მიმართოს.

სამწუხაროდ, ამ ყველაფრის ახსნა რთულია თვითონ პაციენტისთვის, რომელიც ტელევიზიით, თუ სხვადასხვა საინფორმაციო წყაროებით ისმენს, რომ ყველა სახის მომსახურება უფასო აქვს, ელოდება სახელმწიფოს სრულ დაფინანსებას, საბოლოოდ კი თანაგადახდა უწევს საკმაოდ სოლიდური თანხის ოდენობით.

კვლევის მიზანია, დავადგინოთ, თუ რამდენად ფინანსურად ხელმისაწვდომია სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი პაციენტებისათვის ჯანდაცვის სერვისები და რამდენად არის დამოკიდებულია გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხი პაციენტის შემოსავალზე.

კვლევა ჩატარდება ტრავმატოლოგიური პაციენტების მონაცემებზე დაყრდნობით, რაც საკმაოდ ნათლად დაგვანახებს პრობლემის არსს, რადგან სწორედ ტრავმატოლოგიური ოპერაციების დროს გამოიყენება ძვირადღირებული ლითონის ფირფიტა, გარეგანი ფიქსაციის აპარატი, თუ სხვადასხვა საპროთეზო მასალა. ამ შემთხვევაში, რადგან სოციალურად დაუცველ პაციენტს თანაგადახდის საშუალება არ გააჩნია, სამედიცინო დაწესებულება იყენებს იაფფასიან მასალას, რაც უარყოფითად ზემოქმედებს გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე.

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია საქართველოში საყოველთაო ჯანდაცვის განხორციელების საკითხებზე არსებული ლიტერატურა, მათ შორის სამეცნიერო ნაშრომები, კვლევები, მონოგრაფიები, სახელმძღვანელოები, პუბლიკაციები, გამოცემები, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კვლევები და ანგარიშები, ასევე ინტერნეტით მოძიებული მონაცემები.

დასახული მიზნების მისაღწევად განხორციელდა თბილისის ერთ-ერთი კლინიკაში ნამკურნალევი ტრავმატოლოგიური პაციენტების მონაცემების შესწავლა. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდება კლინიკაში განთავსებულ სოციალურად დაუცველი მოსახლეობის გამოკითხვა წინასწარ კონსტრუირებული კითხვარების მეშვეობით.

კვლევის შედეგები

განხორციელდა თბილისის ერთ-ერთი კლინიკაში ნამკურნალევი ტრავმატოლოგიური პაციენტების მონაცემების შესწავლა. პაციენტების მონაცემები მოიცავდა 2015 წლის 1 იანვრიდან 2016 წლის 1 იანვრამდე განვლილ პერიოდს. თავდაპირველად ავიღეთ გეგმიური პაციენტების მონაცემები დიაგნოზების მიხედვით და ვნახეთ, თუ როგორ ფინანსდება ოპერაციები ზოგადად და შემდეგ შევადარეთ, თუ რა დაუფინანსდათ სოციალურად დაუცველ პაციენტებს. ქვემოთ მოცემულ სტატისტიკურ მონაცემებში არ ფიგურირებს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მოსარგებლე მოსახლეობა, რადგან მათ ასეთი სახის ოპერაციები არ უფინანსდებათ საერთოდ.

ცხრილი №1

გეგმიური პაციენტების შედარება, დიაგნოზი - დისპლაზიური კოქსართროზი

კოდი	კომპონენტი	დიაგნოზი	გამოყენებული მასალა
M16.3	გეგმიური ქირურგიული მომსახურება	დისპლაზიური კოქსართროზი	უცემენტო პროთეზი

პაციენტი	დადგენილება	კოდის ღირებულება	სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებული თანხა	საპროთეზო მასალის ფასი
პაციენტი 1	218 - სოც. დაუცველი მოსახლეობა	6400	4609,25	1900
პაციენტი 2	218	6400	4609,25	2100
პაციენტი 3	218	6400	4609,25	2100
პაციენტი 4	218	6400	4609,25	2100
პაციენტი 5	218	6400	4609,25	2100
პაციენტი 6	165 - საპენსიო მოსახლეობა	6400	4148,33	1900
პაციენტი 7	165	6400	4148,33	1900
პაციენტი 8	165	6400	4148,33	2100
პაციენტი 9	165	6400	4148,33	2100
პაციენტი 10	165	6400	4148,33	2100

როგორც ავღნიშნეთ, გეგმიურ პაციენტებთან მიმართებაში პრობლემა სახეზეა. მაშინ, როცა სოციალურად დაუცველ პაციენტს უნდა უფინანსდებოდეს 100 %, ხოლო პენსიონერს 90 %, რეალურად გვაქვს სულ სხვა სურათი: ერთ შემთხვევაში დაფინანსება 72 %-ს შეადგენდა, მეორე შემთხვევაში 64%-ს.

რაც შეეხება საპროთეზო მასალის ფასს, თუ რატომაც სხვადასხვა პაციენტებზე გასხვავებული ფასი - პასუხი მარტივია: 1900 ლარი არის ფასი დოლარის კურსის მატებამდე, ხოლო 2100 ლარი - მატების შემდეგ. მასალა და მისი ხარისხი არის ყველგან იგივე.

გეგმიური პაციენტების შედარება, დიაგნოზი - დისპლაზიური კოქსართროზი

კოდი	კომპონენტი	დიაგნოზი	გამოყენებული მასალა
M16.3	გეგმიური ქირურგიული მომსახურება	დისპლაზიური კოქსართროზი	პროთეზი ცემენტის გამოყენებით

პაციენტი	დადგენილება	კოდის ღირებულება	სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებული თანხა	საპროთეზო მასალის ფასი
პაციენტი 1	218 - სოც.დაუცვ.	5400	4234,25	1600
პაციენტი 2	218	5400	4234,25	1600
პაციენტი 3	218	5400	4234,25	1600
პაციენტი 4	218	5400	4234,25	1600
პაციენტი 5	218	5400	4234,25	1600
პაციენტი 6	165 - საპენსიო	5400	3810,83	1600
პაციენტი 7	165	5400	3810,83	1600
პაციენტი 8	165	5400	3810,83	1600
პაციენტი 9	165	5400	3810,83	1600
პაციენტი 10	165	5400	3810,83	1600

გეგმიური სამედიცინო სერვისების დაფინანსების ოდენობა შედარებით მეტია, თუმცა, სოციალურად დაუცველი მოსახლეობა 100 %-ს ნაცვლად ფინანსდება 78 %-ით, ხოლო საპენსიო ასაკის მოსახლეობა - 90%-ის ნაცვლად 70 %-ით.

გეგმიური პაციენტების შედარება, დიაგნოზი - პირველადი გონართროზი, ორმხრივი.

კოდი	კომპონენტი	დიაგნოზი	გამოყენებული მასალა
M17.0	გეგმიური ქირურგიული მომსახურება	პირველადი გონართროზი, ორმხრივი	სრიალა პროთეზი

პაციენტი	დადგენილება	კოდის ღირებულება	სახელმწიფოს მიერ ანაზღაურებული თანხა	საპროთეზო მასალის ფასი
პაციენტი 1	218 - სოც.დაუცვ.	7100	4995	2900
პაციენტი 2	218	7100	4995	2900
პაციენტი 3	218	7100	4995	2900
პაციენტი 4	165 - საპენსიო	7100	4405,5	2900
პაციენტი 5	165	7100	4405,5	2900
პაციენტი 6	165	7100	4405,5	2900

აღნიშნული ქირურგიული ოპერაცია ყველაზე მაღალფასიანია კლინიკაში, მისი დაფინანსება კი ზემოთ მოყვანილ მაგალითებზე კიდევ უფრო მცირეა, რაც - სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისთვის - 70 %-ს, საპენსიო ასაკის მოსახლეობისთვის კი 62 %-ს შეადგენს.

გეგმიური პაციენტების შედარება, დიაგნოზი - ბარძაყის ყელის მოტეხილობა

კოდი	კომპონენტი	დიაგნოზი	გამოყენებული მასალა
S72.0	გეგმიური ქირურგიული მომსახურება	ბარძაყის ყელის მოტეხილობა	პროთეზი ცემენტის გამოყენებით, ერთი ნაწილი - დისტალური

პაციენტი	დადგენილება	კოდის ღირებულება	სახელმწიფოს მიერ ასანაზღაურებელი თანხა	საპროთეზო მასალის ფასი
პაციენტი 1	218 - სოც.დაუცვ	2280	2280	190
პაციენტი 2	218	2280	2280	190
პაციენტი 3	218	2280	2280	210
პაციენტი 4	165 - საპენსიო	2280	2052	190
პაციენტი 5	165	2280	2052	210
პაციენტი 6	165	2280	2052	210

თუ მხედველობაში მივიღებთ ოპერაციებს საპროთეზო მასალის გამოყენებით, ოპერაცია ფინანსდება სტანდარტის მიხედვით, თუმცა საპროთეზო მასალა გამოიყენება მხოლოდ ხანდაზმული პაციენტებისთვის. გამოყენებულ მასალებს შორის არანაირი სხვაობა არაა. მასალის ფასში განსხვავება დაკავშირებულია დოლარის კურსთან.

ამჯერად გადაუდებელ სტაციონარულ შემთხვევებზე გადავიდეთ, სადაც სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისთვის თანადაფინანსების პრობლემა აღარ დგას, ხოლო სხვა დაზღვეულებისთვის პრობლემა კვლავ აქტუალურია.

ცხრილი №5 გადაუდებელი სტაციონარული შემთხვევების შედარება, დიაგნოზი - ბარძაყის ყელის მოტეხილობა

კოდი	კომპონენტი	დიაგნოზი	გამოყენებული მასალა
S72.0	გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება	ბარძაყის ყელის მოტეხილობა	პროთეზი ცემენტის გამოყენების გარეშე

პაციენტი	დადგენილება	კოდის ღირებულება	სახელმწიფოს მიერ ასანაზღაურებელი თანხა	საპროთეზო მასალის ფასი
პაციენტი 1	218 - სოც.დაუცვ.	6420	6420	1900
პაციენტი 2	218	6420	6420	2100
პაციენტი 3	218	6420	6420	2100
პაციენტი 4	218	6420	6420	2100
პაციენტი 5	218	6420	6420	2100
პაციენტი 6	165 - საპენსიო	6420	4148,32	2100
პაციენტი 7	165	6420	4148,32	2100
პაციენტი 8	165	6420	4148,32	2100
პაციენტი 9	165	6420	4148,32	2100
პაციენტი 10	165	6420	4148,32	2100
პაციენტი 11	36 - საბაზისო	6420	4494	1900
პაციენტი 12	36	6420	3226,47	2100
პაციენტი 13	36	6420	3226,47	2100
პაციენტი 14	36	6420	3226,47	2100
პაციენტი 15	36	6420	3226,47	2100

როგორც ხედავთ, სოციალურად დაუცველ მოსახლეობას ოპერაციის თანხა სრულად უფინანსდება. რაც შეეხება საპენსიო ასაკის მოსახლეობას, მათ სახელმწიფო სრული თანხის 64 %-ს უფინანსებს, ხოლო საბაზისო პაკეტით მოსარგებლებს სულაც - 50 %-ს. საპროთეზო მასალაში ფასსხვაობის მიზეზი კვლავაც დოლარის კურსია. რაც შეეხება მიზეზს, თუ რატომ დაუფინანსდა პაციენტ 11-ს სხვა 36 დადგენილებით მოსარგებლე პაციენტებზე მეტი თანხით: ოპერაცია გაკეთდა 2015 წლის 8 თებერვალს, სავარაუდოდ გარკვეული ხნის შემდეგ საქართველოში არსებულმა რომელიმე კლინიკამ ზემოაღნიშნული ოპერაცია განაფასა საკმაოდ დაბალ ფასად, რამაც ჯანდაცვის სამინისტროს მიერ შემუშავებული ფორმულის მიხედვით გამოიწვია სახელმწიფოს მიერ თანადაფინანსების საკმაოდ სოლიდურად შემცირება.

ცხრილი №6

გადაუდებელი სტაციონარული შემთხვევების შედარება, დიაგნოზი - დიდი წვივის დიაფიზური მოტეხილობა

კოდი	კომპონენტი	დიაგნოზი	გამოყენებული მასალა
S82.2	გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება	დიდი წვივის დიაფიზური მოტეხილობა	ფირფიტა და ჭანჭიკები

პაციენტი	დადგენილება	კოდის ღირებულება	სახელმწიფოს მიერ ასანაზღაურებელი თანხა	ფირფიტა-ჭანჭიკების ფასი
პაციენტი 1	218 - სოც. დაუცვ.	2100	2100	550
პაციენტი 2	218	2100	2100	600
პაციენტი 3	218	2100	2100	600
პაციენტი 4	218	2100	2100	600
პაციენტი 5	218	2100	2100	600
პაციენტი 6	165 - საპენსიო	2100	1890	600
პაციენტი 7	165	2100	1890	600
პაციენტი 8	165	2100	1890	600
პაციენტი 9	165	2100	1890	600
პაციენტი 10	165	2100	1890	600
პაციენტი 11	36 - საბაზისო	2100	2100	550
პაციენტი 12	36	2100	2100	600
პაციენტი 13	36	2100	2100	600
პაციენტი 14	36	2100	2100	600
პაციენტი 15	36	2100	2100	600
პაციენტი 16	36 - მინიმალური	2100	2100	550

დიდი წვივის დიაფიზური მოტეხილობის დიაგნოზის დროს სოციალურად დაუცველი და საპენსიო ასაკის მოსახლეობის გადაუდებელი სამედიცინო სერვისების დაფინანსება ხორციელდება 100%-ით, ხოლო საქართველოს მთავრობის დადგენილება №36-ით მოსარგებლე მოსახლეობის გადაუდებელი სამედიცინო სერვისების დაფინანსების ხდება 90%-ით.

ამ შემთხვევაში საქმე გვაქვს 100 %-ან ნოზოლოგიურ კოდთან. 100 %-იანი ნოზოლოგიურ კოდი გულისხმობს, რომ სახელმწიფო ყველა კლინიკას განუსაზღვრავს გადაუდებელი შემთხვევების ფასებს, რომლის მიხედვითაც უნდა მოემსახუროს კლინიკა პაციენტს.

70 %-იანი ნოზოლოგიური კოდი გულისხმობს, რომ თავად კლინიკა ამატებს ჯანდაცვის სამინისტროს პორტალზე, რომლის განფასება ხდება გარკვეული დროის შემდეგ.

100 %-ან ნოზოლოგიური კოდის ატვირთვა 70 %-ან კოდებში უფრო მაღალი ფასით შესაძლებელია მხოლოდ გეგმიურ შემთხვევებში. გადაუდებელ შემთხვევის დროს ხდება სრულად დაკორექტირება და პაციენტის მკურნალობაში სახელმწიფო არცერთ თეთრს არ გადმორიცხავს.

როგორც ცხრილიდან ჩანს, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით საკმაოდ სოლიდურად ფინანსდება 100 %-ანი ოპერაციები. ფირფიტა-ჭანჭიკებს შორის ფასსხვაობას, რაც შეეხება, მიზეზი დოლარის კურსია და არა გამოყენებული მასალის ხარისხი. ყველა პაციენტზე, განურჩევლად სტატუსისა, ერთნაირი ხარისხის ფირფიტა და ჭანჭიკები იყო გამოყენებული.

ცხრილი №7

გადაუდებელი სტაციონარული შემთხვევების შედარება, დიაგნოზი - დიდი წვივის დიაფიზური მოტეხილობა.

კოდი	კომპონენტი	დიაგნოზი	გამოყენებული მასალა
S82.2	გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება	დიდი წვივის დიაფიზური მოტეხილობა	გარეგანი ფიქსაციის აპარატი

პაციენტი	დადგენილება	კოდის ღირებულება	სახელმწიფოს მიერ ასანაზღაურებელი თანხა	გარეგანი ფიქსაციის აპარატის ფასი
პაციენტი 1	218 - სოც. დაუცვ.	2100	2100	450
პაციენტი 2	218	2100	2100	450
პაციენტი 3	218	2100	2100	450
პაციენტი 4	218	2100	2100	450
პაციენტი 5	218	2100	2100	450
პაციენტი 6	165 - საპენსიო	2100	1890	450
პაციენტი 7	165	2100	1890	450
პაციენტი 8	165	2100	1890	450
პაციენტი 9	165	2100	1890	450
პაციენტი 10	165	2100	1890	450
პაციენტი 11	36 - საბაზისო	2100	2100	450
პაციენტი 12	36	2100	2100	450
პაციენტი 13	36	2100	2100	450
პაციენტი 14	36	2100	2100	450
პაციენტი 15	36	2100	2100	450

დიდი წვივის დიაფიზური მოტეხილობის დროს სოციალურად დაუცველი და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე მოსახლეობის გადაუდებელი სამედიცინო სერვისების დაფინანსება ხდება 100%-ით, ხოლო საპენსიო ასაკისათვის 90%-ით.

ამ შემთხვევაშიც 100 %-ან კოდთან გვაქვს საქმე და ამ შემთხვევაშიც დაფინანსება სოლიდურია. ოპერაციისას გამოყენებული იქნა გარეგანი ფიქსაციის აპარატი. ფასის მიხედვით შეგვიძლია დავინახოთ, რომ ყველა პაციენტთან, განურჩევლად სოციალური სტატუსისა - ერთი ხარისხის აპარატი იქნა გამოყენებული.

გადაუდებელი ამბულატორიული შემთხვევების შედარება, დიაგნოზი - მოტეხილობა/ დაჟეჟილობა/ამოვარდნილობა.

კომპონენტი	დიაგნოზი	გამოყენებული მასალა	
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება	მოტეხილობა /დაჟეჟილობა/ ამოვარდნილობა	თაბაშირის ნახვევი,	დეროტაციული ნახვევი
პაციენტი	დადგენილება	კოდის ღირებულება	სახელმწიფოს მიერ ასანაზღაურებელი თანხა
პაციენტი 1	218 - სოც. დაუცვ.	72,5	72,5
პაციენტი 2	218	72,5	72,5
პაციენტი 3	218	72,5	72,5
პაციენტი 4	218	102,3	102,3
პაციენტი 5	218	102,3	102,3
პაციენტი 6	165 - საპენსიო	72,5	72,5
პაციენტი 7	165	72,5	72,5
პაციენტი 8	165	72,5	72,5
პაციენტი 9	165	102,3	102,3
პაციენტი 10	165	102,3	102,3
პაციენტი 11	36 - საბაზისო	72,5	72,5
პაციენტი 12	36	72,5	72,5
პაციენტი 13	36	72,5	72,5
პაციენტი 14	36	102,3	102,3
პაციენტი 15	36	102,3	102,3

სოციალურად დაუცველი, საპენსიო ასაკის და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე მოსახლეობის გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურების დაფინანსება ხდება 100%-ით.

რაც შეეხება გადაუდებელი ამბულატორიულ შემთხვევებს, ტრავმატოლოგთან აღმოჩენილი ამბულატორიული პაციენტი სულ 2 დონით გადაიცემა:

- პირველი დონე: მოტეხილობა ცდომის გარეშე, ამოვარდნილობა, კუნთების და მყესების ნაწილობრივი დაზიანებები. მოტეხილობის რენტგენოლოგიური კვლევა, იმობილიზაცია / ჩაყენება. ფასი - 72,5.
- მეორე დონე: მოტეხილობა ცდომით, ამოვარდნილობა, კუნთების და მყესების ნაწილობრივი დაზიანებები. მოტეხილობის რენტგენოლოგიური კვლევა, რეპოზიცია ან ჩასწორება დახურული წესით, ფიქსაცია / იმობილიზაცია / ბლოკადები. ფასი 102,3.

როგორც ცხრილიდან შეგვიძლია დავინახოთ, ამბულატორიულ შემთხვევებს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა სრულად აფინანსებს, კლინიკა კი ვალდებულია, რომ სახელმწიფოს მიერ მიწოდებული ფასის არეალში ჩაეტიოს პაციენტის მომსახურებისას.

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა პაციენტების გამოკითხვა. ჩატარებული გამოკითხვის შედეგად საკმაოდ საინტერესო შედეგები მივიღეთ.

სულ დარიგდა 213 კითხვარი, აქედან 180-მა (86%) შეავსო იგი სრულად. მათგან 60 პირი წარმოადგენდა სოციალურად დაუცველს, 60 - პენსიონერს, 60 - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლეს.

კითხვაზე, ჰქონდა, თუ არა ინფორმაცია, რა პირობებით სარგებლობდა პაციენტი საყოველთაო ჯანდაცვის მიერ მისთვის განკუთვნილი პაკეტის მიხედვით, შემდეგი პასუხები მივიღეთ: გამოკითხულთა სრული უმრავლესობა ნაწილობრივ მაინც იყო ინფორმირებული

მისი კუთვნილი პირობების შესახებ. რაც შეეხება სოციალურად დაუცველ პაციენტებს, თითოეული მათგანი (გამოკითხულთა 100%) ნაწილობრივ მაინც ინფორმირებული იყო, რომ სოციალურად დაუცველ პაციენტს 1 თეთრიც არ აქვს გადასახდელი, თუმცა ყოველთვის ასე როდია.

ცხრილი: გაქვთ, თუ არა ინფორმაცია, რა პირობებით სარგებლობთ საყოველთაო ჯანდაცვის მიერ თქვენთვის განკუთვნილი პაკეტის მიხედვით?

	სრულად ინფორმირებული	ნაწილობრივ ინფორმირებული	არაინფორმირებული
სოციალურად დაუცველი	60%	40%	0%
პენსიონერი	40%	40%	20%
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე	73%	21%	36%

კითხვაზე, ჯანმრთელობის საყოველთაო დაზღვევაა უფრო ეფექტური, თუ ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა, შემდეგი პასუხები მივიღეთ: უმრავლესობა თვლის, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა უფრო ეფექტურია. მათგან, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე პაციენტებიდან 24 (40%) თვლიდა, რომ კერძო დაზღვევა ბევრად უფრო ეფექტურია, 36 (60%) პაციენტი საყოველთაო ჯანდაცვას ანიჭებდა უპირატესობას. პენსიონერებსა და სოციალურად დაუცველ პაციენტებს რაც შეეხებათ, ლოგიკურია, რომ მათ დიდ უმრავლესობას წარმოდგენაც არ აქვს კერძო დაზღვევასა და მის პირობებზე და მხოლოდ ვარაუდის დონეზე შეუძლიათ მსჯელობა. პენსიონერებიდან 52 (87%) ადამიანი თვლის საყოველთაო ჯანდაცვას უფრო ეფექტურად, ხოლო სოციალურად დაუცველ პაციენტებში ეს რიცხვი 60-დან 60-ს ანუ 100 %-ს შეადგენს.

ცხრილი: თქვენი აზრით საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა უფრო ეფექტურია, თუ ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევა?

	საყოველთაო ჯანდაცვა	კერძო დაზღვევა
სოციალურად დაუცველი	100	0
პენსიონერი	87	13
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე	60	40

კითხვაზე, რამდენად ხშირად სარგებლობთ თქვენ/ოჯახის წევრები საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით, შემდეგი შედეგები მივიღეთ: სოციალურად დაუცველი პაციენტებიდან - 28 (46%) პირველად სარგებლობდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით, 24 (40%) პაციენტს უსარგებლია აქამდეც, მაგრამ არა ხშირად, ხოლო 8 (14%) პაციენტს საკმაოდ ხშირად უსარგებლია. საპენსიო ასაკის მოსახლეობიდან - 36 (60%) პირველად სარგებლობდა, 20 (33%) პაციენტს უსარგებლია, მაგრამ არა ხშირად, ხოლო 4-ს (7%) საკმაოდ ხშირად. რაც შეეხება საბაზისო პაკეტით მოსარგებლე პაციენტებს - მათი უმრავლესობა 48 (80%) ადამიანი პირველად სარგებლობდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით, 12 (20%) ადამიანს უსარგებლია, თუმცა არა ხშირად, ხოლო საკმაოდ ხშირად, გამოკითხული 60 ადამიანიდან არცერთს არ უსარგებლია - 0%.

აღსანიშნავია, რომ გამოკითხული პაციენტებიდან ყველაზე ხშირად სწორედ სოციალურად დაუცველი მოსახლეობა სარგებლობს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით.

ცხრილი: რამდენად ხშირად სარგებლობთ თქვენ/ოჯახის წევრები საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით?

	პირველად ვსარგებლობთ	გვისარგებლია მაგრამ არახშირად	გვისარგებლია ხშირად
სოციალურად დაუცველი	46%	40%	14%
პენსიონერი	60%	33%	7%
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე	80%	20%	0%

კითხვაზე, როგორ წარმოგიდგენიათ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამა მომავალში, შედეგები შემდეგნაირად გადანაწილდა: სოციალურად დაუცველი პაციენტებიდან 44 მომხრეა, რომ პროგრამა აუცილებლად უნდა გაგრძელდეს, შენარჩუნდეს არსებული სისტემა და არაფრის შეცვლა საჭირო არაა. 16 პაციენტი თვლის, რომ პროგრამა აუცილებლად უნდა გაგრძელდეს, თუმცა ცვლილებები საჭიროა, ხოლო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შეჩერების მომხრე არ მოიძებნა. ისევე, როგორც არ მოიძებნა ასეთი ადამიანი საპენსიო ასაკის მოსახლეობაში. 32 მათგანი თვლის, რომ არსებული სისტემა უნდა შეიცვალოს, ხოლო 28 მათგანი - ყველაფრით კმაყოფილია და რაიმეს შეცვლის საჭიროებას ვერ ხედავს. საბაზისო პაკეტით მოსარგებლე პაციენტებიდან - 44 თვლის, რომ პროგრამა უნდა გაგრძელდეს, მაგრამ სისტემა შეიცვალოს. 15 თვლის, რომ არაფრის შეცვლა საჭირო არაა, ხოლო 1 (2%) პაციენტი თვლიდა, რომ პროგრამა საერთოდ უნდა შეჩერდეს. მისი არგუმენტი ასეთი იყო: საქართველოსნაირი დაბალი შესაძლებლობების მქონე ქვეყნის ბიუჯეტი მაღალ სოციალურ ხარჯებს დიდხანს გაუძლებს.

ცხრილი: როგორ წარმოგიდგენიათ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამა მომავალში?

	გაგრძელდეს არსებული სისტემით	უნდა გაგრძელდეს, თუმცა ცვლილებები საჭიროა	არ უნდა გაგრძელდეს
სოციალურად დაუცველი	73%	27%	0
პენსიონერი	46%	54%	0
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე	20%	73%	7

კითხვაზე, რამდენად ოპერატიულად მოხდა სტაციონარში პაციენტის განთავსება და სამედიცინო მომსახურების გაწევა, შემდეგი პასუხები მივიღეთ: სოციალურად დაუცველი პაციენტებიდან უკმაყოფილება ნაკლები იყო, თუმცა მათი მხრიდანაც გამოითქვა გარკვეულწილად, რის მიზეზსაც ქვემოთ შევხებით. 24 (40%) პაციენტი თვლიდა, რომ ყველა დახმარება ოპერატიულად იქნა აღმოჩენილი, შედარებისთვის ეს რიცხვი პენსიონერებში - 16 (26%) პაციენტს შეადგენდა, საბაზისო პაკეტით მოსარგებლეებში 28 (46%). სოციალურად დაუცველი პაციენტებიდან 32 (53%) თვლიდა, რომ მცირე დაგვიანებას ჰქონდა ადგილი, პენსიონერებიდან ასეთი პაციენტების რაოდენობა 40-ს (67%) შეადგენდა, ხოლო საბაზისო პაკეტით მოსარგებლეებში 16-ს (27%). რაც შეეხება უკმაყოფილო პაციენტებს, სოციალურად დაუცველი პაციენტებიდან, ისევე როგორც პენსიონერებიდან - 4 (7%) თვლიდა, რომ მნიშვნელოვანი დაგვიანებით აღმოეჩინა დახმარება, ხოლო საბაზისო პაკეტით მოსარგებლეებიდან ასეთი 16 (27%) აღმოჩნდა.

ციფრები, რა თქმა უნდა, არასახარბიელოა, რის მიზეზის გარკვევასაც შევეცადეთ. მივმართეთ რამოდენიმე ექიმს კითხვით, თუ რა შეიძლება იყოს ამდენი პაციენტის მომსახურების დაგვიანებით მიღებისა და უკმაყოფილების მიზეზი. მათი პასუხი ასეთი იყო: ტრავმატოლოგიური ოპერაციების უმეტესობა, არ საჭიროებს სასწრაფო ოპერაციულ ჩარევას და პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე ჯერ ხდება მათი საოპერაციოდ მომზადება, კვლევა (რასაც სავარაუდოდ 1 დღე მიაქვს) და მხოლოდ შემდეგ გადიან საოპერაციოდ. სამწუხაროდ, პაციენტები თვლიან, რომ ეს დაგვიანებული მომსახურებაა, მაშინ, როცა მათივე სასიკეთოთ კეთდება ყველაფერი.

ცხრილი: რამდენად ოპერატიულად მოხდა სტაციონარში თქვენი განთავსება და სამედიცინო მომსახურების გაწევა?

	ოპერატიულად	გარკვეული დაგვიანებით	მნიშვნელოვანი დაგვიანებით
სოციალურად დაუცველი	40%	53%	7%
პენსიონერი	26%	67%	7%
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე	46%	27%	27%

კითხვაზე, გრძნობდით, თუ არა რაიმე განსაკუთრებულ დამოკიდებულებას მედპერსონალის მხრიდან, შემდეგი პასუხები მივიღეთ: სოციალურად დაუცველი პაციენტებიდან უკმაყოფილებას ყურადღების ნაკლებობაზე 8 (13%) პაციენტი გამოთქვამდა, საპენსიო ასაკის მოსახლეობიდან - 12 (20%), საბაზისო პაკეტით მოსარგებლეებიდან - 8 (13%). გამოკითხვის მიხედვით შეგვიძლია გამოვრიცხოთ რაიმე განსაკუთრებული დამოკიდებულება სოციალური სტატუსის გამო. უკმაყოფილებას რაც შეეხება, მას ყველა კლინიკაში შეგვიძლია შევხვდეთ, ბოლომდე ყველაფრით კმაყოფილი პაციენტის პოვნა საკმაოდ რთულია. გამოკითხვის დროს შევეცადეთ მაქსიმალურად ობიექტური და დასაბუთებული პასუხი მიგვეღო. იყო გარკვეული წვრილმანებით უკმაყოფილება, თუმცა როგორც თავად პაციენტებმა განაცხადეს, ამას მკურნალობასა და მის ხარისხზე გავლენა არ მოუხდენია.

ცხრილი: გრძნობდით, თუ არა რაიმე განსაკუთრებულ დამოკიდებულებას მედპერსონალის მხრიდან?

	მექცეოდნენ როგორც სხვებს	მექცეოდნენ შედარებით უყურადღებოდ
სოციალურად დაუცველი	87%	13%
პენსიონერი	80%	20%
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე	87%	13%

კითხვაზე, რამდენად კმაყოფილია პაციენტი გაწეული მომსახურებით, ასევე დაახლოებით თანაბარი შედეგები მივიღეთ: სოციალურად დაუცველი მოსახლეობიდან კმაყოფილი იყო - 24 (40%) პაციენტი, საპენსიო ასაკის მოსახლეობიდან - 32 (53%), საბაზისო პაკეტით მოსარგებლეთაგან - 20 (33%). ნეიტრალური პოზიცია სოციალურად დაუცველთაგან 27 -მა (45%) პაციენტმა დაიჭირა, 165 და 36 პაკეტით მოსარგებლეებთაგან, შესაბამისად 16-მა (27%) და 28-მ (47%). უკმაყოფილება კი სოციალურად დაუცველთაგან 9 (15%) პაციენტმა გამოთქვა, პენსიონერთაგან - 12-მა (20%), ხოლო საბაზისო პაკეტით მოსარგებლეთაგან - 12-მა (20%).

აღსანიშნავია ფაქტი, რომ ყველაზე ნაკლებად უკმაყოფილებას სწორედ სოციალურად დაუცველი პაციენტები გამოთქვამენ, რაც კიდევ ერთხელ გამოორიხავს რაიმე სახით პაციენტთა გამორჩევას და განსაკუთრებული პირობების შექმნას სტატუსისა და შესაძლებლობების მიხედვით.

ცხრილი: რამდენად კმაყოფილი ხართ გაწეული მომსახურებით?

	კმაყოფილი	ნეიტრალური	უკმაყოფილო
სოციალურად დაუცველი	40%	45%	15%
პენსიონერი	53%	27%	20%
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე	33%	47%	20%

კითხვაზე, რომ არა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, შეძლებდით, თუ ვერა ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების ღირებულების სრულად ანაზღაურებას, შემდეგი შედეგები მივიღეთ: პასუხი შევძლებდი თავისუფლად, მხოლოდ საბაზისო პაკეტის მქონე 8 (14%) პაციენტმა მოხაზა, შევძლებდი გაჭირვებით - 8 (13%) სოციალურად დაუცველმა, 12-მა (20%) პენსიონერმა და 20-მა (33%) საბაზისო პაკეტის მქონე პაციენტმა მოხაზა. პასუხი ვერ შევძლებდი, მაგრამ კერძო დაზღვევას ვიქონიებდი - მხოლოდ 3 (5%) -მა საბაზისო პაკეტის მქონე პაციენტმა მოხაზა. ბოლოს - საერთოდ ვერ შევძლებდი გადახდას, სოციალურად დაუცველმა 52-მა (87%), პენსიონერმა 48 (80%) და საბაზისო პაკეტითი მოსარგებლე 29 (48%) ადამიანმა გასცა პასუხი.

რა თქმა უნდა, ლოგიკურია, რომ სოციალურად დაუცველ მოსახლეობის და ასევე პენსიონერების ფინანსური შესაძლებლობები მწირია. ასევე მწირია მათი ინფორმირებულობა ალტერნატიული ჯანმრთელობის დაზღვევის შესახებ. რაც შეეხება პასუხ - შევძლებდი, მაგრამ გამიჭირდებოდა-ს, მასში იგულისხმებოდა თანხის ნაწილ-ნაწილ გადახდა, რაც ახლაც აპრობირებული მეთოდია კლინიკაში. როდესაც პაციენტს საშუალება არ აქვს, საკმაოდ ხშირად ფორმდება მასთან ხელშეკრულება თანხის გადანაწილების შესახებ.

ცხრილი: რომ არა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, შეძლებდით, თუ არა ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების ღირებულების სრულად ანაზღაურებას?

	შევძლებდი	გამიჭირდებოდა	ვერ შევძლებდი, კერძო დაზღვევას ვიქონიებდი	საერთოდ ვერ შევძლებდი
სოციალურად დაუცველი	0	13	0	87
პენსიონერი	0	20	0	80
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე	14	33	5	48

და ბოლოს, კითხვაზე, აპირებთ, თუ არა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მომავალშიც სარგებლობას, შემდეგი პასუხები მივიღეთ: სოციალურად დაუცველი პაციენტებიდან - 44 (73%) კმაყოფილი იყო და მომავალშიც აპირებდა სარგებლობას, 16 (27%) კი გარკვეულ უკმაყოფილებას გამოთქვამდა. საპენსიო ასაკის პაციენტებიდან 28 (47%) კმაყოფილებას გამოთქვამდა, 32 (53%) კი გარკვეულ უკმაყოფილებას. საბაზისო პაკეტით მოსარგებლეთაგან - 12 (20%) კმაყოფილია ყველაფრით, 44 (73%) - უკმაყოფილო გარკვეულწილად, 4 (7%) პაციენტს კი სულაც კერძო დაზღვევაზე გადასვა ჰქონია გეგმაში.

ცხრილი: აპირებთ, თუ არა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით მომავალშიც სარგებლობას?

	ვაპირებ სარგებლობას	ვაპირებ სარგებლობას, სხვა საშუალება არ მაქვს	კერძო დაზღვევაზე გადავალ
სოციალურად დაუცველი	73%	27%	0%
პენსიონერი	47%	53%	0%
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლე	20%	73%	7%

დასკვნა

ჩატარებული კვლევიდან ირკვევა, რომ საყოველთაო ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებისადმი ფინანსური ხელმისაწვდომობა. კვლევის შედეგად შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ სოციალურად დაუცველი მოსახლეობა, სხვა მოქალაქეებზე ბევრად უკეთესი სადაზღვევო პირობებით სარგებლობს, ბევრად მეტია მათი კმაყოფილება, თუმცა, გამოვლინდა პროგრამის ხარვეზები. კვლევის მიხედვით, სოციალურად დაუცველი მოსახლეობისთვის საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით განსაზღვრული გეგმიური ქირურგიული მომსახურება რჩება პრობლემად. კერძოდ, მათ უხდებათ გეგმიურ ქირურგიულ სერვისებზე რამოდენიმე ათასიანი თანაგადახდების გადახდა.

აქვე აღსანიშნავია, რომ კვლევის მიხედვით, სოციალურად დაუცველ პაციენტებს და მოსახლეობის სხვა კატეგორიებს გაეწიათ ერთნაირი ხარისხის სამედიცინო მომსახურება, ანუ სერვისები არ იყო დამოკიდებული პაციენტების ფინანსურ შესაძლებლობებზე. პირიქით, შეიძლება ითქვას, რომ გაწეული სამედიცინო მომსახურებით ყველაზე მეტად სწორედ სოციალურად დაუცველი პაციენტი იყო კმაყოფილი.

რეკომენდაციები

ჩატარებული კვლევის საფუძველზე შესაძლებელია დავასკვნათ, რომ მიზანშეწონილია სოციალურად დაუცველი პაციენტებისათვის გეგმიურ ქირურგიულ მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა. ასევე საჭიროა მოსახლეობის ინფორმირებულობის გაზრდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის პირობების შესახებ.

ბიბლიოგრაფია

1. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. სოციალური მომსახურების სააგენტო 2013 წ. http://ssa.gov.ge/index.php/index.php?sec_id=889&lang_id=GEO

2. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება №01-19/ნ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად სამედიცინო დაწესებულებაში რეგისტრაციაზე მოსარგებლის თანხმობის ფორმის, მისი გამოყენებისა და აღრიცხვა-ანგარიშების წესის დამტკიცების შესახებ 2014წ.

3. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №308. 2015 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ.

<https://matsne.gov.ge/ka/document/view/2891068>

სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერთა აზრის შესწავლა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შესახებ

მადონა კაპანამე¹

შესავალი

ჯანდაცვის სისტემის მთავარ ფუნქციას წარმოადგენს როგორც ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება, ასევე მისი დაცვა ავადმყოფობასთან დაკავშირებული კატასტროფული ფინანსური ხარჯებისგან. ჯანდაცვის სისტემამ უნდა უზრუნველყოს ყველა ადამიანისთვის ჯანდაცვის სერვისებზე ეფექტური ხელმისაწვდომობა, რაც შესაძლებლობას იძლევა შემცირდეს ან აღმოიფხვრას შემთხვევები, როდესაც პაციენტი ვერ გადაიხდის თანხას სათანადო სამედიცინო მომსახურების მიღებისათვის, ან საჭირო სახსრების გაღება განაპირობებს მის გაღარიბებას.

2013 წლის დასაწყისიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა. შედეგად, ქვეყნის მთელ მოსახლეობაზე ვრცელდება უნივერსალური მოცვა. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის განმარტებით, ჯანდაცვის სექტორში უნივერსალური მოცვის მაჩვენებლების მიღწევა გულისხმობს არამხოლოდ მთელი მოსახლეობის დაზღვევას, ან მოცვას წინასწარი გადახდის სქემებში (მაგალითად, სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამები), არამედ დაზღვევით მოცული სამედიცინო სერვისების მაქსიმიზაციას, უმთავრესად მოსახლეობის საჭიროებების გათვალისწინებით.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსებაში განხორციელებული ბოლოდროინდელი ცვლილება, უდაოდ მნიშვნელოვანი წინგადადგმული ნაბიჯია მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობის გაზრდის საკითხში, რადგან საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მოცულ იქნა მოსახლეობის ის ნაწილი, რომელსაც ადრე ხელი არ მიუწვდებოდა ჯანმრთელობის სერვისებზე და შესაბამისად, მათ მიეცათ საშუალება ისარგებლონ სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურების სარგებლის პაკეტით.

ერთი მხრივ, მნიშვნელოვანია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გავლენა სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე, მაგრამ ასევე აქტუალურია პროგრამის შეფასება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების კუთხით. კვლევის მიზანია, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემოღების შედეგად სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების წინაშე მდგარი პრობლემების შესწავლა.

კვლევის მეთოდოლოგია

კვლევის დიზაინი მოიცავს პოლიტიკის დოკუმენტებისა და კვლევის საკითხთან დაკავშირებული სტატისტიკური მონაცემების მეორად ანალიზს, რომელიც ეყრდნობა საქართველოს ფინანსთა სამინისტროსა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებულ სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ ყოველწლიურად საჯაროდ მოწოდებულ ინფორმაციას; ასევე, გამოყენებულ იქნა საქართველოს მთავრობის 2013 წლის N36 და N165 დადგენილებები (საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მარეგულირებელი დოკუმენტები).

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერების ჩაღრმავებული ინტერვიუ.

კვლევა ჩატარდა ქ. თბილისში, 2015 წლის 12 მაისიდან 25 მაისამდე (ჩათვლით) პერიოდში. კვლევაში სამედიცინო დაწესებულებების ჩართვის კრიტერიუმები:

¹ ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის მაგისტრი, ავერსის კლინიკის სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობის სამსახურის ამბულატორიული მიმართულების მენეჯერი

- საკუთრებრივი ფორმის მიხედვით კლინიკა მიეკუთვნება ამბულატორიული ტიპის/სტაციონარული ტიპის სამედიცინო დაწესებულებას;
- სამედიცინო დაწესებულება ჩართულია საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში;
- დაწესებულების ხელმძღვანელი თანახმაა გასცეს ინფორმირებული თანხმობა;
- დაწესებულების ხელმძღვანელი თანახმაა მისცეს ინტერვიუ.

კვლევაში ჩართვის პროცედურა: კვლევაში მონაწილეობდა თითო დაწესებულებიდან თითო წარმომადგენელი. მათი თანამდებობა (დირექტორი, მოადგილე, მენეჯერი) და სამუშაო გამოცდილება (აღნიშნულ თანამდებობებზე მინიმუმ 2 წლიანი პრაქტიკული გამოცდილება) საშუალებას იძლეოდა დასმულ კითხვებზე გათვითცნობიერებული პასუხების მიღებისა.

სულ კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 6 სამედიცინო დაწესებულების წარმომადგენელმა. მათგან სამი საავადმყოფოს და სამი პოლიკლინიკის წარმომადგენელი.

ეთიკური საკითხები: კვლევაში მონაწილე ყველა დაწესებულების ხელმძღვანელისთვის შემუშავდა თანხმობის ფორმის დოკუმენტი, რომელშიც ნათლად არის მითითებული კვლევის მონაწილეთა მიერ მოწოდებული ინფორმაციის კონფიდენციალურობის შესახებ.

კვლევის შედეგები

კვლევის ფარგლებში ჩატარებული სამედიცინო დაწესებულებათა მენეჯერებთან ჩაღრმავებული ინტერვიუს შედეგად, მათი აბსოლუტური უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ სახელმწიფო გადამხდელთან ურთიერთობა სჯობია სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობას, რადგან სადაზღვევო კომპანიებს ჯერ კიდევ დიდი დავალიანება აქვთ მათი დაწესებულების მიმართ. მათი აზრით, „სოციალური მომსახურების სააგენტოს გადახდის დისციპლინა გაცილებით მაღალი აქვს, ვიდრე კერძო სადაზღვევო კომპანიებს“.

როგორც პოლიკლინიკების ასევე საავადმყოფოების აბსოლუტური უმრავლესობა დადებითად აფასებს სოციალური დაცვის სააგენტოსთან ურთიერთობას და აღნიშნავს, რომ თანხების მიღების პროცესი გამარტივებულია და ყოველთვიურად მიეწოდებათ თანხა, შეფერხებების გარეშე.

მოსარგებლეთა რაოდენობის შესახებ ინფორმაციის თაობაზე, რესპოდენტების აბსოლუტურმა უმრავლესობამ ერთხმად აღნიშნა პაციენტთა ნაკადების მატების ტენდენცია. მათი აზრით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის უპირატესობა სხვა სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამებთან მიმართებაში გამოიხატება ბენეფიციარებისთვის მომსახურების მიმწოდებლის არჩევის თავისუფლების მინიჭებით.

რაც შეეხება რესპოდენტთა მოსაზრებებს მოსახლეობისთვის სამედიცინო მომსახურების ღირებულებასთან დაკავშირებით, კვლევაში ჩართული ყველა დაწესებულების მენეჯერის აზრი მკაფიო და ცალსახაა. მათ მიაჩნიათ, რომ მოსახლეობას სამედიცინო მომსახურების ღირებულება გაუიაფდა, რადგან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მოსარგებლები ის პირები გახდნენ, ვისთვისაც აღნიშნული პროგრამის ამოქმედებამდე სამედიცინო მომსახურების ღირებულება 100%-ით ჯიბიდან იყო გადასახდელი.

დაწესებულებების ხელმძღვანელების აზრით მოსახლეობა კმაყოფილია ჯანდაცვის დაფინანსებაში განხორციელებული ცვლილებებით. მათი ინფორმაციით, დაუზღვეველი კონტიგენტისთვის ეს ცვლილებები დიდი სიკეთის მომტანია. თუმცა როგორც ისინი აღნიშნავენ არსებობს მოსახლეობის კონტიგენტი, რომელსაც გარკვეული უკმაყოფილების გრძნობა უჩნდება კონკრეტული სერვისის მიღებაზე უარის თქმის შედეგად (რომელიც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით არ ფინანსდება), ან როდესაც თანაგადახდის წილს შეეხება საქმე. რესპოდენტები მოსახლეობის ამგვარ დამოკიდებულებას საინფორმაციო კამპანიის ცუდად მუშაობით ხსნიან, მოსახლეობას არ აქვს

ინფორმაცია სარგებლის პაკეტით მოცული სერვისების თაობაზე და თანაგადახდით გათვალისწინებული მომსახურების საფასურიდან პროცენტული თანაფარდობის შესახებ.

რაც შეეხება უშუალოდ დაწესებულებების ხელმძღვანელების და მათი თანამშრომლების კმაყოფილებას დაფინანსების ცვლილებით, პოლიკლინიკების ხელმძღვანელები ერთხმად გამოხატავენ დადებით დამოკიდებულებას, თუმცა აქვე აღნიშნავენ, რომ მოლოდინები მაქსიმალურად ვერ იქნა გამართლებული. განსხვავებული მდგომარეობაა საავადმყოფოების ხელმძღვანელებისა და სამედიცინო პერსონალის კმაყოფილების მხრივ. კერძოდ, ამ შემთხვევაში საავადმყოფოების მენეჯერები უკმაყოფილონი არიან და მათი დამოკიდებულება განპირობებულია შესრულებული სამუშაოს შემდეგ თანხების გადმორიცხვასთან დაკავშირებული პრობლემების არსებობით და ამასთანავე პროგრამის მუშაობის ძალიან სკულპულოზური და შეუვალი მოთხოვნებით, რომლებიც საბოლოო ჯამში კვლავ თანხების გადმორიცხვის პრობლემებს განაპირობებს.

უმრავლესობა აცხადებს, რომ „სამედიცინო პერსონალი არ არის მიჩვეული იმ მკაცრ და შეუვალ მოთხოვნებს, რომელსაც სახელმწიფო აყენებს“, „მაგალითად, შემოდის მძიმე მდომარეობით ბავშვი და მოყვება დედა. ბავშვს არ აქვს დაბადების მოწმობა, დედას პირადობა არ აქვს თან. ამ შემთხვევაში გაწეული სამუშაო არ გვიფინანსდება, რადგან არ არის პიროვნების დამადასტურებელი დოკუმენტაცია, ვურეკავთ მშობელს მაგრამ არ მოაქვს დოკუმენტაცია, თუმცა ჩვენს მიერ სამუშაო შესრულებულია და ანაზღაურებას ვერ ვღებულობთ“. „ძალიან პატარა წვრილმანებს გაეკიდებიან ხოლმე, „გარკვეული მომსახურებები არ არის პროგრამაში ჩართული და დაწესებულებები პერიოდულად ამატებენ ასეთ სერვისებს. ამ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტი შემოდის სამედიცინო დაწესებულებაში და მისთვის გასაწევი მომსახურება არ არის კოდით ასახული მომსახურებების ჩამონათვალში, ჩვენ სასწრაფოდ უნდა დავაპროექტოთ ეს სერვისი, მივუჩინოთ ფასი, გავაგზავნოთ სააგენტოში. მაგრამ ეს არ ესწრება 24-საათში. ამიტომ შეტყობინება გაგზავნილია დაუზუსტებლად - რა არის სერვისის საბოლოო დიაგნოზი, გაგზავნილია ცნობილი სერვისი, რომელიც შეიძლება შემდეგ შეიცვალოს. ახლა შეტყობინება რომ გავიდეს ჩვენ ცნობილი სერვისით ვაგზავნით შეტყობინებას, მაგრამ დახურვას არ ვაკეთებთ, სანამ ეს არ აიტვირთება და „ხელოვნური კოდი“ არ მიენიჭება. თუმცა, სააგენტოს მიერ აღნიშნული კოდების მინიჭების პროცესი დროში იწელება, რაც თანხების გადმორიცხვას აფერხებს.“

სახელმწიფოს მიერ მიმწოდებლებისთვის სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება ხორციელდება მომსახურების ერთეულზე დაწესებული ფიქსირებული ტარიფების მიხედვით. კითხვაზე, თუ რამდენად შეესაბამება დაავადების მკურნალობის სახელმწიფოს მიერ დადგენილი ფასი სამედიცინო დაწესებულების ფაქტიურად გაწეულ ხარჯებს, რესპოდენტთა უმრავლესობა აღნიშნავს რომ სახელმწიფოს მიერ დადგენილი ფასი სამედიცინო დაწესებულების ფაქტიურად გაწეულ ხარჯებზე დაბალია. მომსახურების მიმწოდებლები იძულებულნი არიან შეამცირონ მომსახურების ტარიფები, რათა უფრო მეტი ბენეფიციარი მიიზიდონ და შესაბამისად, მათ მიერ გაწეულ მომსახურებაში სახელმწიფოსგან ანაზღაურების კუთვნილი პროცენტული წილი გარანტირებულად მიიღონ.

რესპოდენტთა აზრით, სამედიცინო მომსახურების სტანდარტები და მათზე დაწესებული ფასი სამედიცინო დაწესებულებებში სხვადასხვა ფასეულობებთანაა დაკავშირებული. სერვისების ტარიფების ხელოვნური დაწევა პრობლემას უქმნის სამედიცინო დაწესებულებაში ინოვაციების, ახალი ტექნოლოგიებისა და მიდგომების დანერგვას, რამაც შესაძლოა გავლენა იქონიოს სერვისების ხარისხზე და შესაბამისად კლინიკურ გამოსავლებზე.

რესპოდენტთა აზრით, ბენეფიციარების მიერ მომსახურების მიმწოდებლის არჩევანის თავისუფლება შეიძლება შეიზღუდოს მომწოდებელთა მიერ სერვისის ღირებულების განსხვავებული თანხების არსებობის შემთხვევაში. რადგან სტაციონარული სამედიცინო

მომსახურების მიღებისას თანაგადახდის პროცენტული წილი აჭარბებდეს დადგენილ 30%-ს. შესაბამისად სახელმწიფო პაციენტს უბიძგებს (ან აიძულებს) მომსახურება დაბალტარიფიან დაწესებულებაში მიიღოს.

დისკუსია, ინტერპრეტაცია

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის შეფასების ყოველი მცდელობა და შეფასების შედეგად მიღებული ნებისმიერი სახის ინფორმაცია საინტერესო და მნიშვნელოვანია პროგრამის დამგეგმავი და განმახორციელებელი ერთეულებისთვის, ისევე როგორც პროგრამის მოსარგებლე მოსახლეობისთვის.

ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ცვლილებამ, კერძოდ, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ამოქმედებამ, დადებითი გავლენა მოახდინა დაუზღვეველ მოსახლეობაში სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე. სახელმწიფომ მთელი მოსახლეობის ნახევარზე მეტის (არადაზღვეული ადამიანები) ბაზისური სამედიცინო სერვისებით უზრუნველყოფის ვალდებულება აიღო ჯანდაცვის მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფო სექტორის წილის გაზრდის ხარჯზე.

როგორც ვიცით, დაუზღვეველ მოსახლეობას მიეკუთვნებოდა 6 წლიდან საპენსიო ასაკამდე ადამიანები, რომელთაც სამედიცინო მომსახურების მიღებისას უწევდათ თანხების ჯიბიდან გადახდა, რაც საბოლოო ჯამში მძიმე ტვირთად აწევბოდა ავადმყოფი ადამიანის ოჯახს. დაუზღვეველი ადამიანების აღნიშნული ჯგუფი მოიცავს მოსახლეობის ეკონომიკურად ყველაზე აქტიურ ჯგუფს, მათი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება და ფინანსური რისკებისგან დაცვა კი საბოლოო ჯამში პოზიტიურად აისახება ქვეყნის ეკონომიკური ზრდის პოტენციალზე.

მიუხედავად ჯანდაცვის სისტემის დაფინანსების ცვლილების ზემოთაღნიშნული უმნიშვნელოვანესი დადებითი ზეგავლენისა, მიზანშეწონილად მიგვაჩნია გამოვყოთ კონკრეტული საკითხები, რომლებიც, ჩვენი აზრით, განხილვას, დახვეწას და შესაბამის რეაგირებას საჭიროებს გადაწყვეტილების მიმღებთა მხრიდან.

საყურადღებოა, საავადმყოფოებისთვის სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების დადგენილი წესი, რომლის მიხედვით სამედიცინო დაწესებულებები იძულებულნი არიან შეამცირონ მომსახურების ტარიფები, რათა უფრო მეტი ბენეფიციარი მიიზიდონ და შესაბამისად, მათ მიერ გაწეულ მომსახურებაში სახელმწიფოსგან ანაზღაურების კუთვნილი პროცენტული წილი გარანტირებულად მიიღონ.

სამედიცინო მომსახურების სტანდარტები სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებებში სხვადასხვა ფასეულობებთანაა დაკავშირებული. ტარიფების შემცირება და სამედიცინო მომსახურების "გაიაფება" პრობლემას უქმნის სამედიცინო დაწესებულებაში ინოვაციების, ახალი ტექნოლოგიებისა და მიდგომების დანერგვას, რამაც შესაძლოა გავლენა იქონიოს სერვისების ხარისხზე და შესაბამისად კლინიკურ გამოსავლებზე.

დასკვნა და რეკომენდაციები

საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის შემოღება მნიშვნელოვანი წინგადადგმული ნაბიჯია სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის თვალსაზრისით.

დადებითი მხარეების გათვალისწინებით, რომელსაც სახელმწიფო სთავაზობს მოსახლეობას, მნიშვნელოვანია ხაზი გაესვას შემდეგ საკითხებს:

- საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამისთვის გამოყოფილი საბიუჯეტო სახსრები არასაკმარისია ნაკისრი ვალდებულებების დასაფინანსებლად რაც ნეგატიურად იმოქმედებს როგორც პაციენტზე, ასევე სამედიცინო დაწესებულებაზე;

- სახელმწიფოს მიერ დადგენილი მომსახურების დაბალი ტარიფები აზარალებს იმ დაწესებულებებს, სადაც შესაძლებელია რომ ინფრასტრუქტურის და დასაქმებული პერსონალის გამო ფასი მაღალი იყოს. შესაბამისად შეიძლება ახლო მომავალში სამედიცინო მომსახურების ხარისხი დაზარალდეს, ხოლო შორეულ პერსპექტივაში შემცირდეს ინვესტიციები და სიახლეები სექტორში. აღნიშნული საკითხი ღრმად შეასწავლი და საჭიროებს დამატებითი კვლევების ჩატარებას;
- აუცილებელია დაფინანსების ადმინისტრირების გაუმჯობესება და თანხების დროული გადარიცხვა.

აბსტრაქტი

შესავალი: საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემოღება მნიშვნელოვანი წინგადადგმული ნაბიჯია მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის სერვისების ხელმისაწვდომობის გაზრდის თვალსაზრისით. კვლევის მიზანს შეადგენს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემოღების შედეგად სამედიცინო მომსახურების მიწოდებლების წინაშე მდგარი პრობლემების შესწავლა. **მეთოდოლოგია:** თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა სამედიცინო დაწესებულებების მენეჯერების ჩაღრმავებული ინტერვიუ. **შედეგები:** რესპოდენტების უმრავლესობა დადებითად აფასებს სახელმწიფო გადამხდელთან ურთიერთობას სადაზღვევო კომპანიებთან შედარებით, რადგან სადაზღვევო კომპანიებს ჯერ კიდევ დიდი დავალიანება აქვთ მათი დაწესებულების მიმართ. მათი აზრით, თანხების მიღების პროცესი გამარტივებულია და ყოველთვის მიეწოდებათ ფული, შეფერხებების გარეშე. შეინიშნება პაციენტთა ნაკადების მატების ტენდენცია. დადებითი მოვლენაა ბენეფიციარებისთვის მომსახურების მიწოდებლის არჩევის თავისუფლების მინიჭება, მათი ფინანსური ხელმისაწვდომობის ზრდა, შესაბამისად მოსახლეობის კმაყოფილების გაუმჯობესება. თუმცა, დაბალია მოსახლეობის ინფორმირებულობა პროგრამით მოცული სერვისების თაობაზე და თანაგადახდით გათვალისწინებული მომსახურების სავალდებულო პროცენტული თანაფარდობის შესახებ. სახელმწიფოს მიერ დადგენილი ფასი სამედიცინო დაწესებულების ფაქტიურად გაწეულ ხარჯებზე დაბალია. მომსახურების მიწოდებლები იძულებულნი არიან შეამცირონ მომსახურების ტარიფები, რათა უფრო მეტი ბენეფიციარი მიიზიდონ და შესაბამისად, მათ მიერ გაწეულ მომსახურებაში სახელმწიფოსგან ანაზღაურების კუთვნილი პროცენტული წილი გარანტირებულად მიიღონ. სამედიცინო მომსახურების სტანდარტები და მათზე დაწესებული ფასი დაწესებულებებში სხვადასხვა ფასეულობებთანაა დაკავშირებული. ტარიფების ხელოვნური დაწევა პრობლემას უქმნის ინოვაციების, ახალი ტექნოლოგიებისა და მიდგომების დანერგვას, რამაც შესაძლოა გავლენა იქონიოს სერვისების ხარისხზე და შესაბამისად კლინიკურ გამოსავლებზე. **დისკუსია, რეკომენდაცია:** საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის შემოღება მნიშვნელოვანი წინგადადგმული ნაბიჯია სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის თვალსაზრისით. თუმცა, გასათვალისწინებელია, რომ პროგრამისთვის გამოყოფილი საბიუჯეტო სახსრები არასაკმარისია ნაკისრი ვალდებულებების დასაფინანსებლად რაც ნეგატიურად იმოქმედებს როგორც პაციენტზე, ასევე სამედიცინო დაწესებულებაზე. სახელმწიფოს მიერ დადგენილი მომსახურების დაბალი ტარიფები აზარალებს იმ დაწესებულებებს, სადაც შესაძლებელია რომ ინფრასტრუქტურის და დასაქმებული პერსონალის გამო ფასი მაღალი იყოს. შესაბამისად შეიძლება ახლო მომავალში სამედიცინო მომსახურების ხარისხი დაზარალდეს, ხოლო შორეულ პერსპექტივაში შემცირდეს ინვესტიციები და სიახლეები სექტორში. აღნიშნული საკითხი ღრმად შეასწავლი და საჭიროებს დამატებითი კვლევების ჩატარებას.

Medical facilities managers thought of the universal health care program

Madona Kapanadze

Abstract

Introduction: Introduction of Universal Health Care Program is a significant step forward in the terms of enhancing the availability of health care services for general population. Purpose of this research is to analyze problems arisen before the health service providers after the Universal Health Care Program was introduced. **Methodology:** Within the scope of the research extensive interviews were conducted with managers of health care facilities. **Results:** Majority of respondents give positive evaluation to the relations with the state payers compared to the insurance companies, since they still have major outstanding debts towards their establishments. In their opinion the payment process is simplified and they get monthly payments without further delays. Increase in patient numbers can also be detected. Giving the free choice of service providers to the beneficiaries is assessed as positive development together with the financial availability of such services, which increases the comfort of the population. However, beneficiaries are not duly informed about the services covered by the program as well as about the percentage from the service fees which will be cofinanced. Fees established by the state are lower than the actual costs of medical facilities. Service providers are obliged to decrease the service fees in order to attract more beneficiaries and, therefore, receive from the state the guaranteed amounts of their share in the reimbursement. Standards and prices for medical services relate to various values of the medical facilities. Artificial decrease of the prices stands in the way of innovations, new technologies and approaches, which can affect the quality of the services and the clinical outcomes. **Discussion, Recommendation:** Introduction of Universal Health Care Program is a significant step forward in the terms of enhancing the availability of health care services for general population. However, it should be taken into account, that the budget funds accorded to the program are not sufficient to finance the undertaken obligations, which has a negative impact on patients as well as on medical facility. Low service prices set by the state damage those facilities, which could require higher prices due to their infrastructure and employed personnel. Therefore, the quality of the medical services may be damaged in the nearest future. The investments and innovations in the field may start to gradually decrease. The present issue needs to be further analyzed and additional researchs shall be conducted

ბიბლიოგრაფია

- WHO, The World Health Report 2000. <http://www.who.int/whr/2000/en/>
- WHO, „The world health report: health systems financing: the path to universal coverage“, World Health Organization, 2010. <http://www.who.int/whr/2010/en/>
- შორენა ჯადუგიშვილი. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია, ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში 1990-2010წწ.
- საქართველოს მთავრობის დადგენილება N36 „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ 2013 წლის 21 თებერვალი.
- http://www.moh.gov.ge/files/01_GEO/Kanonmdebloba/Dadgenileba/N36-2013.pdf
- საქართველოს მთავრობის დადგენილება N165 „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე 2013 წლის 28 ივნისი.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში და კერძო დაზღვევის სისტემაში ერთდროული ჩართულობის შესწავლა

სალომე თაბუკაშვილი, ტერეზა ფუხაშვილი, ირინე ქურდაძე, მარიამ სიხარულიძე¹

შესავალი

2013 წლიდან საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა. მისი მიზანი იყო იმ პირთა მოცვა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამით, რომელთაც არ გააჩნდათ არანაირი დაზღვევა. მოქალაქეებზე, რომლებიც სარგებლობდნენ კერძო სადაზღვევო არ ვრცელდება საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა. იმ შემთხვევაში, თუ გარკვეული დროის შემდეგ კერძო დაზღვევის ბენეფიციარი, სხვადასხვა მიზეზების გამო, აღარ სარგებლობს აღნიშნული დაზღვევით, ხდება საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის მინიმალური პაკეტის ბენეფიციარი, რისთვისაც კერძო სადაზღვევო კომპანიიდან უნდა წარმოაგინოს სათანადო დამადასტურებელი ცნობა.

მიუხედავად აღნიშნულისა, დღესდღეობით ვხვდებით ისეთ პრობლემას, როგორცაა როგორც საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში ასევე კერძო დაზღვევის სისტემაში მოქალაქეთა ერთდროული ჩართულობა. აღნიშნული პრობლემა, ძირითადად, ორ შემთხვევაში შეინიშნება:

- როცა მოქალაქე თავიდანვე ჩართულია საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში და მოგვიანებით ხდება კერძო სადაზღვევო კომპანიის ბენეფიციარიც;
- როცა კერძო დაზღვევით მოსარგებლე მოქალაქე სხვადასხვა მიზეზის გამო (მაგ: გახდა სტუდენტი) ხდება საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარი.

როდესაც პიროვნება დაზღვეულია კერძო სადაზღვევო სისტემაში ის ყოველთვის იხდის ხელშეკრულებით გათვალისწინებულ პრემიას. როდესაც პიროვნება ჩართულია როგორც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, ასევე კერძო დაზღვევაში, ყოველთვის ერთ-ერთს ენიჭება პრიორიტეტი. მაგ: თუ პიროვნებას სურს რაიმე სახის გეგმიური სტაციონარული მომსახურების მიღება და ის ჩართულია ორივე სისტემაში, პრიორიტეტულად ითვლება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა.

გეგმიურ სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების საჭიროების შემთხვევაში ბენეფიციარმა უნდა წარადგინოს წინასწარი დოკუმენტაცია ჯანდაცვის სამინისტროში და ერთი თვის განმავლობაში, თუ დოკუმენტაცია სრულყოფილია, იგი მიიღებს სახელმწიფო დაფინანსებას საგარანტიო წერილის სახით. აღნიშნული საგარანტიო წერილი გულისხმობს ბენეფიციარის თანაგადახდაში მონაწილეობას (165 დადგენილება - 10%; 36 დადგენილება - 30%; 218 დადგენილება - 100%). აღნიშნული თანაგადახდის ასანაზღაურებლად ბენეფიციარი მიმართავს თავის კერძო სადაზღვევო კომპანიას. პრობლემა იმაში მდგომარეობს, რომ აღნიშნული პროცედურა დაკავშირებულია გარკვეულ მოცდის დროსთან, რაც იწვევს უკმაყოფილებას დაზღვეულის მხრიდან. ნებაყოფლობით დაზღვეული იხდის სათანადო სადაზღვევო პრემიას კერძო სადაზღვევო კომპანიაში და სურს მიიღოს მომსახურება სწრაფად და მინიმალური დანახარჯით.

ისმის კითხვა, რატომ უნდა იყოს ბენეფიციარი ერთდროულად ჩართული როგორც საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში ასევე კერძო დაზღვევის სისტემაში და რატომ უნდა იხარჯებოდეს ზედმეტად სახელმწიფო თანხები იმ ბენეფიციარებზე, რომლებიც სარგებლობენ კერძო დაზღვევით საკუთარი გადახდილი პრემიების ხარჯზე. აქედან გამომდინარე, საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში და კერძო

¹ ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამაგისტრო პროგრამის „ჯანდაცვის პოლიტიკა და მენეჯმენტი“ მაგისტრები

დაზღვევის სისტემაში მოქალაქეთა ერთდროული ჩართულობა საკმაოდ აქტუალური საკითხია.

კვლევის მიზანია საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამაში და კერძო დაზღვევის სისტემაში მოქალაქეთა ერთდროული ჩართულობის ანალიზი, პრობლემების და ნაკლოვანებების გამოვლენა.

მეთოდოლოგია

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა ბენეფიციართა გამოკითხვა. გამოკითხვაში მონაწილეობდა 75 ბენეფიციარი. შესწავლილ იქნა ერთერთი წამყვანი ჰოსპიტალის სტატისტიკური მონაცემები.

შედეგები

კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ერთ-ერთი წამყვანი ჰოსპიტალის სტატისტიკური ინფორმაციის დამუშავება. შედეგად გამოვლინდა რომ, 2014 წლის 1 ნოემბრიდან 2015 წლის 1 ნოემბრამდე ჰოსპიტალმა საყოველთაო დაზღვევის ფარგლებში სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების სერვისებით (როგორც გეგმიური ისე ურგენტული კომპონენტი) მიიღო 13221 პაციენტი. მათგან 1434 (11%) პაციენტი ერთდროულად იყო ჩართული როგორც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, ასევე კერძო დაზღვევაში.

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა ბენეფიციართა გამოკითხვა. გამოკითხვაში მონაწილეობდა 75 ბენეფიციარი.

ცხრილი 1:

რესპოდენტთა ასაკობრივ-სქესობრივი მონაცემები

მდედრობითი	მამრობითი	20-30 წლამდე	30-40 წლამდე	40-60 წლამდე
58 (77,3%)	17 (22,6%)	54 (72%)	11 (14,6%)	10 (13,3%)

გამოკითხული რესპოდენტებიდან საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციარები შეადგენდნენ 36%-ს, ნებაყოფლობით დაზღვეულები - 34.6%-ს, ხოლო ორივეგან (საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში და კერძო დაზღვევაში) ჩართული იყო 22 პირი (29.3%).

ბენეფიციარებიდან, რომლებიც ერთდროულად იყვნენ ჩართულები როგორც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, ასევე კერძო დაზღვევაში, ისარგებლეს სამედიცინო სერვისებით 18 პირმა (81.8%), არ ისარგებლა 4 პირმა (18.2%). მათ შორის, ვინც ისარგებლა სერვისებით კმაყოფილია 11 პირი (61.1%), უკმაყოფილოა 3 პირი (16.6%), პასუხისაგან თავი შეიკავა 4 (22.2%).

ცხრილი 2 ასახავს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში და კერძო დაზღვევაში ერთდროულად ჩართული ბენეფიციარების მოცდის პერიოდს.

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში და კერძო დაზღვევაში ერთდროულად ჩართული ბენეფიციარების მოცდის პერიოდი

პერიოდი	1 თვე	1 თვეზე მეტი	1 თვეზე ნაკლები	2 თვე	საერთოდ არ უსარგებლია გეგმიური სტაციონარული მომსახურებით
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა	5,5%	11,1%	11,1%	11,1%	61,1%

პერიოდი	5 სამუშაო დღეზე ნაკლები	5-10 სამუშაო დღემდე	10 სამუშაო დღეზე მეტი	საერთოდ არ უსარგებლია გეგმიური სტაციონარული მომსახურებით
კერძო დაზღვევა	27,7%	11,1%	0%	61,1%

18 ბენეფიციარიდან, რომლებიც ერთდროულად იყვნენ ჩართულები როგორც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, ასევე კერძო დაზღვევაში:

- ❖ 22,2%-ს შეექმნა პრობლემა ორივე სისტემაში ჩართულობის გამო, ხოლო 77,7-ს არ შეექმნა მსგავსი პრობლემა;
- ❖ მოცდის ვადების სხვაობის გამო პრობლემა შეექმნა 22,2%-ს, არ შეექმნა 72,2%-ს და არ დააფიქსირა პასუხი 5,5%-მა;
- ❖ 27,7% გააუქმებდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, ხოლო 22,2%-ს გააუქმებდა კერძო დაზღვევა.

დისკუსია, დასკვნა

საავადმყოფოდან მოპოვებული სტატისტიკური ინფორმაციის მიხედვით, როგორც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, ასევე კერძო დაზღვევაში ერთდროულად ჩართული ბენეფიციარების რაოდენობა არც თუ ისე ბევრია (სტაციონარში გატარებულ პაციენტთა 11%). ზოგიერთი კერძო დაზღვევის ბენეფიციარი ისე ხვდება საყოველთაო დაზღვევის ბაზაში, რომ შესაძლოა ამის შესახებ არ ჰქონდეს ინფორმაცია, მანამ სანამ არ დასჭირდება რაიმე სახის სამედიცინო მომსახურება (განსაკუთრებით სტაციონარულ კომპონენტში). ამგვარად ხდება ორმაგი რესურსის მოხმარება, რაც არახარჯთეფექტურია სახელმწიფოსთვის და პრობლემატური თვითონ მოსარგებლისთვის (მაგ: დაფინანსებაზე მოცდის დიდი პერიოდი).

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში და კერძო დაზღვევაში ერთდროული ჩართულობა ზოგი მოქალაქისთვის გახდა პრობლემა და ზოგისთვის ორმაგი დაფინანსების წყარო. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში და კერძო დაზღვევაში ერთდროული ჩართულობის ძირითადი პრობლემებია:

- ❖ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის პრიორიტეტულობა მომსახურების დაფინანსების მოთხოვნის დროს;
- ❖ დაფინანსებაზე მოცდის პერიოდის განსხვავება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამისა და კერძო დაზღვევებს შორის;
- ❖ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გაუქმების სირთულე.

როგორც ზემოთ ავლინებთ, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში და კერძო დაზღვევაში ერთდროული ჩართულობის დროს პრიორიტეტი ენიჭება საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის სისტემას, რაც ერთგვარი პრობლემაა კერძო დაზღვევაში ჩართული ბენეფიციარისთვის. თუ კერძო სადაზღვევო კომპანიაში გეგმიური სტაციონარის კომპონენტში საგარანტიო წერილის გაცემის მოცდის დრო არის 5-10 სამუშაო დღემდე, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ეს მოცდის პერიოდი დაახლოებით 6-ჯერ მეტია და შეადგენს 2 თვეს. როდესაც ბენეფიციარი იხდის საკმაოდ სოლიდურ თანხას კერძო დაზღვევაში, მას სურს დროულად მიიღოს დაფინანსება და საჭირო სამედიცინო მომსახურეობა. აქვე ჩნდება შემდეგი პრობლემა. თუ მოქალაქე ჩართულია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, მისი გაუქმება უბრალოდ შეუძლებელია, რასაც გიდასტურებენ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ცხელი ხაზის ოპერატორები.

არსებული პრობლემის აღმოსაფხვრელად სასურველია გადაიხედოს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ბენეფიციართა ბაზები და შედარდეს კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ გადმოგზავნილ სიებთან, რადგან არ მოხდეს კერძო სადაზღვევო კომპანიების ბენეფიციარების თავიდან გადაზღვევა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში. თუ მოიხსნება ორივე სადაზღვევო სისტემაში ერთდროული ჩართულობის პრობლემა, მოგვარდება ყველა ამ საკითხიდან გამომდინარე პრობლემებიც, როგორცაა მოცდის პერიოდი და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში მონაწილეობის გაუქმების შეუძლებლობა.

აბსტრაქტი

შესავალი: 2013 წლიდან საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა. იგი გავრცელდა მოქალაქეთა იმ ნაწილზეც, რომლებიც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემოღებამდე დაზღვეულები იყვნენ კერძო დაზღვევის სისტემით. შედეგად, ქვეყნის ზოგი მოქალაქე სარგებლობს როგორც საყოველთაო, ასევე კერძო დაზღვევის სერვისებით. კვლევის მიზანია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში და კერძო დაზღვევის სისტემაში მოქალაქეთა ერთდროული ჩართულობის ანალიზი და მასთან დაკავშირებული პრობლემების გამოვლენა. **მეთოდოლოგია:** რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა ბენეფიციართა გამოკითხვა და ერთერთი წამყვანი ჰოსპიტალის სტატისტიკური მონაცემების დამუშავება. **შედეგები:** კვლევით დადგინდა, რომ პირები, რომლებიც ერთდროულად ჩართულნი არიან როგორც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში, ასევე კერძო დაზღვევაში არც თუ ისე ბევრია. მათგან ზოგიერთმა არც კი იცის, რომ ორივეს ბენეფიციარია. ბენეფიციარები რომლებსაც უსარგებლიათ როგორც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით, ასევე კერძო დაზღვევით, უკმაყოფილებას გამოთქვამენ დაფინანსებაზე მოცდის პერიოდით. კერძოდ, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა უფრო პრიორიტეტულია და ხოლო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის მინიმალური პაკეტიდან საბაზისო პაკეტში გადასვლა გარკვეულ პრობლემებთანაა დაკავშირებული. ამ ბენეფიციარების სურვილია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამიდან გამოსვლა, რაც მათთვის პრობლემატურია. ნებაყოფლობით დაზღვეულებს, რომლებიც საკმაოდ მაღალ პრემიას უხდიან კერძო სადაზღვევო კომპანიას, სურთ მომსახურეობა ჩაიტარონ სწრაფად და შესაბამისად, პრიორიტეტს ანიჭებენ კერძო სადაზღვევო კომპანიის მიერ სერვისების დაფინანსებას. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** საჭიროა გადაიხედოს იმ პირთა მონაცემთა ბაზები, რომლებიც ჩართულნი არიან როგორც საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით, ასევე კერძო დაზღვევით. ასეთ პირებს უნდა მიეცეთ თავისუფლად და შეუზღუდავად გამოიყენონ კერძო დაზღვევის სერვისები.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: საყოველთაო ჯანდაცვა, კერძო დაზღვევა

The simultaneous involvement of private and public insurance and its problems

Salome Tabukashvili, Irine Kurdadze, Tereza Pukhashvili, Mariam Sikharulidze.

Abstract

Introduction: It is known that in 2013, on 21 February started up a Government's resolution №36, according to which the health care system underwent changes and switched to the universal health care program. But in spite of that there is still left the private insurance system, which covers specific section of Georgian population. Because of these two (private and public insurance) healthcare systems, it turned out that in some cases both insurances were covering simultaneously several people. The aim of this research is to analyze the advantages and disadvantages of simultaneous coverage of private and universal health care insurance systems. **Methodology:** Quantitative research and statistics of one of the leader hospital of the country was used To solve the given objectives. **Results:** According to processed information, there are not many citizens involved in both insurances simultaneously. Some citizens don't even have any information that they are involved in both insurances at the same time. **Discussion, conclusion:** despite of the number of public health insured population (70%) some of them has double insurance, the public health insurance and the private insurance policy. There are beneficiaries who don't want to get services of governmental insurance program, but they don't have possibility to bypass it. Citizens who are the clients of private insurance companies pay insurance premium monthly and they have rights to get various services operatively, which will be financed by their private insurance companies on time. To solve this problem, there is one way out of the situation. Government should check the databases of citizens and give them (privately insured beneficiaries) the opportunity to use fully all of the services provided by their private insurance companies, without any problems.

Keywords: universal health insurance, private health insurance

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით მოსარგებლეთა კმაყოფილების კვლევა

თენგიზ ვერულავა¹, ლელა ბულისკერია²

შესავალი

სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ერთ-ერთი ინდიკატორია სამედიცინო მომსახურებით მოსახლეობის კმაყოფილების შეფასება. სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილება მრავალ ფაქტორთან არის დაკავშირებული, რომელთაგან მნიშვნელოვანია მოსახლეობის მოცვა წინასწარი გადახდის სქემებით, როგორც სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით, ასევე სადაზღვევო პროგრამებით.

2013 წლის 28 თებერვლიდან საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა³. პროგრამის მიზანია ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე საქართველოს მოსახლეობისათვის (2 300 000 ბენეფიციარი) სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის ფინანსური უზრუნველყოფის შექმნა⁴.

2014 წ. აპრილის მონაცემებით, საქართველოს ყველა მოქალაქე უზრუნველყოფილია საბაზისო სამედიცინო მომსახურებით საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვისა თუ სახელმწიფო და კერძო სადაზღვევო პროგრამებით, მათ შორის დაახლოებით 3.4 მილიონი ადამიანი მოცულია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, 560 ათასი ადამიანი ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეა, ხოლო 546 ათასამდე პირს აქვს კერძო ან კორპორატიული დაზღვევა⁵. ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობა 2013 წელს 2012 წელთან შედარებით თითქმის გაორმაგდა და 365 მლნ ლარიდან 634 მლნ ლარამდე გაიზარდა⁶.

პროგრამით გათვალისწინებულია გეგმიური და გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი სტაციონალური მკურნალობა, გეგმიური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, დღის სტაციონარი) და მათთან დაკავშირებული გამოკვლევები შესაბამისი ლიმიტის ფარგლებში.

ცხადია, დაუზღვეველი მოსახლეობის ჩართვა სახელმწიფო პროგრამაში დადებითად იმოქმედებს საჭირო სამედიცინო მომსახურების ფინანსურ ხელმისაწვდომობაზე, და შესაბამისად კმაყოფილებაზე. კვლევის მიზანია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით მოსახლეობის კმაყოფილების შესწავლა.

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის საკითხებზე არსებული ლიტერატურა. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა აკად. გ. ჩაფიძის გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის პაციენტების, ან მათი ოჯახის წევრების გამოკითხვა. რესპონდენტები შეირჩა შემთხვევითი

¹ მედიცინის აკადემიური დოქტორი. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი. აკად. გ. ჩაფიძის სახ. გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის ხარისხის მართვის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი.

² საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მაგისტრი. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი

³ საქართველოს მთავრობის დადგენილება № 36. საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ. თბილისი. 2013 წლის 21 თებერვალი.

⁴ საქართველოს მთავრობის დადგენილება № 36. საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ. თბილისი. 2013 წლის 21 თებერვალი.

⁵ პრესრელიზი საყოველთაო ჯანდაცვის ერთი წლის შედეგების შეფასება. ჯანდაცვის სამინისტრო, 2014.

⁶ იქვე.

ხეტიალის პრინციპით. კვლევაში გამოყენებული იქნა პირისპირ ინტერვიუების მეთოდი. ინტერვიუ ჩატარდა სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით.

კვლევის შეზღუდვად მივიჩნევთ მხოლოდ თბილისის კარდიოლოგიური პროფილის სამედიცინო დაწესებულების ბენეფიციარების შერჩევას, ნაკლები დანახარჯების და მოკლე დროში გამოკითხვის ჩატარების შესაძლებლობის გამო.

კვლევის შედეგები

კვლევისათვის შეირჩა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის 100 ბენეფიციარი, რომლებსაც სამედიცინო მომსახურება გაეწიათ აკად. გ. ჩაფიძის სახ. გადაუდებელ კარდიოლოგიურ ცენტრში. მათგან 2-მა უარი განაცხადა კვლევაში მონაწილეობაზე, შესაბამისად, გამოკითხვა ჩატარდა 98 პაციენტთან. გამოკითხულთაგან ქალი შეადგენდა 33.7%-ს, კაცი 66.3%-ს. მოცემულ პერიოდში 36 წლამდე არცერთი პაციენტი არ ღებულობდა სამედიცინო დახმარებას. პაციენტებს შორის ყველაზე მეტს შეადგენდნენ 65 წელზე მეტი ასაკის ბენეფიციარები - 52%, შემდეგ 61-65 ასაკის პაციენტები - 17.3%, 56-60 ასაკის - 16.3%, 46-55 ასაკის - 10.2% ხოლო 36-45 ასაკის 4%.

ცხრილი 1: რესპოდენტთა ასაკობრივ სქესობრივი განაწილება

	< 36	36-45	%	46-55	%	56-60	%	61-65	%	> 65	%	სულ	%
ქალი	0	0	0	4	40	2	12.5	5	29.4	22	43.1	33	33.7
კაცი	0	4	100	6	60	14	87.5	12	70.6	29	56.9	65	66.3
სულ	0	4	100	10	100	16	100	17	100	51	100	98	100

ინტერვიუს დასაწყისში, რესპოდენტებს უნდა დაესახელებინათ თუ საიდან შეიტყვეს რომ სარგებლობენ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით. როგორც შედეგებიდან ირკვევა, რესპოდენტთა უმრავლესობამ ზოგადად იცის, რომ ყველა სარგებლობს ამ პროგრამით (55.1%), შედარებით მცირე ნაწილმა ამის შესახებ შეიტყო კლინიკაში, მაშინ როდესაც დასჭირდა მომსახურების მიღება (19.4%), ან თავად გადაამოწმა მონაცემები ცხელი ხაზის მეშვეობით (1%). რესპოდენტთა 24.5%-ის აზრით, მათ შეიტყვეს სხვა საშუალებებით: სახლში მიღებული ბუკლეტიდან, სააგენტოდან, ტელევიზიით, პოლიკლინიკაში მიმართვით (იხ. ცხრილი 2). გამოკითხულთა უმრავლესობამ ბოლო 1 წლის განმავლობაში ისარგებლა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურებით (76.5%), ხოლო შედარებით მცირე ნაწილმა გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურებით (23.5%) (იხ. ცხრილი 3).

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციართა ზოგადი კმაყოფილება მიღებული გეგმიური მომსახურებით ძალიან მაღალია. როგორც კვლევის შედეგებიდან ჩანს, 100%-მა განაცხადა, რომ კმაყოფილია ან ძალიან კმაყოფილია მიღებული მომსახურებით (იხ. ცხრილი 4). გამოკითხულთა 95% უპირატესობას ანიჭებს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამას, კერძო დაზღვევას უპირატესობა მიანიჭა მხოლოდ 4%-მა (იხ. ცხრილი 5).

ცხრილი 2: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები. საიდან შეიტყვეთ რომ სარგებლობთ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით?

ასაკი	36-45		46-55		56-60		61-65		> 65		სულ			
	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ჯამი	%
რაოდენობა		4	4	6	2	14	5	12	22	29	33	65	98	100
საიდან შეიტყვეთ რომ სარგებლობთ საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამით?														
თავად გადავამოწმე მონაცემები ცხელი ხაზის მეშვეობით						1 (7.1)	0					1 (1.5)	1	1
შევიტყვე კლინიკაში - მაშინ როდესაც დამჭირდა მომსახურების მიღება		2 (50)	2 (50)	1 (16.7)	0	3 (21.4)	1 (20)	1 (8.3)	4 (18.2)	5 (17.2)	7 (21.2)	12 (18.5)	19	19.4
ზოგადად ვიცი რომ ყველა სარგებლობს ამ პროგრამით;		2 (50)	2 (50)	3 (50)	1 (50)	8 (57.1)	3 (60)	8 (66.7)	12 (54.5)	15 (51.7)	18 (54.5)	36 (55.4)	54	55.1
სხვა, ტელევიზიით, პოლიკლინიკით, გაზეთით				2 (33.3)	1 (50)	2 (14.3)	1 (20)	3 (25)	6 (27.3)	9 (31)	8 (24.2)	16 (24.6)	24	24.5
ჯამი		4	4	6	2	14	4	12	22	29	33	65	98	100

ცხრილი 3: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის რა სერვისით ისარგებლეთ ბოლო 1 წლის განმავლობაში?

ასაკი	36-45		46-55		56-60		61-65		> 65		სულ			
	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ჯამი	%
რაოდენობა		4	4	6	2	14	5	12	22	29	33	65	98	100
საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის რა სერვისით ისარგებლეთ ბოლო 1 წლის განმავლობაში?														
გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება		1 (25)			1 (50)	2 (14.3)	2 (40)	2 (16.7)	8 (36.4)	7 (24.1)	11 (33.3)	12 (18.5)	23	23.5
გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება		3 (75)	4 (100)	6 (100)	1 (50)	12 (85.7)	3 (60)	10 (83.3)	14 (63.6)	22 (75.9)	22 (66.7)	53 (81.5)	75	76.5
ჯამი		4	4	6	2	14	5	12	22	29	33	65	98	100

ცხრილი 4: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები. რამდენად კმაყოფილი ხართ გაწეული მომსახურებით?

ასაკი	36-45		46-55		56-60		61-65		> 65		სულ			
	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ჯამი	%
რაოდენობა		4	4	6	2	14	5	12	22	29	33	65	98	100
რამდენად კმაყოფილი ხართ გაწეული მომსახურებით?														
ძალიან კმაყოფილი ვარ		4	4	6	2	14	4	11	22	29	32	64	96	98%
კმაყოფილი ვარ							1	1			1	1	2	2%
საშუალო														
უკმაყოფილო ვარ														
ძალიან უკმაყოფილო														
ჯამი		4	4	6	2	14	5	12	22	29	32	64	98	100

ცხრილი 5: ცხრილი: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები. რომელს უფრო მიანიჭებთ უპირატესობას - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას თუ კერძო დაზღვევას?

ასაკი	36-45		46-55		56-60		61-65		> 65		სულ			
	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ჯამი	%
რაოდენობა		4	4	6	2	14	5	12	22	29	33	65	98	100
რომელს უფრო მიანიჭებთ უპირატესობას - საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას თუ კერძო დაზღვევას?														
	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი
საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა		4	4	6	2	14	5	10	20	27	31	62	93	95
კერძო დაზღვევა								1	2	1	2	2	4	4
მიჭირს პასუხის გაცემა										1	0	1	1	1
ჯამი		4	4	6	2	14	5	11	22	29	33	65	98	100

გამოკითხულთა უმრავლესობის აზრით, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართვამ გააუმჯობესა სამედიცინო მომსახურებაზე მათი ფინანსური ხელმისაწვდომობა (97%) (იხ. ცხრილი 6). გამოკითხულთა უმრავლესობის აზრით, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის შემოღების შემდეგ უფრო ხშირად სარგებლობენ სამედიცინო მომსახურებით, ვიდრე საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის შემოღებამდე (85.7%), მხოლოდ 14% აღნიშნა, რომ იგივე სიხშირით სარგებლობს სამედიცინო მომსახურებით როგორც საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის შემოღებამდე, ასევე შემოღების შემდგომ (იხ. ცხრილი 7).

ცხრილი 6: ცხრილი: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები. თვლით, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართვამ გააუმჯობესა თქვენი ფინანსური და ფიზიკური ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე?

ასაკი	36-45		46-55		56-60		61-65		> 65		სულ			
	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ჯამი	%
რაოდენობა		4	4	6	2	14	5	12	22	29	33	65	98	100
თვლით, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართვამ გააუმჯობესა თქვენი ფინანსური და ფიზიკური ხელმისაწვდომობა სამედიცინო მომსახურებაზე?														
დიახ		4	4	6	2	14	5	10	21	28	32	63	95	97
არა								1	1	1	1	2	3	3
ჯამი											33	65	98	100

ცხრილი 7: ცხრილი: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები. ახლა უფრო ხშირად სარგებლობთ სამედიცინო მომსახურებით, ვიდრე 2 წლის წინ?

ასაკი	36-45		46-55		56-60		61-65		> 65		სულ			
	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ჯამი	%
რაოდენობა		4	4	6	2	14	5	12	22	29	33	65	98	100
ახლა უფრო ხშირად სარგებლობთ სამედიცინო მომსახურებით, ვიდრე 2 წლის წინ?														
ახლა		4	3	5	1	14	4	11	19	23	27	57	84	85.7
2 წლის წინ		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
თანაბრად, იგივე სიხშირით			1	1	1		1	1	3	6	6	8	14	14.3
ჯამი		4	4	6	2	14	5	12	22	29	33	65	98	100

გამოკითხულთა ნახევარზე მეტმა (59.2%) არ იცის ვის უნდა მიმართოს იმ შემთხვევაში, თუ ექნება რაიმე პრობლემა სამედიცინო მომსახურების მიღებასთან დაკავშირებით. რესპოდენტთა 40.8%-ის აზრით მათ იციან თუ ვის უნდა მიმართონ და ასახელებენ შემდეგ სუბიექტებს: ჯანდაცვის სამინისტრო, ცხელი ხაზი, ქალაქის მერია, სასწრაფო სამედიცინო დახმარება, საავადმყოფო, უბნის ექიმი, სოციალური მომსახურების სააგენტო (იხ. ცხრილი 8).

გამოკითხულ პაციენტთაგან, რომლებმაც მიიღეს ჰოსპიტალური მომსახურება, 59.2%-მა აღნიშნა, რომ მათ მიერ წარდგენილი სამედიცინო დოკუმენტაციის განხილვა და გადაწყვეტილების შესახებ მათთვის ინფორმაციის მოწოდება მოხდა ძალიან ოპერატიულად, ოპერატიულად - 31.6%-მა, პასუხის გაცემა გაუჭირდა 19.4%-ს (იხ. ცხრილი 9).

ცხრილი 8: ცხრილი: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები. იცით ვის უნდა მიმართოთ თუ გექნებათ პრობლემა სამედიცინო მომსახურების მიღებასთან დაკავშირებით?

ასაკი	36-45		46-55		56-60		61-65		> 65		სულ			
	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ჯამი	%
რაოდენობა		4	4	6	2	14	5	12	22	29	33	65	98	100
იცით ვის უნდა მიმართოთ თუ გექნებათ პრობლემა სამედიცინო მომსახურების მიღებასთან დაკავშირებით?														
დიახ		2		4	1	6	2	5	8	12	11	29	40	40.8
არა		2	4	2	1	8	3	7	14	17	22	36	58	59.2
ჯამი		4	4	6	2	14	5	12	22	29	33	65	98	100

ცხრილი 9: ცხრილი: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები. ჰოსპიტალური მომსახურების მიღებისას რამდენად ოპერატიულად მოხდა წარდგენილი სამედიცინო დოკუმენტაციის განხილვა და გადაწყვეტილების შესახებ თქვენთვის ინფორმაციის მოწოდება?

ასაკი	36-45		46-55		56-60		61-65		> 65		სულ			
	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ჯამი	%
რაოდენობა		4	4	6	2	14	5	12	22	29	33	65	98	100
ჰოსპიტალური მომსახურების მიღებისას რამდენად ოპერატიულად მოხდა წარდგენილი სამედიცინო დოკუმენტაციის განხილვა და გადაწყვეტილების შესახებ თქვენთვის ინფორმაციის მოწოდება?														
ძალიან ოპერატიულად		2	2	3	2	8	3	9	11	8	18	40	58	59.2
ოპერატიულად		2	1	2		2	1	2	6	15	8	23	31	31.6
გარკვეული დაგვიანებით														
მნიშვნელოვანი დაგვიანებით														
არ ვიცი/არ მაქვს პასუხი			1	1		4	1	1	5	6	7	12	19	19.4
ჯამი		4	4	6	2	14	5	12	22	29	33	65	98	100

გამოკითხულ პაციენტთა გარკვეული ნაწილი (20.4%) აგრძელებდა სტაციონარში მკურნალობას და მათთვის ჯერ კიდევ არ იყო ცნობილი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით რამდენი პროცენტით დაფინანსდებოდა გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები. რესპოდენტთა თითქმის ნახევარს (46.9%) სამედიცინო მომსახურების ხარჯები დაუფინანსდა 70 %-ით. სრულად დაუფინანსდა 20.4%-ს, ხოლო 12.2%-მა აღნიშნა, რომ სამედიცინო მომსახურების ხარჯები დაუფინანსდა 90 %-ით (იხ. ცხრილი 10).

ცხრილი 10: ცხრილი: რესპოდენტთა გამოკითხვის შედეგები. სრულად დაგიფინანსდათ თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარჯები?

ასაკი	36-45		46-55		56-60		61-65		> 65		სულ			
	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ქალი	კაცი	ჯამი	%
რაოდენობა		4	4	6	2	14	5	12	22	29	33	65	98	100
სრულად დაგიფინანსდათ თუ არა სამედიცინო მომსახურების ხარჯები?														
დიახ		1		1		2		1	7	8	7	13	20	20.4
70 %-ით		2	1	2	2	6	4	9	11	9	18	28	46	46.9
90%		1	1	2			1			7	2	10	12	12.2
არ მაქვს პასუხი			2	1		6		2	4	5	6	14	20	20.4
ჯამი		4	4	6	2	14	5	12	22	29	33	65	98	100

გამოკითხულ პაციენტთაგან, რომლებმაც მიიღეს გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება, 53%-მა აღნიშნა, რომ მათ მიერ წარდგენილი სამედიცინო დოკუმენტაციის განხილვა და გადაწყვეტილების შესახებ მათთვის ინფორმაციის მოწოდება მოხდა ძალიან ოპერატიულად, ოპერატიულად - 42%-მა. დროის პერიოდი, თუ რა ვადაში მიეწოდათ ინფორმაცია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურების დაფინანსებაზე, მერყეობს 2 კვირიდან 5 კვირამდე.

გამოკითხულთა მეტი ნაწილის (67%) აზრით, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მოსახლეობის საჭიროებების უკეთ დასაკმაყოფილებლად, სასურველია სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული მედიკამენტების, გეგმიური

სამედიცინო მომსახურების მოცულობის გაფართოება, დაბალშემოსავლიანი და უმუშევარი ადამიანების სრულად დაფინანსება, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების თაობაზე მოსახლეობის ინფორმირებულობის ამაღლება, სამედიცინო მომსახურების მიღებისას ნაკლები ბიუროკრატია და მეტი ოპერატიულობა.

დისკუსია, ინტერპრეტაცია

რესპოდენტთა უმრავლესობამ იცის საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ. თუმცა, რესპოდენტთა არცთუ მცირე ნაწილმა ამის შესახებ შეიტყო კლინიკაში, მაშინ როდესაც დასჭირდა მომსახურების მიღება (19.4%). აქვე აღსანიშნავია, რომ გამოკითხულთა თითქმის ნახევარზე მეტმა არ იცის თუ ვის უნდა მიმართოს იმ შემთხვევაში, თუ ექნება რაიმე პრობლემა სამედიცინო მომსახურების მიღებასთან დაკავშირებით. აღნიშნული გვიჩვენებს, რომ საჭიროა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის ამაღლება.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართვამ გააუმჯობესა სამედიცინო მომსახურებაზე მოსახლეობის ფინანსური ხელმისაწვდომობა. შედეგად ისინი უფრო ხშირად სარგებლობენ სამედიცინო მომსახურებით, ვიდრე საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის შემოღებამდე.

გამოკითხულთა უმრავლესობა უპირატესობას ანიჭებს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამას, ვიდრე კერძო სამედიცინო დაზღვევას. ამის მიზეზია ის გარემოება, რომ ოპერატიულად ხდება წარდგენილი სამედიცინო დოკუმენტაციის განხილვა და გადაწყვეტილების შესახებ მათთვის ინფორმაციის მოწოდება. ასევე გასათვალისწინებელია, რომ ზოგ სადაზღვევო კომპანიას დიდი დავალიანება აქვს საავადმყოფოების მიმართ, რაც გავლენას ახდენს სადაზღვევო კომპანიებზე, როგორც სამედიცინო პერსონალის, ასევე მოსახლეობის გარკვეული ნაწილის ნეგატიურ განწყობაზე.

მნიშვნელოვანია, რომ როგორც პოლიკლინიკების ასევე საავადმყოფოების აბსოლუტური უმრავლესობა დადებითად აფასებს სოციალური დაცვის სააგენტოსთან ურთიერთობას და აღნიშნავს, რომ თანხების მიღების პროცესი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გამარტივებულია და მათ ყოველთვის ურად მიეწოდებათ ფული, შეფერხებების გარეშე.

აგრეთვე მცირეა დროის პერიოდი, რომლის განმავლობაშიც მიეწოდათ ინფორმაცია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურების დაფინანსებაზე. შესაბამისად, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციართა ზოგადი კმაყოფილება მიღებული სამედიცინო მომსახურებით ძალიან მაღალია.

მიუხედავად ზემოაღნიშნულისა, მოსახლეობის ისეთი ჯგუფები, როგორცაა ქრონიკული ავადმყოფები, დაბალშემოსავლიანი და უმუშევარი პირები, მოითხოვენ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მოსახლეობის საჭიროებების უკეთ დაკმაყოფილებას, კერძოდ, სამედიცინო მომსახურების სრულად დაფინანსებას, მათ შორის მედიკამენტების სახელმწიფო დაფინანსების გაფართოებას. თუ გავითვალისწინებთ, რომ სახელმწიფოს პოლიტიკის უმთავრესი მიზანია ჯანდაცვაზე კატასტროფული ხარჯების შემცირება, იგი ყველაზე მეტად ეხება მაღალი რისკის მქონე ადამიანებს, ქრონიკულ ავადმყოფებს. ჯანდაცვაზე კატასტროფული ხარჯების შემცირება კი მიიღწევა მაღალი რისკის მქონე მოსახლეობის ფინანსური დაცვის გაზრდით. ამ თვალსაზრისით, სახელმწიფოს დაფინანსება უმთავრესად კონცენტრირებული უნდა იყოს მაღალრისკიანი ბენეფიციარებზე, რომელთაც ამ დახმარების გარეშე სიღარიბე ემუქრებათ. შესაბამისად, მიზანშეწონილია მოსახლეობის ამ ჯგუფებზე განსაზღვრული სახელმწიფო პროგრამის გაფართოება.

დასკვნა, რეკომენდაციები

საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში მოცულ იქნა მთელი მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილი, რამაც გაზარდა სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა. საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის დადებითი მხარეებთან ერთად მნიშვნელოვანია შემდეგი პრობლემების გადაწყვეტა: საჭიროა საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის ამაღლება. მაღალი რისკის მქონე მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებაზე კატასტროფული ხარჯებისაგან ფინანსური დაცვის გაზრდის მიზნით სახელმწიფოს დაფინანსება უმთავრესად კონცენტრირებული უნდა იყოს მაღალრისკიანი ბენეფიციარებზე. შესაბამისად, მიზანშეწონილია მოსახლეობის ამ ჯგუფებზე განსაზღვრული სახელმწიფო პროგრამის გაფართოება.

აბსტრაქტი

შესავალი: 2013 წლიდან საქართველოში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მიზანს წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე საქართველოს მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის ფინანსური უზრუნველყოფის შექმნა. კვლევის მიზანია სამედიცინო მომსახურებით კმაყოფილების შესწავლა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით მოსარგებლე პირებში. **მეთოდოლოგია:** რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა ბენეფიციართა გამოკითხვა სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. **შედეგები, ინტერპრეტაცია:** საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ბენეფიციართა ზოგადი კმაყოფილება მიღებული სამედიცინო მომსახურებით ძალიან მაღალია. გამოკითხულთა უმრავლესობის აზრით, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ჩართვამ გააუმჯობესა სამედიცინო მომსახურებაზე მათი ფინანსური და ფიზიკური ხელმისაწვდომობა, შესაბამისად, ისინი საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემოღების შემდეგ უფრო ხშირად სარგებლობენ სამედიცინო მომსახურებით, ვიდრე საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შემოღებამდე. გამოკითხულთა უმრავლესობა უპირატესობას ანიჭებს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას, ვიდრე კერძო დაზღვევას. რესპოდენტთა უმრავლესობამ ზოგადად იცის საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ. თუმცა, გამოკითხულთა თითქმის ნახევარზე მეტმა არ იცის თუ ვის უნდა მიმართოს სამედიცინო მომსახურების მიღებასთან დაკავშირებით რაიმე პრობლემის წარმოქმნისას. მაღალრისკიანი, დაბალშემოსავლიანი პირების აზრით, სასურველია სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების მოცულობის გაფართოება. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ასამაღლებლად მიზანშეწონილია საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის ამაღლება. მაღალი რისკის მქონე მოსახლეობის ფინანსური დაცვის გაზრდის მიზნით სახელმწიფოს დაფინანსება უმთავრესად კონცენტრირებული უნდა იყოს მაღალრისკიანი (ქრონიკული ავადმყოფები, დაბალშემოსავლიანი პირები) ბენეფიციარებზე. შესაბამისად, მიზანშეწონილია მოსახლეობის ამ ჯგუფებზე განსაზღვრული სახელმწიფო პროგრამის გაფართოება.

Beneficiary Satisfaction with Universal Healthcare Program

Tengiz Verulava, Lela Buliskeria

Introduction: State public healthcare program was initiated in republic of Georgia in 2013. The goal of this program is to provide financial security in terms of medical services accessibility for population which doesn't possess health insurance package. Research objective is to study state public healthcare program beneficiaries' satisfaction level with received medical services. **Methodology:** Quantitative analysis based beneficiary survey was carried out with use of dedicated structured questionnaires. **Results, interpretation:** General satisfaction with received medical services is very high among public healthcare program beneficiaries. According to majority of respondents, participation in public healthcare program improved their financial and physical reach for medical services; therefore they tend to get medical services more often after the public healthcare program was implemented. Majority of respondents prefer public healthcare program to the private insurance. Majority of respondents is generally informed about public healthcare program. It must be emphasized that almost more than a half of respondents do not possess information about how to act in case if any need in medical services arises. According to high-risk involved and low income persons' opinion, it is desired to increase the volume of medical services defined by public healthcare program. **Conclusion, recommendations:** It is advisable to spread more information regarding public healthcare program among population in order to increase the quality of medical services. Government financing must be mainly concentrated on high risk (chronicle patients, low-income persons) beneficiaries in order to provide financial protection to high-risk population in general. Therefore, it is reasonable to expand state program for above mentioned groups of population.

ბიბლიოგრაფია

1. ვერულავა, თენგიზ. უნივერსალიზმი და სელექტივიზმი - ჯანდაცვის ორი მიდგომა და საქართველო. ლიბერალი. 2014.
2. ვერულავა თენგიზ. დაზღვეულ პენსიონერთა მედიკამენტებზე ხელმისაწვდომობა. ტაბულა. 2013 წ.
3. გოგოლაშვილი, რუსუდან. სახელმწიფო დაზღვევის მქონე პირების საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში გაერთიანება 2014 წლის ბოლომდე დასრულდება. ინტერპრესნიუსი. 2014.
4. ნატროშვილი ნინო. ხარვეზები საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში. ნეტგაზეთი. 28.05.2014. <http://www.netgazeti.ge/GE/105/Life/31939/>
5. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა: პრობლემები და რეკომენდაციები. საერთაშორისო გამჭვირვალობა საქართველო. 2013.
6. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა: ერთი წლის შედეგების შეფასება. საქართველოს მთავრობა. 2014.
7. პრესრელიზი საყოველთაო ჯანდაცვის ერთი წლის შედეგების შეფასება. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, აპრილი, 2014.
8. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013.
http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=889 (ნანახია 24.03.2014)

მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობა პენსიონერთა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში

რუსუდან პატარიძე, ნინი კაპანაძე, თეონა კოკიჩაიშვილი, თეონა ბოლქვაძე,
ქეთევან კახეთელიძე, ია აღდგომელაშვილი, თენგიზ ვერულავა

შესავალი

საქართველოში საპენსიო ასაკის პირთა რაოდენობა 2013 წლის მონაცემების მიხედვით შეადგენს 855,9 ათას პირს (იხ. ცხრილი 1). 2012 წლის 1 სექტემბრიდან 60 წლის და ზემოთ ასაკის ქალებზე და 65 წლის და ზემოთ ასაკის მამაკაცებზე (საპენსიო ასაკის მოსახლეობა) ვრცელდება სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა (საქართველოს მთავრობა, 2012). საპენსიო ასაკის პირთა სამედიცინო დაზღვევის პროგრამით თბილისში დაზღვეულია 145 455 პირი, ხოლო ქვეყანაში 485 875 პირი (სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013 წ.). თბილისის მასშტაბით საპენსიო ასაკის მოსახლეობის დაზღვევას ახორციელებს სადაზღვევო კომპანია „არქიმედეს გლობალ ჯორჯია“. ამ პროგრამით მას 300 ათასამდე დაზღვეულის მომსახურება დაევალა.

ცხრილი 1: საპენსიო ასაკის პირთა რაოდენობა (ათასი), 2003-2013 წწ. საქართველო.

	2003	2005	2010	2011	2012	2013
მოსახლეობა	4 342,6	4 321,5	4 436,4	4 469,2	4 497,6	4 497,6
60 - 64	234,4	172,9	192,0	214,3	225,4	235,2
65 - 69	209,1	228,4	153,8	132,0	124,8	135,0
70 - 74	175,8	165,2	200,5	206,8	202,5	181,4
75 - 79	114,6	128,1	129,0	126,7	136,0	142,9
80 - 84	47,3	55,8	91,4	97,3	92,8	94,2
85+	30,1	27,5	47,2	0,0	59,8	67,2
	811,3	777,9	813,9	777,1	841,3	855,9

წყარო: საქართველოს მოსახლეობის რიცხოვნობა ასაკისა და სქესის მიხედვით. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. 2013 წ.

სადაზღვევო ვაუჩერით დაფინანსებული სამედიცინო დაზღვევის პირობები ითვალისწინებს სამედიცინო მომსახურების გარკვეული სახეების დაფინანსებას, მათ შორის სამკურნალო საშუალებათა ანაზღაურებას დამტკიცებული ნუსხის და ლიმიტის მიხედვით. მედიკამენტები მზღვეველის მიერ ანაზღაურდება პოლისის წლიური სადაზღვევო ლიმიტის 100 ლარის ფარგლებში, 50%-ის თანაგადახდით მოსარგებლის მხრიდან (სოციალური მომსახურების სააგენტო, 2013).

სამედიცინო მომსახურებაზე ხარჯები ფინანსურად კატასტროფული ხდება როდესაც იგი საფრთხეს უქმნის ოჯახს შეინარჩუნოს ჩვეულებრივი ცხოვრების დონე (Berki. 1986) და აღემატება მის გადამხდელუნარიანობას. ოჯახის შემოსავლების მიხედვით განისაზღვრება ის ბარიერი, რომლითაც მის მიერ ჯიბიდან დანახარჯები განაპირობებს ფინანსურად კატასტროფულ ხარჯებს (Berki. 1986). მაგალითად, ხარჯები ფინანსურად კატასტროფული შეიძლება ჩაითვალოს, როდესაც ჯანდაცვაზე ჯიბიდან გადახდის ხარჯები აღემატება ოჯახის საშუალო წლიური შემოსავლის 15%-ს (Wyszewianski. 1986). ჯანდაცვაზე კატასტროფული ხარჯების შესაფასებლად სხვადასხვა მკვლევარები სხვადასახვა ზღვარს იყენებენ, რომელიც მერყეობს ოჯახის საშუალო წლიური შემოსავლის 5 პროცენტიდან 20 პროცენტამდე (Xu K. et al, 2007).

საქართველოში ჩატარებული სამედიცინო მომსახურებით სარგებლობისა და ჯანდაცვითი დანახარჯების 2010 წლის კვლევის მიხედვით, როგორც სოფლად ისე ქალაქად

მცხოვრები პირების მნიშვნელოვან რაოდენობას არ შეუძლია შეიძინოს დანიშნული მედიკამენტები (დაახლოებით 13%) მათი სიძვირის გამო (HUES. 2010). ამ მხრივ რთულ მდგომარეობაში იმყოფებიან საპენსიო ასაკის ბენეფიციარები, რომელნიც დაზღვევის თვალსაზრისით განეკუთვნებიან ერთ-ერთ მაღალრისკიან ჯგუფს. მათ დაზღვევას კერძო სადაზღვევო კომპანიები, მოსალოდნელი დიდი ხარჯების გამო თავს არიდებენ. შედეგად, ბევრ ქვეყნებში მოსახლეობის ამ ნაწილის სამედიცინო მომსახურებას სახელმწიფო ფარავს.

საქართველოში მოქმედებს საპენსიო ასაკის მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ სახეებთან ერთად მოიცავს სამკურნალო საშუალებათა ანაზღაურებას დამტკიცებული ნუსხის და ლიმიტის ფარგლებში. მიუხედავად იმისა, რომ სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამით განსაზღვრულია პენსიონერთა სამედიცინო მომსახურება, არაიშვიათად მათზე გაწეული სერვისები არის კატასტროფული ხარჯების და შესაბამისად მათი გაღატაკების მიზეზი.

ჯანდაცვის ხარჯების ყველაზე მზარდი და დიდი წილი მედიკამენტებზე მოდის. სხვადასხვა ადგილობრივი თუ საერთაშორისო კვლევებით დასტურდება, რომ საქართველოში პაციენტები მედიკამენტებზე საშუალოდ ორჯერ მეტს ხარჯავენ, ვიდრე ევროპაში. კვლევის მიხედვით, 2010 წელს საქართველოში ოჯახი ჯანდაცვაზე დახარჯული თანხის 60 პროცენტს ფარმაცევტულ პროდუქტებზე ხარჯავდა, რაც ერთ-ერთი მაღალი მაჩვენებელია მსოფლიოში (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, 2011). ევროპის ქვეყნებში იგივე მაჩვენებელი საშუალოდ 16-17%-ის ფარგლებში მერყეობს (ჯანდაცვის სამინისტრო. 2013). ამის მიზეზებია: მედიკამენტებზე მაღალი დანახაჯი ძირითადად არარაციონალური ფარმაცოთერაპიის, გენერიკული მედიკამენტების ნაკლებად გამოყენებისა და დანიშვნის, რეცეპტურის მექანიზმების ნაკლოვანების ან არასაკმარისი გამოყენების, პაციენტთა მიერ თვითმკურნალობის, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამებში მედიკამენტების არასაკმარისი ფინანსური ლიმიტის, აგრეთვე ფარმაცევტული ინდუსტრიის მხრიდან აგრესიული მარკეტინგი (ჯანდაცვის სამინისტრო. 2013).

თუ გავითვალისწინებთ, რომ სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელი უმეტესად საპენსიო ასაკისაა, ადვილი წარმოსადგენია ჯანდაცვის სერვისებზე და განსაკუთრებით მედიკამენტებზე მათი ფინანსური ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემები.

კვლევა მიზნად ისახავდა საპენსიო ასაკის მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობის და ზოგადად სადაზღვევო პოლისით კმაყოფილების შეფასებას.

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია ქართული და უცხოური ლიტერატურა, საქართველოს საკანონმდებლო აქტები, სამთავრობო დადგენილებები, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მეთოდური და ნორმატიული მასალები, სამედიცინო სტატისტიკისა და ავადობის კონტროლის ეროვნული ცენტრის, საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მასალები.

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში მიზნობრივ ჯგუფად განისაზღვრა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართული საპენსიო ასაკის მოსახლეობა. იმის გამო, რომ კვლევა ტარდებოდა შეზღუდულ დროში, კვლევის არეალს წარმოადგენდა ქ. თბილისში მცხოვრები საპენსიო ასაკის ბენეფიციარები.

შერჩევის ბაზად გამოყენებული იქნა სოციალური მომსახურების სააგენტოს პენსიონერთა ერთიან სააღრიცხვო ბაზა. აღნიშნული ბაზიდან ბენეფიციართა შერჩევის მეთოდად გამოყენებულ იქნა ალბათური შერჩევის მეთოდი, კერძოდ მარტივი შემთხვევითი შერჩევის სახე - სისტემური შერჩევა. შეირჩა 500 ბენეფიციარი.

კვლევაში გამოყენებული იქნა პირისპირ ინტერვიუების მეთოდი. ინტერვიუ ჩატარდა სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. კვლევა ჩატარდა 2013 წლის ოქტომბერი-დეკემბრის პერიოდში. ბენეფიციართა ინტერვიუს ხანგრძლივობა იყო დაახლოებით 30-45 წთ.

შედეგები

გამოკითხულთაგან 312 ქალი იყო (62,4 %) და 188 (37,6 %) კაცი. გამოკითხული საპენსიო ასაკის დაზღვეული მოსახლეობის უმეტესი რაოდენობა 71-დან 75 წლის ასაკისაა (35,2%), შემდეგ მოდის 66-70 წლის ასაკის პენსიონერები (27,2 %), 75 და ზევით - 120 (24%), 60-65 წლის პენსიონერები - 68 (13,6%).

ცხრილი 2: რესპოდენტთა ასაკობრივ-სქესობრივი შემადგენლობა

ასაკი	მამაკაცი 188 (37.6%)	ქალი 312 (62.4%)	სულ 500
60-65	32 (17%)	36 (11.5%)	68 (13.6%)
66-70	67 (35%)	69 (22.1%)	136 (27.2%)
71-75	82 (43.6%)	94 (30.1%)	176 (35.2%)
75-ს ზევით	54 (28.7%)	66 (21.2%)	120 (24%)

კვლევის მიხედვით, გამოკითხულ პენსიონერთა დიდი ნაწილი დაზღვეულია სადაზღვევო კომპანიაში „არქიმედეს გლობალ ჯორჯია“ (282 პირი, 56,4%), შემდეგ მოდის საზღვევო კომპანიები: „ირაო“ (100 პირი, 20%), „ალფა“ (94 პირი, 18,8%), „ალდაგი ბისიაი“ (20 პირი, 4%), გამოკითხულთაგან ოთხმა (0,8 %) კითხვას პასუხი არ გასცა.

გამოკითხვის მიხედვით, პენსიონერთაგან მხოლოდ მცირე ნაწილია ისეთი, ვინც მედიკამენტს მხოლოდ ექვს თვეში ერთხელ ყიდულობს (14, 2,8%). პენსიონერთა მხოლოდ 7.2% (36 პირი) „იშვიათად“ ყიდულობს მედიკამენტებს. გამოკითხულთა დიდ ნაწილს (276, 55,2%) მედიკამენტების ყიდვა თვეში ერთჯერ მაინც უწევთ, ხოლო გამოკითხულთა 34.4%-ს (174 პირი) კვირაში ერთხელ-ორჯერ მაინც უწევთ.

გამოკითხულთა მეტი ნაწილი (20,4 %) მიიჩნევს, რომ მათ მიერ ექიმის დანიშნულებით გამოწერილ მედიკამენტებზე საკუთარი ჯიბიდან დახარჯული თანხა 80 ლარს აღემატება, 14.4% - 71-80 ლარს, 11.2% - 61-70 ლარს, 18% - 51-60 ლარს, 15.6% - 41-50 ლარს, 7.2% - 31-40 ლარს, 8.8% - 21-30 ლარს, 4.4% - 10-20 ლარს.

გამოკითხვამ აჩვენა, რომ რესპოდენტებს მედიკამენტების გარდა ჯიბიდან გადახდა უწევთ სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ სახეებზე, რომელსაც ფარავს სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამა. ამის თაობაზე აღნიშნა გამოკითხულთა 58 % (290 პირი). სამედიცინო მომსახურების ამ სახეობებს შორის ყველაზე მეტს შეადგენს ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება (ოჯახის ექიმის, ან უბნის ექიმის მომსახურება - 138 პირი, 27,6%); სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები (96 პირი, 19,2%), სტომატოლოგთან ვიზიტი (56 პირი, 11,2%). გამოკითხულთა 42 %-ს სამედიცინო მომსახურებაზე დამატებით არ გადაუხდია თანხები. საყურადღებოა, რომ სამედიცინო მომსახურების ამ სახეების უმრავლესობა შედის სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამაში.

გამოკითხულთა უმრავლესობის ოჯახის შემოსავალი 300 ლარს აღემატება (191 პირი, 38,2%); რესპოდენტთა 27%-ის შეადგენს 200-300 ლარს (135 პირი); 32.6% - 100-200 ლარს (163 პირი); 2.2% - 100 ლარს (11 პირი). აღსანიშნავია, რომ გამოკითხულთაგან მარტო ცხოვრობს მხოლოდ პენსიონერთა 2,4%, უმეტესწილად მათი ოჯახი 3-ზე მეტი (238, 47,6%), ორი (132, 26,4%) ან სამი (118, 23,6 %) ადამიანისაგან შედგება.

გამოკითხულთა დიდმა ნაწილმა ოჯახში არსებულ მთავარ პრობლემად მედიკამენტების ყიდვა (183, 36,6%) დაასახელა, შემდეგ მოდის უმუშევრობა (158, 31,6%), შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიღების ხელმიუწვდომლობა (114, 22,8%), საკვების ყიდვა (41, 8,2%). კითხვაზე პასუხისაგან თავი შეიკავა ოთხმა (0,8%) პენსიონერმა. აღსანიშნავია, რომ პენსიონერებმა დამატებით შემდეგი პრობლემები გამოყვეს: სივიწროვე, გადასახადების სიდიდე, არადაამაკმაყოფილებელი საცხოვრებელი პირობები.

შესწავლილ იქნა დაზღვეულ პენსიონერთა ინფორმირებულობის დონე სადაზღვევო პაკეტში მედიკამენტების განსაზღვრული ლიმიტით დაფარვის შესახებ. პასუხებმა გვაჩვენა, რომ ამ მხრივ დაზღვეულთა ინფორმირებულობის დონე დაბალია. გამოკითხულ პენსიონერთა უმეტესობამ არაფერი იცოდა იმის თაობაზე, რომ სადაზღვევო კომპანია ანაზღაურებს სამკურნალო საშუალებათა ხარჯებს პოლისის წლიური სადაზღვევო ლიმიტის 100 ლარის ფარგლებში, 50%-ის თანაგადახდით მოსარგებლის მხრიდან. აღნიშნულის შესახებ რესპოდენტთა მხოლოდ 32,8%-ს ჰქონდა ინფორმაცია.

ჩატარებული კვლევის მონაცემები აჩვენებს, რომ სამკურნალო საშუალებებზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა დაბალია. გამოკითხულ პენსიონერთა უმეტესი ნაწილი (38,4%) აღნიშნავს, რომ სრულად ვერ შეიძინა ოჯახის ექიმის ან პოლიკლინიკის ექიმთან კონსულტაციის შედეგად დანიშნული მედიკამენტი, ხოლო გამოკითხულთა 32,8 %-მა სიძვირის გამო საერთოდ ვერ შეძლო მისი შეძენა. გამოკითხულ პენსიონერთა მხოლოდ 28 % (140 პენსიონერი) შეძლო დანიშნული მედიკამენტის სრულად შეძენა, ხოლო ოთხ (0,8%) პენსიონერს საერთოდ არ მიუმართავს ოჯახის ექიმის ან პოლიკლინიკის ექიმისთვის.

გამოკითხულთა დიდი ნაწილი ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტებს სააფთიაქო ქსელ „პსპ“-ში ყიდულობს (174, 34,8%), ჩამოთვლილ აფთიაქებს შორის შემდეგ მოდის „ავერსი“ (134, 26,8%), „ჯი-პი-სი“ (102, 20,4%). გამოკითხულ პენსიონერთა 18 % (90 პენსიონერი) სხვა აფთიაქებიდან გამოყვეს: „ფარმადეპო“, „36.6“, „მელოდია“.

სადაზღვევო პოლისით გათვალისწინებული მომსახურების მიმართ სრული კმაყოფილება 14-მა (2,8%) პენსიონერმა გამოთქვა, კმაყოფილია - 92 (18,4%), პენსიონერთა დიდი ნაწილი ნაწილობრივ კმაყოფილებას გამოთქვამს (306, 61,2%), სრულიად არ არის კმაყოფილი 88 (17,6%) პენსიონერი.

დისკუსია, დასკვნა

ჩატარებული კვლევის შედეგად შეიძლება დავასკვნათ, რომ დაზღვეულ პენსიონერთათვის მედიკამენტები სამედიცინო მომსახურების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს. პენსიონერთა 55,2 % მედიკამენტების ყიდვა თვეში ერთხელ მაინც უწევთ, ხოლო 34,4 %-ს კვირაში ერთხელ-ორჯერ მაინც. დაზღვეულები ოჯახის უმთავრეს პრობლემად გამოყოფენ მედიკამენტების შეძენას (36,6%), ასევე შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიღების დაბალ ფინანსურ ხელმისაწვდომობას (22,8%).

დაბალია სახელმწიფოს მიერ მედიკამენტებზე განსაზღვრული წლიური ლიმიტი (100 ლარი, 50 %-იანი თანაგადახდით). ამასთან, გამოკითხულთა მეტი ნაწილი (64 %) მიიჩნევს, რომ მათ მიერ მედიკამენტებზე ჯიბიდან დახარჯული თანხა 50 ლარს აღემატება (მათგან ასევე მეტი ნაწილი - 20,4 % - თვლის რომ მედიკამენტებზე ხარჯები 80 ლარს აღემატება). აღსანიშნავია, რომ დაზღვეულთა ნაწილი (32,8 %) ექიმის მიერ დანიშნულ მედიკამენტს სიძვირის გამო ვერ ყიდულობს.

დაბალია დაზღვეულთა ინფორმირებულობის დონე სადაზღვევო პაკეტში მედიკამენტების განსაზღვრული ლიმიტით დაფარვის შესახებ. დაზღვეულთა უმეტესობამ არ იცის, რომ სადაზღვევო კომპანია ანაზღაურებს მედიკამენტების ხარჯებს პოლისის წლიური სადაზღვევო ლიმიტის 100 ლარის ფარგლებში, 50%-ის თანაგადახდით მოსარგებლის მხრიდან. რესპოდენტთა ნაწილს (58,8 %) მედიკამენტების გარდა ჯიბიდან გადახდა უწევთ სამედიცინო მომსახურების გარკვეულ სახეებზე, რომელსაც ფარავს სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა. აქედან გამომდინარე, აუცილებელია პენსიონერთა ინფორმირებულობის ამაღლება.

უნივერსალური დაზღვევა საჭიროებს დიდ ფინანსურ რესურსებს, რაც დაბალშემოსავლიანი ქვეყნის ბიუჯეტისათვის მძიმე ტვირთია. საქართველოს არ შეუძლია ყველა მოქალაქისთვის სამედიცინო მომსახურების სრული პაკეტის დაფინანსების უზურნველყოფა. სახელმწიფოს დაფინანსება უმთავრესად კონცენტრირებული უნდა იყოს მოსახლეობის გარკვეულ ჯგუფებზე (სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ, პენსიონერები, ქრონიკული ავადმყოფები) ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯების შემცირებაზე მათი

ფინანსური დაცვის გაზრდით. შესაბამისად, მიზანშეწონილია მოსახლეობის ამ ჯგუფებზე განსაზღვრული სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამის გაფართოება და უპირველესად იმ სერვისების ჩართვა, რომლებიც სამედიცინო მომსახურების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს (მედიკამენტები).

აბსტრაქტი

შესავალი: საპენსიო ასაკის მოსახლეობა დაზღვევის თვალსაზრისით განეკუთვნება ერთ-ერთ მაღალრისკიან ჯგუფს. მათ დაზღვევას კერძო სადაზღვევო კომპანიები, მოსალოდნელი დიდი ხარჯების გამო თავს არიდებენ. ბევრ ქვეყნებში მოსახლეობის ამ ნაწილის სამედიცინო მომსახურებას სახელმწიფო ფარავს. საქართველოში მოქმედებს პენსიონერთა სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც სამედიცინო მომსახურების სახეობათან ერთად მოიცავს მედიკამენტებით უზრუნველყოფას ლიმიტის ფარგლებში. მიუხედავად ამისა, პენსიონერთათვის ჯანდაცვა ხშირად არის კატასტროფული ხარჯების და შესაბამისად მათი გაღატაკების მიზეზი. ჯანდაცვის ხარჯების ყველაზე დიდი წილი მედიკამენტებზე მოდის. თუ გავითვალისწინებთ, რომ სამედიცინო მომსახურების მომხმარებელი უმეტესად პენსიონერებია, ადვილი წარმოსადგენია ჯანდაცვის სერვისებზე და განსაკუთრებით მედიკამენტებზე მათი ფინანსური ხელმისაწვდომობასთან დაკავშირებული პრობლემები. კვლევა მიზნად ისახავდა პენსიონერთა ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამით მედიკამენტების ფინანსური ხელმისაწვდომობის და ზოგადად სადაზღვევო პოლისით კმაყოფილების შეფასებას. **მეთოდოლოგია:** კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა პირისპირ ინტერვიუების მეთოდი სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. გამოკითხვა ჩატარდა 500 პენსიონერს. **შედეგები:** დაზღვეულ პენსიონერთათვის მედიკამენტები სამედიცინო მომსახურების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს. ისინი ოჯახის უმთავრეს პრობლემად მედიკამენტების შეძენას და შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიღების დაბალ ფინანსურ ხელმისაწვდომობას გამოყოფენ. ასევე დაბალია სახელმწიფოს მიერ მედიკამენტებზე განსაზღვრული წლიური ლიმიტი. გამოკითხულთა მეტი წილი მიიჩნევს, რომ მათ მიერ მედიკამენტებზე ჯიბიდან დახარჯული თანხა განსაზღვრულ ლიმიტს აღემატება, ხოლო ზოგი სიძვირის გამო საერთოდ ვერ ყიდულობს ექიმის მიერ დანიშნულ მედიკამენტს. დაბალია დაზღვეულთა ინფორმირებულობის დონე სადაზღვევო პაკეტში მედიკამენტების განსაზღვრული ლიმიტით დაფარვის შესახებ. რესპოდენტების გარკვეულ ნაწილს უწევთ ჯიბიდან გადახდა სამედიცინო მომსახურების ისეთ სახეებზე, რომელსაც ფარავს სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამა. **დისკუსია, დასკვნა:** უნივერსალური დაზღვევა საჭიროებს დიდ ფინანსურ რესურსებს, რაც დაბალშემოსავლიანი ქვეყნის ბიუჯეტისათვის მძიმე ტვირთია. საქართველოს არ შეუძლია ყველა მოქალაქისთვის სამედიცინო მომსახურების სრული პაკეტის დაფინანსების უზრუნველყოფა. ჯანდაცვის სახელმწიფო პოლიტიკის უმთავრესი მიზანი უნდა გახდეს მოსახლეობის და განსაკუთრებით მაღალრისკიან ბენეფიციართა (სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ, პენსიონერები, ქრონიკული ავადმყოფები) ჯანდაცვაზე კატასტროფული დანახარჯების შემცირება მათი ფინანსური დაცვის გაზრდით. შესაბამისად, მიზანშეწონილია მოსახლეობის ამ ჯგუფებზე განსაზღვრული სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამის გაფართოება და უპირველესად იმ სერვისების ჩართვა, რომლებიც სამედიცინო მომსახურების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან კომპონენტს წარმოადგენს (მედიკამენტები).

ძირითადი საძიებო სიტყვები: ჯანდაცვა, საპენსიო ასაკის მოსახლეობა, ჯანდაცვაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობა.

Access to Medicines within the State Health Insurance Program for Pension Population in Georgia (country)

Rusudan Pataridze, Nini Kapanadze, Theona Kokichaishvili, Theona Bolkvadze, Ketevan Kakhetelidze, Ia Agdgomelashvili, Tengiz Verulava

Abstract

Background: Pension age population belong to the largest risk group within insurance sphere. Healthcare for pensioners often represents catastrophic expenses and has become the major reason for their impoverishment. This paper examines financial access to medicines and the satisfaction with the insurance policy within the Georgia State Health Insurance Program for pension age population. **Methodology:** Using a randomized selection method, 500 pension age persons were interviewed by means of direct questioning. **Results:** Reduction of catastrophic healthcare expenses should become the chief aim of the government health policy. It applies to the high risk population, those under poverty line and pension age population, as well as those with chronic diseases. **Conclusion:** Accordingly, based on the findings, it is reasonable to expand the insurance program for the pension population and also provide more reasonable coverage of medication expenses.

Keywords: Georgia; Health insurance; Catastrophic out-of-pocket payments; Financial access to healthcare; Pension age population.

ბიბლიოგრაფია

- საქართველოს მთავრობა. 2012. საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილება ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში 0-5 წლის (ბავშვით) ასაკის ბავშვების, 60 წლის და ზემოთ ასაკის ქალების და 65 წლის და ზემოთ ასაკის მამაკაცების (საპენსიო ასაკის მოსახლეობა), სტუდენტების, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ.
- ჯანდაცვის სამინისტრო. 2013. ჯანდაცვის სისტემის ეფექტურობის შეფასების ანგარიში.
- საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური. 2013. საქართველოს მოსახლეობის რიცხოვნობა ასაკისა და სქესის მიხედვით.
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2011. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის 2011-2015 წწ. სახელმწიფო სტრატეგია: ხელმისაწვდომი ხარისხიანი ჯანდაცვა. მე-11 სქოლიო
- საერთაშორისო გამჭვირვალობა – საქართველო. 2012. საქართველოს ფარმაცევტული ბაზარი.
- სოციალური მომსახურების სააგენტო. 2013 წ. სტატისტიკური მონაცემები ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ.
- სოციალური მომსახურების სააგენტო. 2013. ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა. http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=36
- Berki SE. *A Look at Catastrophic Medical Expenses and the Poor*. Health Affairs 1986, 5(4):138-145. <http://content.healthaffairs.org/content/5/4/138.full.pdf>
- Gotsadze George, Zoidze Akaki, Rukhadze Natia. 2009. *Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implications*. BMC Health Services Research Volume 9 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/69>
- MoLHSA, Geostat, Oxford Policy Management, Curatio International Foundation. *Georgia Health Utilization and Expenditure Survey (HUES)*. Final report, December, 2010.

სიცოცხლის დაზღვევა საქართველოსა და ევროპაში

თამარ წიგნაძე¹

შესავალი

უმრავლესობა ჩვენგანი სიცოცხლის დაზღვევაზე ფიქრობს როგორც თანხაზე, რომელიც გადახდილი იქნება დაზღვეულის უახლოესი ადამიანებისთვის მისი გარდაცვალებისას. მაგრამ რეალურად სიცოცხლის დაზღვევა ბევრად უფრო მეტია.

ცხოვრების მანძილზე ბევრ ადამიანს უწევს შეჯახება არაერთ კრიტიკულ თუ განუკურნებელ დაავადებასთან: მიოკარდიუმის ინფარქტი, ინსულტი, სიმსივნე, რომელიც განაპირობებს როგორც დროებით ასევე, მუდმივ შრომისუუნარობას და დაზღვეულის გარდაცვალებას.

სიცოცხლის დაზღვევის უმთავრესი მიზანია ადამიანის დაცვა ზემოთაღნიშნული რისკების ფინანსური ეფექტისაგან. სიცოცხლის დაზღვევის პოლისები მოიცავს სადაზღვევო დაფარვას ბუნებრივი მიზეზით ან უბედური შემთხვევის შედეგად დაზღვეულის გარდაცვალებისათვის, ასევე საბანკო კრედიტისათვის მსესხებლის გარდაცვალების შემთხვევაში, ოჯახისათვის ფინანსური დახმარების უზრუნველყოფას კრიტიკული დაავადების შედეგად დამდგარი მუდმივი ან დროებითი შრომისუუნარობის დროს.

კვლევის მიზანია ევროპულ და ქართულ სადაზღვევო ბაზარზე გავრცელებულ სიცოცხლის დაზღვევის პროდუქტებსა და სიცოცხლის დაზღვევის მასშტაბებს შორის არსებული განსხვავებების შესწავლა.

მეთოდოლოგია

კვლევის მიზნით (კვლევა ჩატარდა 2014 წლის ოქტომბერ - ნოემბერში) გამოყენებულ იქნა შედარებითი ანალიზის მეთოდი, რომელიც დაფუძნებულია საერთაშორისო კვლევითი ორგანიზაციების წლიურ ანგარიშებზე, პუბლიკაციებზე, სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის სტატისტიკურ მონაცემებზე (2007-2012). სიცოცხლის დაზღვევის პროდუქტების შედარებითი ანალიზის მიზნით, გამოყენებულ იქნა მსოფლიოში ერთ-ერთი უმსხვილესი სადაზღვევო კომპანიის „Zurich Insurance Group Ltd.“-ის ევროპული ბაზრისთვის შეთავაზებული სიცოცხლის დაზღვევის სქემები და ქართული წამყვანი სადაზღვევო კომპანიების (სს „სადაზღვევო კომპანია ალდაგი ბისიაი“ და სს „სადაზღვევო კომპანია ჯიპიაი ჰოლდინგი“) სიცოცხლის დაზღვევის პროდუქტები.

შედეგები

ევროპაში ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული სიცოცხლის დაზღვევის სქემებია (Zurich Insurance Group Ltd. -ის მიხედვით):

- სიცოცხლის ვადიანი დაზღვევა;
- სიცოცხლის საკრედიტო დაზღვევა;
- სიცოცხლის უვადო დაზღვევა;
- შემოსავლის დაცვის სქემა

1. სიცოცხლის ვადიანი დაზღვევა

აღნიშნული სადაზღვევო პროდუქტი განკუთვნილია იმ ადამიანებისათვის, რომელთაც სურთ ფინანსურად დაიცვან საკუთარი ოჯახი ან ბიზნესი მათი გარდაცვალებისას (ბუნებრივი მიზეზით თუ უბედური შემთხვევით) თუ განუკურნებელი სენით დაავადების შემთხვევაში.

¹ ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის მოწვეული პროფესორი

დამატებითი დაფარვის სახით აღნიშნულ სადაზღვევო პოლისს მოყვება (დაზღვეულის სურვილისამებრ) კრიტიკული დაავადებებისაგან დაზღვევა, რომელიც უზრუნველყოფს პერიოდულ შემოსავლებს, იმ შემთხვევაში თუ ამ დაავადების შედეგად ადამიანმა დაკარგა შრომის უნარი და შესაბამისად - შემოსავალიც. კრიტიკული დაავადებისაგან დაზღვევის შემთხვევაში, დაზღვეულის მიერ სიცოცხლეშივე მიღებული სადაზღვევო ანაზღაურების თანხა დამოკიდებულია მისი დაავადების სირთულესა თუ სხვა პირობებზე (Level Protection Plan, Author: J.A.J Aaronson - 31 October 2010).

რადგან სადაზღვევო პოლისი ვადიანია, სადაზღვევო ანაზღაურებას ადგილი ექნება მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ დაზღვეული გარდაიცვალა პოლისის მოქმედების განმავლობაში, დაუდგინდა განუკურნებელი სენი, რომელიც გამოიწვევს პაციენტის გარდაცვალებას 12 თვის ვადაში (ამ შემთხვევაში ადგილი ექნება სადაზღვევო დაფარვის წინსწრებით გადახდას), ან პოლისის მოქმედების პერიოდში დაესვა კრიტიკული დაავადების დიაგნოზი (შესაბამისი სპეციალისტებისა და პირობების გათვალისწინებით). აღნიშნული პოლისის მოქმედების მთელი პერიოდის განმავლობაში სადაზღვევო პრემია უცვლელია და შესაძლოა შეიცვალოს მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ დაზღვეული გადაწყვეტს სადაზღვევო დაფარვის თანხის შეცვლას (გაზრდას/შემცირებას).

სადაზღვევო კომპანია „Zurich Insurance Group Ltd.“ - ის პირობების თანახმად მინიმალური ვადა ხელშეკრულებისათვის არის ერთი წელი, მაქსიმალური 50. ხოლო დაზღვეულის ასაკი ხელშეკრულების ვადის ამოწურვის მომენტისთვის არ უნდა აღემატებოდეს მაქსიმუმ 85 წელს. „Zurich Insurance Group Ltd.“-ის პოლისით ასევე შესაძლებელია ვადიანი სიცოცხლის დაზღვევის პოლისის კონვერტაცია უვადო დაზღვევის ხელშეკრულებაში.

დამატებითი ბენეფიტის სახით დაზღვეულს შეუძლია ისარგებლოს სადაზღვევო ხელშეკრულების განახლების პირობით: სიცოცხლის დაზღვევის ხელშეკრულების ვადის ამოწურვისას, დაზღვეულს შეუძლია განაახლოს ხელშეკრულება არსებული პირობებზე დაყრდნობით. კონკრეტულად: უცვლელი დარჩება სადაზღვევო დაფარვა და შესაბამისად სადაზღვევო პრემიის ოდენობაც. ამ შემთხვევაში დაზღვეულს არ მოუწევს არანაირი დამატებითი ინფორმაციის მიწოდება საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ.

საქართველოში სიცოცხლის ვადიანი დაზღვევის პირობების თანახმად, იფარება დაზღვეულის ბუნებრივი მიზეზით, ან უბედური შემთხვევით გამოწვეული გარდაცვალება. დამატებითი დაფარვის სახით გვხვდება კრიტიკული დაავადებებისაგან დაზღვევა. ამ შემთხვევაში დაზღვეული სადაზღვევო პერიოდშივე იღებს განსაზღვრულ თანხას, რომელსაც გამოიყენებს სურვილისამებრ. ევროპული სქემისაგან განსხვავებით, დაზღვეულის ასაკი დაზღვევის დასრულების მომენტისთვის არ უნდა აღემატებოდეს 65 წელს („Zurich Insurance Group Ltd.“-ის შემთხვევაში სიცოცხლის დაზღვევა შესაძლებელია 85 წლამდეც გაგრძელდეს), ასევე არ გვხვდება განუკურნებელი სენისაგან დაზღვევა დამატებითი ბენეფიტის სახით. ამავე დროს, ევროპული ანალოგისაგან განსხვავებით, საქართველოში არ გვხვდება არსებული ხელშეკრულების პირობების უცვლელად დატოვების საფუძველზე მისი განახლების ბენეფიტი. ასე რომ, თუ სიცოცხლის დაზღვევის ვადა ამოიწურა, დაზღვეულს ხელახლა მოუწევს პოლისის შექმნა და შესაბამისად, სადაზღვევო პირობებიც იქნება გასხვავებული (სს „სადაზღვევო კომპანია ალდაგი ბისიაი“, სიცოცხლის ვადიანი დაზღვევის პირობები).

2. სიცოცხლის საკრედიტოდაზღვევა

აღნიშნული პოლისი განკუთვნილია იმათთვის, ვისაც სურს თავი დაიზღვიოს მოულოდნელობებისაგან და დარწმუნებული იყოს რომ მისი იპოთეკური (ძირითადად) თუ სხვა ტიპის სესხი არ დარჩება დაუფარავი მისი გარდაცვალებისა თუ სხვადასხვა დაავადებების შედეგად დამდგარი შრომისუუნარობის შედეგად. სადაზღვევო პერიოდი

სიცოცხლის საკრედიტო დაზღვევისათვის ჩვეულებისამებრ განსაზღვრულია მინიმუმ 5 და მაქსიმუმ 40-50 წლით (Zurich Insurance Group).

დამატებით სარგებელს წარმოადგენს სადაზღვევო შენატანების მიღების უფლებაზე უარის თქმა. ეს იმას ნიშნავს, რომ სადაზღვევო კომპანია მზადაა პოლისის მოქმედების პერიოდში დაზღვეულის შრომისუუნარობის დადგომის შემთხვევაში გადაიხადოს პრემია დაზღვეულის მაგიერ.

საქართველოში სიცოცხლის საკრედიტო დაზღვევა სიცოცხლის დაზღვევის პროდუქტებს შორის წამყვანია. მეტიც, სიცოცხლის დაზღვევა ჩვენს ქვეყანაში ძირითადად სწორედ დაზღვევის ამ ტიპის საშუალებით მუშაობს (სადაზღვევო კომპანიის წარმომადგენლებისვე აღნიშვნით). ევროპული ანალოგისაგან განსხვავებით, სადაც სიცოცხლის საკრედიტო დაზღვევისათვის სადაზღვევო პერიოდი განსაზღვრულია ჩვეულებისამებრ მინიმუმ 5 და მაქსიმუმ 40-50 წლით, საქართველოში სიცოცხლის საკრედიტო დაზღვევის ხელშეკრულების პირობებით, ძირითადად არაა განსაზღვრული მინიმალური ან მაქსიმალური სადაზღვევო პერიოდი. სს „სადაზღვევო კომპანია ჯიპიაი ჰოლდინგისა“ და თიბისი ბანკის მიერ მომხმარებლისთვის შეთავაზებულ სიცოცხლის საკრედიტო დაზღვევის პირობების თანახმად, სადაზღვევო ანაზღაურებას ექვემდებარება: დაზღვეულის ნებისმიერი მიზეზით, მათ შორის უბედური შემთხვევით გამოწვეული გარდაცვალება ან უბედური შემთხვევით გამოწვეული მუდმივი ქმედითუუნარობა. ხოლო, მაქსიმალურ სადაზღვევო თანხას შეადგენს 500 000.00 აშშ დოლარი (სიცოცხლის დაზღვევის პირობები თიბისი ბანკის საცალო საკრედიტო პროდუქტების კლიენტი ფიზიკური პირებისთვის, სს „სადაზღვევო კომპანია ჯიპიაი ჰოლდინგი“).

3. სიცოცხლის უვადო დაზღვევა

სიცოცხლის ვადიანი დაზღვევისაგან განსხვავებით, სიცოცხლის უვადო დაზღვევის გეგმა უზრუნველყოფს სადაზღვევო თანხის ანაზღაურებას დაზღვეულის გარდაცვალების პერიოდის მიუხედავად. ეს არის დაზღვევა, რომელიც მოქმედებს დაზღვეულის მთელი სიცოცხლის განმავლობაში და მისი გარდაცვალების შემთხვევაში ოჯახი (ბიზნესი) ღებულობს სრულ სადაზღვევო დაფარვას (Zurich Insurance Group).

სიცოცხლის უვადო დაზღვევა შექმნილია იმისთვის, რომ:

- უზრუნველყოს ოჯახი (მოსარგებლე) სადაზღვევო ანაზღაურებით დაზღვეულის გარდაცვალების მომენტის მიუხედავად;
- აანაზღაუროს სადაზღვევო თანხა წინსწრებით იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვეულს პოლისის მოქმედების პერიოდში აღმოაჩნდა განუკურნებელი სენი და მოსალოდნელია მისი გარდაცვალება 12 თვეზე ნაკლებ პერიოდში.

დამატებითი ბენეფიტების სახით სადაზღვევო კომპანიას შეუძლია შესთავაზოს:

სადაზღვევო შენატანების მიღების უფლებაზე უარის თქმა - ეს იმას ნიშნავს, რომ სადაზღვევო კომპანია მზადაა პოლისის მოქმედების პერიოდში დაზღვეულის შრომისუუნარობის დადგომის შემთხვევაში გადაიხადოს პრემია და ზღვეულის სიცოცხლის დაზღვევისათვის.

- ინდექსაცია - დაზღვეულის სურვილის შემთხვევაში სადაზღვევო კომპანია ინფლაციის გათვალისწინებით მოახდენს დაზღვეულის სადაზღვევო თანხის კორექტირებას (გაზრდას), რაც თავის მხრივ გაზრდის სადაზღვევო პრემიის ოდენობასაც.

საქართველოში სიცოცხლის უვადო დაზღვევა არ გვხვდება. წამყვანი სადაზღვევო კომპანიები (ს.ს. „სადაზღვევო კომპანია ალდაგი ბისიაი“, ს.ს. „სადაზღვევო კომპანია ჯიპიაი

ჰოლდინგი“) გვთავაზობენ მხოლოდ სიცოცხლის ვადიან დაზღვევას და ისიც, ძირითადად მიზნულს ჯანმრთელობის დაზღვევის პოლისთან.

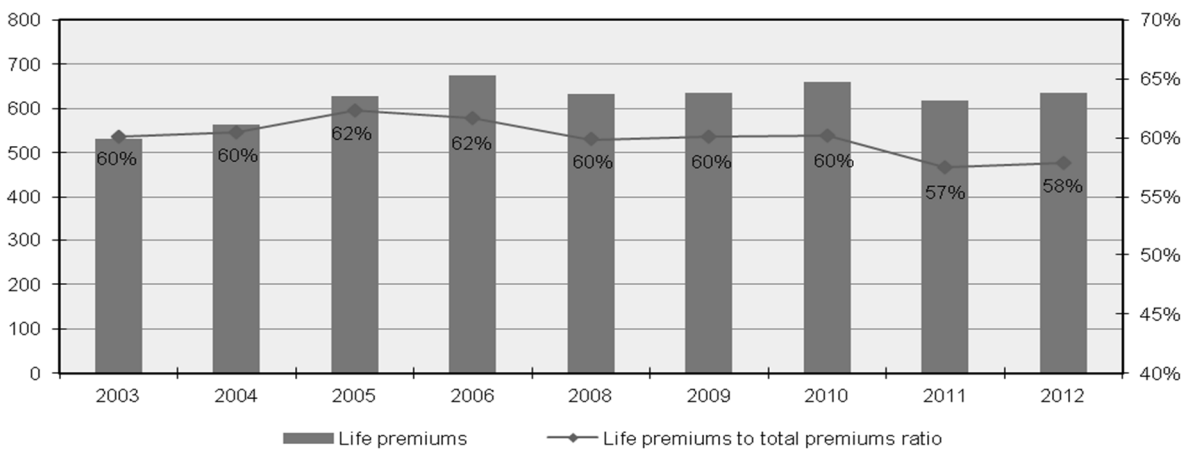
1. შემოსავლის დაცვის სქემა

შემოსავლის დაცვის სქემის მიზანია დაზღვეულის უზრუნველყოფა რეგულარული შემოსავლებით როგორც ავადმყოფობით, ასევე რაიმე ტრამვით გამოწვეული დროებითი შრომისუნარობის დროს. ასევე იგი იცავს დაზღვეულის ბიზნესს წყევანი თანამშრომლის/ების ავადმყოფობის ან ტრამვის შედეგად გამოწვეული დროებითი შრომისუნარობის, უარყოფითი ფინანსური ეფექტისაგან. აღნიშნული დაზღვევით სარგებლობა შეუძლიათ პირებს 16-დან 59 წლამდე. სადაზღვევო პერიოდის ამოწურვისას დაზღვეულის ასაკი არ უნდა აღემატებოდეს 65 წელს (Key features of the Income Protection Plan, Zurich Insurance Group).

საქართველოში სიცოცხლის დაზღვევის ეს სქემა არ გვხვდება (სიცოცხლის უვადო დაზღვევის მსგავსად).

დიაგრამა №1.

სიცოცხლის დაზღვევის პრემიები ევროპაში და მათი პროცენტული დამოკიდებულება მთლიან მოზიდულ პრემიასთან. €მილიარდები. 2003-2013

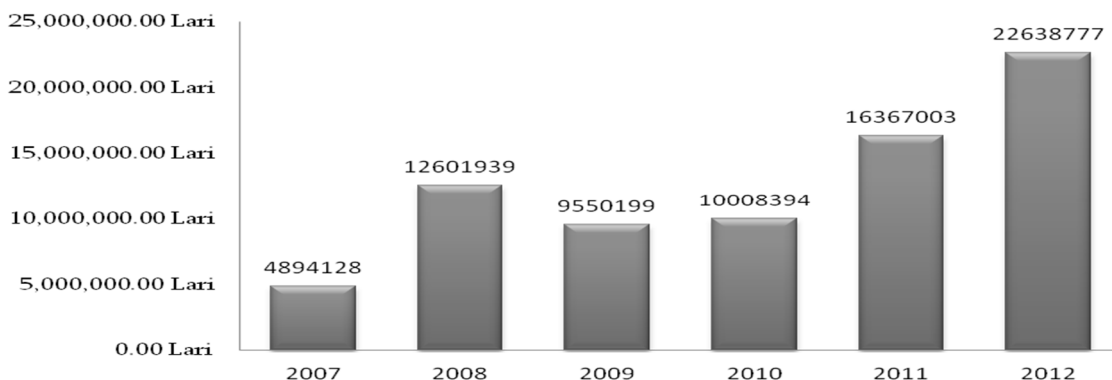


წყარო: The European Life Insurance Market in 2012, Statistics №49, March 2014

ქართულ სადაზღვევო ბაზარზე სიცოცხლის დაზღვევის პოლისებიდან მიღებული პრემიისა და სიცოცხლის დაზღვევის პროცენტულ მაჩვენებელი ბაზრის მთლიან სადაზღვევო პრემიასთან მიმართებაში შემდეგნაირად გამოიყურება:

დიაგრამა №2.

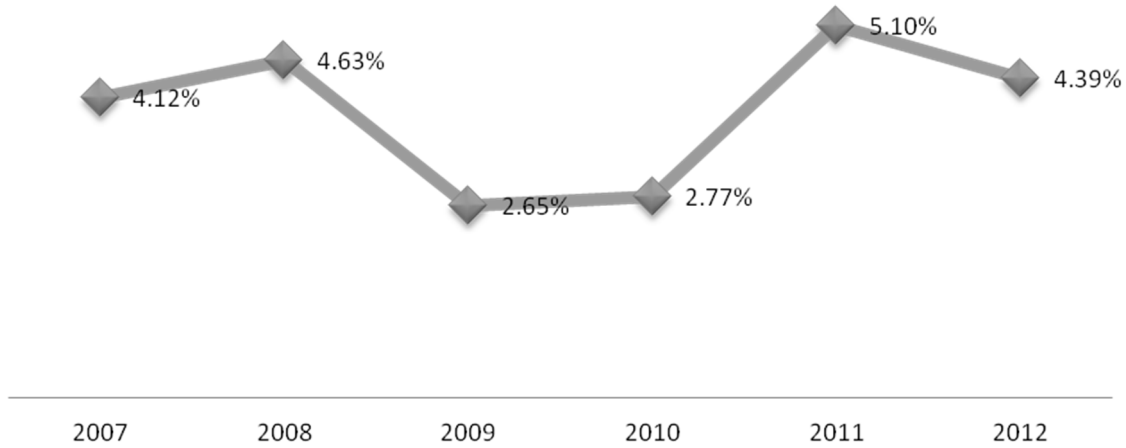
სიცოცხლის დაზღვევით მოზიდული პრემია საქართველოში 2007-2012 წწ



წყარო: <http://insurance.gov.ge/Page3.htm>

დიაგრამა №3.

სიცოცხლის დაზღვევის პროცენტული მაჩვენებელი მთლიან მოზიდულ პრემიასთან მიმართებაში (2007- 2012)

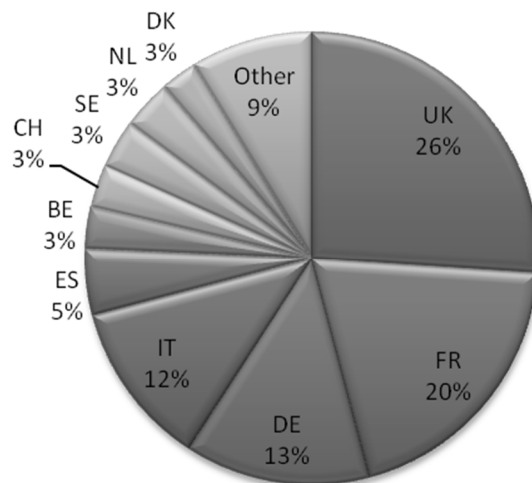


წყარო: <http://insurance.gov.ge/Page3.htm>

2012 წლის მონაცემებით 33%-იანი წილით მსოფლიო სადაზღვევო ბაზარზე ევროკავშირის სადაზღვევო ინდუსტრია უდიდესია მსოფლიოში, მას მოსდევს ჩრდილოეთ ამერიკა (30%) და აზია (29%). 2012 წელს ჯამურმა ევროპულმა პრემიებმა შეადგინა 1 093 მილიარდი ევრო, საიდანაც სიცოცხლის დაზღვევაზე მოდიოდა 643 მილიარდი (59%). ეს მაშინ, როცა საქართველოში 2012 წელს სიცოცხლის დაზღვევის წილი მთლიან მოზიდულ პრემიაში იყო 4.39% .

დიაგრამა №4.

ევროპული ქვეყნების ტოპ ათეული მოზიდული პრემიის მიხედვით. 2012

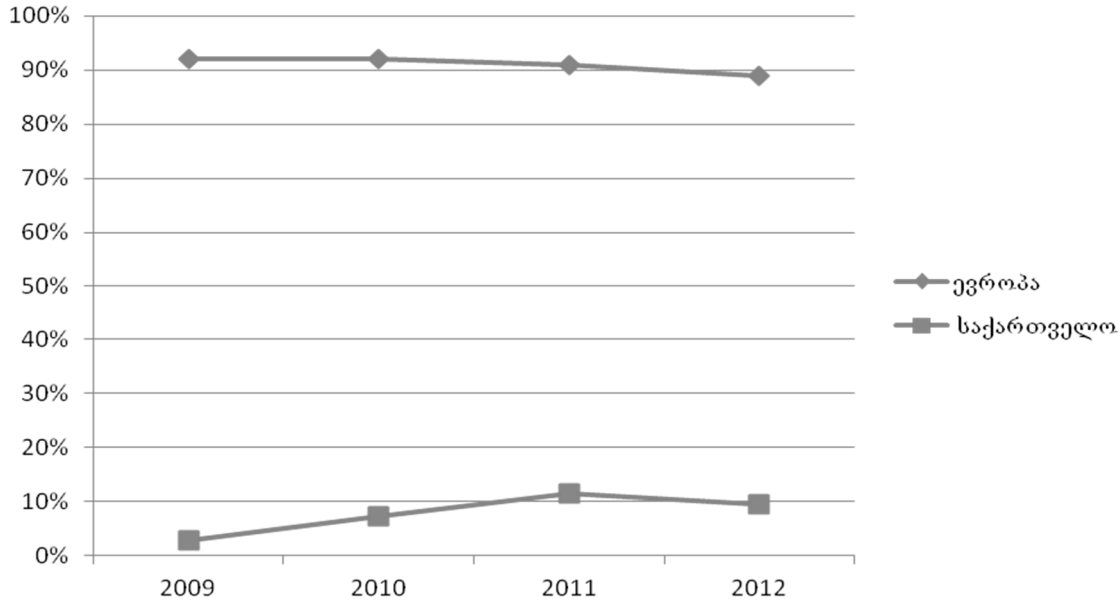


წყარო: The European Life Insurance Market in 2012, Statistics №49, March 2014

როგორც ვხედავთ პირველი ადგილი უჭირავს დიდ ბრიტანეთს 26%-იანი წილით (181 540 მლნ. ევრო) მთლიან მოზიდულ პრემიაში, შემდეგ მოდის საფრანგეთი 20% (113,251 მლნ) გერმანია და იტალია 13% (84 081 მლნ) და 12% (69 715 მლნ) შესაბამისად.

შედარებისთვის, სიცოცხლის დაზღვევის პოლისების მთლიან მოსახლეობასთან დამოკიდებულების კოეფიციენტი 2009-2012 წლებში საქართველოში საშუალოდ იყო 7.8%, მაშინ როცა ევროპაში ანალოგიური მაჩვენებელი შეადგენდა 91%-ს.

დიაგრამა №5 სიცოცხლის დაზღვევის პოლისების რაოდენობის მთლიან მოსახლეობასთან დამოკიდებულების კოეფიციენტი (2009-2012)



წყარო: The European Life Insurance Market in 2012, Statistics №49, March 2014

დასკვნა

კვლევის შედეგად განისაზღვრა ძირითადი განსხვავებები სიცოცხლის დაზღვევის ქართულ და ევროპულ სქემებს შორის:

1. სიცოცხლის უვადო დაზღვევისა და შემოსავლის დაცვის სქემის არარსებობა საქართველოში. საქართველოში არ გვხვდება შემოსავლის დაცვის სქემა, რომლის მიზანია დაზღვეულის დროებითი შრომისუნარობის დროს რეგულარული შემოსავლებით უზრუნველყოფა. სიცოცხლის უვადო დაზღვევაც არაა გავრცელებული საქართველოში - სიცოცხლის დაზღვევის სახე რომელიც არ ზღუდავს დაზღვეულს სადაზღვევო ხელშეკრულების მოქმედების პერიოდით და პარალელურად, ბევრ დამატებით ბენეფიტს სთავაზობს (მაგალითად ინდექსაცია).

2. ევროპულ ანალოგთან შედარებით სიცოცხლის ვადიანი დაზღვევის მნიშვნელოვანი შეზღუდულობა დამატებითი ბენეფიტების მხრივ. ევროპული სქემისაგან განსხვავებით, დაზღვეულის ასაკი დაზღვევის დასრულების მომენტისთვის არ უნდა აღემატებოდეს 65 წელს („Zurich Insurance Group“-ის შემთხვევაში სიცოცხლის დაზღვევა შესაძლებელია 85 წლამდეც გაგრძელდეს), ამავე დროს, ევროპული ანალოგისაგან განსხვავებით, საქართველოში არ გვხვდება არსებული ხელშეკრულების პირობების უცვლელად დატოვების საფუძველზე მისი განახლების ბენეფიტი.

3. ქართული სიცოცხლის დაზღვევის ბაზრის მცირე მასშტაბები ევროპულ ანალოგთან შედარებით. ქართულ სადაზღვევო ბაზარზე სიცოცხლის დაზღვევის წილი მთლიან სადაზღვევო ინდუსტრიასა და მის მიერ მოზიდული პრემია მნიშვნელოვნად ჩამორჩება ევროპულს.

სიცოცხლის დაზღვევის ქართულ და ევროპულ სქემებს შორის შედარებითი ანალიზით დგინდება, რომ საქართველოში არსებული სიცოცხლის დაზღვევის პროდუქტები ევროპულ ანალოგებთან შედარებით შეზღუდულია ძირითადად დამატებითი ბენეფიტების მხრივ, ხოლო ზოგიერთი მათგანი საერთოდ არ არსებობს. რადიკალურად განსხვავებულია სიცოცხლის დაზღვევის ბაზრის ევროპული და ქართული მასშტაბებიც. 2012 წლის მონაცემებით, ევროპაში სიცოცხლის დაზღვევას უკავია მთლიანი სადაზღვევო ინდუსტრიის 59%, საქართველოში კი - 4.39%. სიცოცხლის დაზღვევის განვითარებისათვის აუცილებელია სადაზღვევო ორგანიზაციების გრძელვადიანი ფინანსური სტაბილურობის უზრუნველყოფა, რაც, თავის მხრივ, მოითხოვს სტაბილურ ეკონომიკურ და პოლიტიკურ გარემოს ქვეყანაში. ასევე მნიშვნელოვანია, დაზღვევის კულტურის არსებობა, რისკ-მენეჯმენტის ამალგების, საზოგადოების მეტი ინფორმირებულობისა და ფინანსური ინსტიტუტების მიმართ ნდობის მოპოვებისათვის მუშაობა.

აბსტრაქტი

შესავალი. ოჯახის მარჩენალის მოულოდნელი სიკვდილით გარდაცვალებისას დიდია იმის ალბათობა, რომ მისი ოჯახის ფინანსური მდგომარეობა მკვეთრად გაუარესდება. ამის გათვალისწინებით, ოჯახის მარჩენალს შეუძლია შეიძინოს სიცოცხლის დაზღვევა, რითაც მისი გარდაცვალების შემთხვევაში ოჯახის, შვილებისა თუ ბიზნესის ფინანსურ სტაბილურობას გარკვეული დროით უზრუნველყოფს. კვლევის მიზანია აჩვენოს არსებული განსხვავება ევროპულ და ქართულ სადაზღვევო ბაზარზე გავრცელებულ სიცოცხლის დაზღვევის პროდუქტებსა და სიცოცხლის დაზღვევის მასშტაბებს შორის. **მეთოდოლოგია.** კვლევის მიზნით გამოყენებულ იქნა შედარებითი ანალიზის მეთოდი, რომელიც დაფუძნებულია საერთაშორისო კვლევითი ორგანიზაციების წლიურ ანგარიშებზე, პუბლიკაციებზე, სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის სტატისტიკურ მონაცემებზე (2007-2012). სიცოცხლის დაზღვევის პროდუქტების შედარებითი ანალიზის მიზნით, გამოყენებულ იქნა მსოფლიოში ერთ-ერთი უმსხვილესი სადაზღვევო კომპანიის „Zurich Insurance Group Ltd.,“- ის ევროპული ბაზრისთვის შეთავაზებული სიცოცხლის დაზღვევის სქემები და ქართული წამყვანი სადაზღვევო კომპანიების (სს „სადაზღვევო კომპანია ალდაგი ბისიაი“ და სს „სადაზღვევო კომპანია ჯიპიაი ჰოლდინგი“) სიცოცხლის დაზღვევის პროდუქტები. **შედეგები.** კვლევის შედეგად განისაზღვრა ძირითადი განსხვავებები სიცოცხლის დაზღვევის ქართულ და ევროპულ სქემებს შორის: 1. სიცოცხლის უვადო დაზღვევისა და შემოსავლის დაცვის სქემის არარსებობა საქართველოში; 2. ევროპულ ანალოგთან შედარებით სიცოცხლის ვადიანი დაზღვევის მნიშვნელოვანი შეზღუდულობა დამატებითი ბენეფიტების მხრივ. 3. ქართული სიცოცხლის დაზღვევის ბაზრის მასშტაბების მნიშვნელოვანი სიმცირე ევროპულ ანალოგთან. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** სიცოცხლის გრძელვადიანი დაზღვევა სერიოზულ მოთხოვნებს უყენებს სადაზღვევო ორგანიზაციის ფინანსურ მდგომარეობას და სტაბილურობას. შესაბამისად, მისი განვითარებისათვის აუცილებელია სტაბილური ეკონომიკური და პოლიტიკური გარემო ქვეყანაში. ასევე მნიშვნელოვანია, დაზღვევის კულტურის; რისკ-მენეჯმენტის ამალგება და მუშაობა საზოგადოების მეტი ინფორმირებულობისა და ნდობის მოპოვებისათვის ფინანსური ინსტიტუტების მიმართ.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: სიცოცხლის დაზღვევა, სადაზღვევო ბაზარი.

Life Insurance in Georgia and Europe (Comparative analysis)

Tamar Tsignadze

Abstract

Background. After the sudden death of a breadwinner, there is a high probability that his family's financial situation will get dramatically worse. With this in mind, a breadwinner can get life insurance so that, in case of his death, financial stability is guaranteed to his family, children and business for some time. The research aims to show the difference between the European and Georgian insurance markets in terms of supplied life insurance products as well as life insurance scales. **Methodology.** For the purpose of research, comparative analysis method was used, which is based on annual reports and publications of international research organizations, statistical data of LEPL Insurance State Supervision Service of Georgia. For the comparative analysis of life insurance products, we used the life insurance schemes offered to the European market by one of the world's largest insurance company „Zurich Insurance Group Ltd.” and the life insurance products of the leading Georgian insurance companies (JSC „Insurance Company Aldagi-BCI“ and JSC „Insurance Company GPI Holding“). **Results. Discussion:** The research has identified the key differences between Georgian and European life insurance schemes: 1. The absence of Permanent life insurance and income protection scheme in Georgia; 2. Compared to European analog, considerable limitedness of Term life insurance in terms of additional benefits. 3. Smallness of Georgian life insurance market in terms of collected insurance premiums. **Conclusion, Recommendations:** Long-term life insurance creates considerable problems for the insurance company's financial condition and stability. Therefore, stable economic and political environment is necessary for its development. Raising insurance culture; risk management and working to have more informed society with trust towards financial institutions are also important.

Keywords: Life insurance, insurance market

ბიბლიოგრაფია

- სადაზღვევო ბაზრის სტატისტიკური მაჩვენებლები 2007-2014. სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური (<http://insurance.gov.ge/Page3.htm>)
- საქართველოს მოსახლეობის რიცხოვნობა 2000-2014. საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური (http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=472&lang=geo)
 - სიცოცხლის ვადიანი დაზღვევის პირობები. სს „სადაზღვევო კომპანია ალდაგი ბისიაი“ (<http://www.aldagibci.ge/index.php?m=55>)
 - სიცოცხლის დაზღვევის პირობები თიბისი ბანკის საცალო საკრედიტო პროდუქტების კლიენტი ფიზიკური პირებისთვის. სს „სადაზღვევო კომპანია ჯიპიაი ჰოლდინგი“ (<https://www.gpih.ge/TBC.pdf>)
 - სიცოცხლის დაზღვევა, ზოგადი მიმოხილვა. სს „სადაზღვევო კომპანია ჯიპიაი ჰოლდინგი“ (https://www.gpih.ge/gpih/other_insurance/Life/overview.php)
 - *The European Life Insurance Market in 2012*. statistics №49, March 2014 (<http://www.insuranceeurope.eu/facts-figures/statistical-publications/life>)
 - *InsuranceEurope. Annualreport2012-2013* (<http://www.insuranceeurope.eu/publications/annual-reports>)
 - J.A.J Aaronson (31 October 2010) *Level Protection Plan*. Journal : *The Will Expert* (<http://www.thewillexpert.co.uk/levelprotectionplan.html>)
 - *Personal Life Insurance Plans*. „Zurich Insurance Group Ltd.“ (<http://www.zurich.co.uk/life/lifeinsurance/#ref2>)

პლასტიკური ბარათების დაზღვევა საქართველოში

მარიამი ბაწაშვილი, მარიამ მჭედლიშვილი¹

შესავალი

პლასტიკური ბარათების მოხმარება. საქართველოს ეროვნული ბანკის უახლესი მონაცემებით 2015 წლის III კვარტლის მდგომარეობით, კომერციული ბანკების მიერ 2012-2015 წლებში გამოშვებული საგადახდო ბარათების რაოდენობამ დაახლოებით 8 მილიონი შეადგინა; საქართველოში 10 სულ მოსახლეზე გამოშვებულია 21 ბარათი².

2015 წლის პირველი ცხრა თვის მონაცემების გასული წლის შესაბამის მონაცემებთან შედარებით, ქვეყნის შიგნით საგადახდო ბარათებით შესრულებული ოპერაციები გაიზარდა 18%-ით რაოდენობრივად და 15%-ით თანხობრივად. სავაჭრო/მომსახურების ობიექტების პოსტერმინალებში შესრულებული გადახდის ოპერაციები გაიზარდა 33%-ით რაოდენობრივად და 24%-ით თანხობრივად. ნაღდი ფულის გატანის ოპერაციები გაიზარდა რაოდენობრივად 6%-ით, ხოლო თანხობრივად 14%-ით³.

2015 წლის III კვარტალში საქართველოში გამოშვებული ბარათებით ქვეყნის შიგნით სავაჭრო/მომსახურების ობიექტებში არსებული პოსტერმინალებით (ვირტუალური ტერმინალების ჩათვლით) განხორციელდა დაახლოებით 13 მლნ ოპერაცია თანხით 394 მლნ ლარით⁴.

მოცემული სტატისტიკიდან ნათლად ჩანს თუ რამდენად დიდია ჩვენი ქვეყნის მოსახლეობის მიერ პლასტიკური ბარათების მოხმარება, განხორციელებული ოპერაციების გამოხატულება თანხობრივად, ასევე, ინტერნეტ გადარიცხვები. აღნიშნულის შედეგად, საქართველოში არსებულმა ბანკებმა დაიწყეს საბანკო პლასტიკური ბარათების სადაზღვევო პროდუქტის შეთავაზება მომხმარებლისთვის.

თაღლითური გზით პლასტიკური ბარათების გამოყენება. საბანკო სისტემაში ახალი ტექნოლოგიების დანერგვას დადებით როლთან ერთად გააჩნია უარყოფითი მხარეც. კერძოდ, გახშირდა თაღლითური გზით პლასტიკური ბარათების გამოყენება, ანგარიშიდან თანხის მოხსნა. ფიქსირდება უამრავი შემთხვევა, როცა თაღლითური გზით ხდება ანგარიშიდან პინის გარეშე თანხის მოხსნა. რაც მეტად ვითარდება ტექნოლოგიები, მით ნაკლებ დაცულია მომხმარებლის საბანკო ანგარიშები. თაღლითური შემთხვევები განსაკუთრებით მოიმატა, როდესაც შესაძლებელი გახდა გადახდების განხორციელება პინის შეყვანის გარეშე. მაგალითად, თი ბი სი ბანკის ტელეფონის სტიკერს პინი არ ჭირდება და შესაბამისად, გამარტივებულია თაღლითებისთვის ანგარიშიდან თანხის

¹ ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბიზნესის ფაკულტეტის სამაგისტრო პროგრამის ბიზნესის ადმინისტრირება (საბანკო და საფინანსო საქმე) მაგისტრანტები.

² საგადახდო ბარათების სტატისტიკა. საგადახდო სისტემების დეპარტამენტი. საქართველოს ეროვნული ბანკი. თბილისი 2015 წ.

https://www.nbg.gov.ge/uploads/sagadaxdo/statistics/2015/payment_cards_statistics_iii_q_2015_geo_031215.pdf

³ საგადახდო ბარათების სტატისტიკა. საგადახდო სისტემების დეპარტამენტი. საქართველოს ეროვნული ბანკი. თბილისი 2015 წ.

https://www.nbg.gov.ge/uploads/sagadaxdo/statistics/2015/payment_cards_statistics_iii_q_2015_geo_031215.pdf

⁴ საგადახდო ბარათების სტატისტიკა. საგადახდო სისტემების დეპარტამენტი. საქართველოს ეროვნული ბანკი. თბილისი 2015 წ.

https://www.nbg.gov.ge/uploads/sagadaxdo/statistics/2015/payment_cards_statistics_iii_q_2015_geo_031215.pdf

მოხსნა. ტელეფონის დაკარგვაც კი რისკთანაა დაკავშირებული, რადგან იგი ავტომატურად ნიშნავს ბარათზე არსებული თანხის დაკარგვას.

ყველაზე საინტერესო იყო მასშტაბური ფაქტების გამოვლენა, რამაც კიდევ ერთხელ დაგვარწმუნა, რომ დღეს ძალიან მარტივია გახდეს თაღლითობის მსხვერპლი. ერთ-ერთი ასეთ შემთხვევა იყო, როცა ბარის თანამშრომლებმა 300-მდე მომხმარებლის პლასტიკური ბარათის დაცული ინფორმაციის გაგება მოახერხეს და შემდეგ უკვე გახარჯეს თანხები.¹

ისეთი ცნობილი უცხოური ონლაინ მაღაზიებიც კი, როგორებიცაა: amazon.com და ebay.com გახდნენ ჰაკერების მსხვერპლი. შედეგად, მომხმარებლების ფინანსური ინფორმაცია დადგა საფრთხის ქვეშ. eBay-ის წარმომადგენლებმა განაცხადეს, რომ მათ ინტერნეტ-აუქციონზე განხორციელდა უძლიერესი კიბერ-შეტევა, რის შედეგადაც კომპრომეტირებულია 145-ივე მილიონი მომხმარებლის მონაცემები. ჰაკერებისათვის ხელმისაწვდომი გახდა მომხმარებელთა პირადი ინფორმაცია: პაროლები, ელექტრონული და ფიზიკური მისამართები, ტელეფონის ნომრები და დაბადების თარიღი. ამ შემთხვევის შედეგად დაზარალდა უამრავი მომხმარებელი. eBay-მ კიბერშეტევაზე მხოლოდ მას შემდეგ განაცხადა, რაც ცნობილი გახდა მომხმარებელთა პირადი მონაცემების ქურდობის შესახებ. eBay თავის მომხმარებლებს პაროლების დაუყოვნებლივ შეცვლას სთხოვდა.

პლასტიკური ბარათის დაზღვევა. პლასტიკური ბარათის უსაფრთხოების დაცვის მიზნით, ბანკებმა გადაწყვიტეს მომხმარებლებისთვის პლასტიკური ბარათის სადაზღვევო პროდუქტის შეთავაზება. იგი მომხმარებელს იცავს პლასტიკური ბარათის მესამე პირის მიერ არალეგალური გამოყენებისგან ბანკომატის, პოსტტერმინალისა და ინტერნეტის მეშვეობით, როგორც საქართველოში, ისე საზღვარგარეთ.

აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ საქართველოს სადაზღვევო ბაზარზე ფინანსური რისკების დაზღვევა ნაკლებადაა განვითარებული. ბანკები იყენებენ შიდა რისკ-მენეჯმენტს, რომელსაც არეგულირებს ეროვნული ბანკი. შეიძლება ითქვას, რომ ფინანსური რისკების დაზღვევაში ბანკები გვევლინებიან სადაზღვევო კომპანიების კონკურენტებად.

საქართველოში ბანკები მომხმარებლებს პლასტიკური ბარათის დაზღვევის თითქმის მსგავს პირობებს სთავაზობენ. მაგალითისათვის, განვიხილოთ ერთ-ერთი წამყვანი ბანკის, *საქართველოს ბანკის* მიერ მომხმარებლებისათვის შეთავაზებული პლასტიკური ბარათის დაზღვევის პაკეტი.² საქართველოს ბანკი მომხმარებლებს სთავაზობს პლასტიკური ბარათის დაზღვევის შემდეგ პროდუქტებს: სტანდარტი, სტანდარტ +, პრემიუმში.

სადაზღვევო პროდუქტი **სტანდარტი** მოიცავს ჩიპიან ბარათზე პინის გარეშე შესრულებული არალეგალური ოპერაცია – 2 000 ლარი; ინტერნეტით შესრულებული არალეგალური ოპერაცია – 400 ლარი; უჩიპო ბარათებზე პოსტტერმინალით შესრულებული არალეგალური ოპერაცია – 800 ლარი; მომსახურების საკომისიო – 4 ლარი (წელიწადში). პაკეტით ხდება მაქსიმუმ 5 არალეგალურ ოპერაციის ანაზღაურება.

სადაზღვევო პროდუქტი **სტანდარტ +** მოიცავს: ჩიპიან ბარათებზე პინის გარეშე შესრულებული არალეგალური ოპერაცია – 5 000 ლარი; ინტერნეტით შესრულებული არალეგალური ოპერაცია – 800 ლარი; უჩიპო ბარათებზე პოსტტერმინალით შესრულებული არალეგალური ოპერაცია – 1 500 ლარი; მომსახურების საკომისიო – 10 ლარი (წელიწადში). პაკეტით ხდება მაქსიმუმ 5 არალეგალურ ოპერაციის ანაზღაურება.

¹ მუშკუდიანი გიორგი. ძარცვა პლასტიკური ბარათებით. 1 ივლისი, 2014 წ. <http://www.bpn.ge/finansebi/5063-dzarcva-plastikuri-barathebith.html?lang=ka-GE>

² საქართველოს ბანკის ვებ გვერდი <http://bankofgeorgia.ge>

სადაზღვევო პროდუქტი პრემიუმი მოიცავს: ჩიპიან ბარათებზე პინის გარეშე შესრულებული არალეგალური ოპერაცია – 10 000 აშშ დოლარი; ინტერნეტით შესრულებული არალეგალური ოპერაცია – 2000 აშშ დოლარი; მომსახურების საკომისიო – 50 ლარი (წელიწადში). პაკეტით ხდება მაქსიმუმ 5 არალეგალურ ოპერაციის ანაზღაურება.

კვლევის მიზანია გავარკვიოთ, თუ რამდენად მოთხოვნადია პლასტიკური ბარათების დაზღვევის პროდუქტი, საერთოდ სმენიათ თუ არა ამ პროდუქტის შესახებ, ბანკის მომხმარებელთა რომელი სეგმენტი ირჩევს პლასტიკური ბარათის დაზღვევას, რატომ ირჩევენ, რომელი ბანკის მიერ შემოთავაზებული პირობებია მათთვის ყველაზე მისაღები.

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია საქართველოში პლასტიკური ბარათების დაზღვევის საკითხებზე არსებული ლიტერატურა, მათ შორის სამეცნიერო ნაშრომები, კვლევები, მონოგრაფიები, სახელმძღვანელოები, პუბლიკაციები, გამოცემები, ჟანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის კვლევები და ანგარიშები, ასევე ინტერნეტით მოძიებული მონაცემები.

კვლევისთვის გამოყენებულ იქნა რაოდენობრივი და თვისებრივი მეთოდები. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში გამოკითხვისათვის შეირჩა დასაქმებული ადამიანები, რადგან სწორედ ეს სეგმენტი აქტიურად იყენებს საბანკო მომსახურებებს. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ექსპერტების გამოკითხვა.

შედეგები, დისკუსია

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა საქართველოს ბანკის თანამშრომლების სიღრმისეული გამოკითხვა. იგი მოიცავდა, სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას თუ რამდენად ასრულებს ბანკი შეთავაზებულ პირობებს, როგორ ხდება სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემა, რა პროცედურები აქვს ბანკს სადაზღვევო შემთხვევის შესწავლისას, რამდენად სწრაფად და სრულყოფილად ხდება დაკარგული თანხების ანაზღაურება?

ინტერვიურებისას ექსპერტებმა მოიყვანეს სადაზღვევო თაღლითობის მაგალითები, როდესაც თაღლითებმა ბანკომატებზე დაამონტაჟეს სპეციალური წამკითხველი მოწყობილობა, რის შედეგადაც დაზარალდა უამრავი მომხმარებელი. სანამ თავად მომხმარებელი შეიტყობდა მათი ანგარიშებიდან თანხის გატანაზე, ბანკმა თავად დაბლოკა ბარათები და აანაზღაურა ზარალი.

ექსპერტების მტკიცებით, ასანაზღაურებელი თანხის დადგენა არ წარმოადგენს სირთულეს, რადგან იგი თავად პაკეტის პირობებიდან გამომდინარეობს. მაგალითად: საქართველოს ბანკის სტანდარტული 4 ლარიანი პაკეტი არის ერთ წლიანი და ანაზღაურებს მაქსიმუმ 2000 ლარიან თანხის ზარალს. სადაზღვევო შემთხვევის დადგომისას პირველი ეტაპი არის ბარათის დაბლოკვა და ანგარიშის გაუქმება, შემდგომ საქმე გამოძიებისათვის უსაფრთხოების სამსახურს გადაეცემა, ხოლო გართულების შემთხვევაში კი - პოლიციას.

ექსპერტთა აზრით, საგამოძიებო პროცედურები იმდენად რთული და გაწეილია, რომ საბოლოოდ იშვიათ შემთხვევებში დასტურდება თაღლითობა. ერთხელ მომხმარებელი ასეთი შემთხვევის შემდეგ კი კლიენტთა უმრავლესობა უარს აცხადებს ამ მომსახურებაზე, განსაკუთრებით ის პიროვნებები რომელთა დანაკარგი მცირე თანხას შეადგენდა.

ექსპერტთა მიხედვით, ამ მომსახურეობით ძირითადად სარგებლობენ ახლაგაზრდა დასაქმებული ადამიანები, ასევე საშუალო ასაკის დასაქმებულები, და იშვიათ შემთხვევებში ასაკოვანი ადამიანები. ბანკის თანამშრომლებს საკმაოდ ბევრი შრომა უწევთ მომხმარებელთა დასარწმუნებლად.

არასამთავრობო ორგანიზაციის „ბანკები და ფინანსები“ წარმომადგენლის აზრით, პლასტიკური ბარათებთან დაკავშირებულ პრობლემასთან ბრძოლა უნდა ხდებოდეს კომპლექსურად. პროცესში ჩართული უნდა იყვნენ როგორც ბანკები, ასევე სახელმწიფო და მომხმარებლები. ბანკები უნდა იყვნენ უზრუნველყოფილინი მყარი დაცვის სისტემით. სახელმწიფო უნდა ახდენდეს მომხმარებელთა ფაქტების სწრაფ გამოძიებას. თავის მხრივ, მომხმარებელიც უნდა იცავდეს პლასტიკური ბარათების მოხმარების ელემენტარულ წესებს და არ უნდა აცნობდეს სხვას ისეთ პირად ინფორმაციას როგორც არის მაგალითად PIN code. ასევე სიფრთხილეს უნდა იჩენდეს online shopping-ის დროს.

ექსპერტთა აზრით, sms ბანკის ჩართვა საგრძნობლად ამცირებს თაღლითურად თანხების მითვისების რისკებს და იძლევა საშუალებას უფრო სწრაფად გამოვლინდეს ასეთ შემთხვევები.

კვლევისას გაირკვა, რომ თითქმის ყველა ბანკი მომხმარებელს სთავაზობს საბარათე დაზღვევას. აღნიშნული პროდუქტი საკმაოდ კარგად გაყიდვადია. რესპოდენტთა უმრავლესობას დაზღვეული აქვს პლასტიკური ბარათი. თუმცა, მათგან დიდ ნაწილს გაუაზრებლად აქვს მიღებული ეს მომსახურება. ბანკის თანამშრომლები ზოგჯერ მომხმარებლის დაუკითხავად ააქტიურებენ ამ სადაზღვევო პროდუქტს, რადგან დავალებული აქვთ შეასრულონ ბანკის მენეჯმენტის მიერ დაწესებული გეგმა. ის ადამიანები კი, რომლებმაც დაზღვევა გააქტიურებული აქვთ პირადი გადაწყვეტილებით საჭიროდ არ თვლიან დამატებითი ინფორმაციები მიიღონ დაზღვევის პირობების შესახებ (მაგ. რა შემთხვევაში აუნაზღაურდებათ ბარათზე არსებული თანხა, რა პროცედურებია) და თავად ბანკის თანამშრომლებიც არ ცდილობენ მომხმარებელს მიაწოდონ პლასტიკური ბარათების დაზღვევაზე სრულყოფილი ინფორმაცია.

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა მომხმარებლების გამოკითხვა. გამოკითხულ რესპოდენტთა 93% წარმომადგენენ 18-41 წლის ასაკობრივ ჯგუფს. გამოკითხულთა 88.1%-ს სმენია პლასტიკური ბარათების დაზღვევის შესახებ, მაგრამ დაზღვეული აქვს მხოლოდ 44.2 %-ს. აღნიშნული მიგვითითებს, რომ რაც იმას მიაჩნია რომ დაზღვევის საკითხს არც თუ ისე მნიშვნელოვნად ეკიდებიან და არ თვლიან რომ საჭიროა.

საკმაოდ სიანტერესოა ის ფაქტი, რესპოდენტების 52 %-ის პლასტიკური ბარათის დაზღვევა მოხდა თანამშრომლების მხრიდან, მომხმარებლის სურვილის გარეშე. უმრავლეს შემთხვევაში უშუალოდ მომხმარებელს არ ჰქონდა ინფორმაცია, რომ დააზღვიეს მისი ბარათი და ამის შესაბამის გადასახადს იხდიდა. ცხადია, აღნიშნულს მოყვა მომხმარებელთა უკმაყოფილება.

რესპოდენტთა უმრავლესობა უფრო მეტად იცნობს საქართველოს ბანკის და თი ბი სი-ს მიერ შეთავაზებულ პირობებს. მათი აზრით, პლასტიკური ბარათის დაზღვევა მათ იცავს თაღლითობისაგან, როგორც ტერმინალით გადახდისას, ასევე ინტერნეტვაჭრობისას.

გასათვალისწინებელია ის ფაქტი, რესპოდენტთაგან მხოლოდ 57 % თვლის, რომ პლასტიკური ბარათის დაზღვევა უფრო დაცულს ხდის ბარათს. აღნიშნული ცალკე კვლევას მოითხოვს.

დასკვნა, რეკომენდაციები

საქართველოში პლასტიკური ბარათების დაზღვევის კულტურა ჯერჯერობით ნაკლებადაა განვითარებული მომხმარებლებში. ძირითადად გაყიდვადია მხოლოდ იმიტომ, რომ წლიური სადაზღვევო შენატანი საკმაოდ დაბალია, ყველასთვის ხელმისაწვდომი და მომხმარებელი, იმის მიუხედავად რომ თავს დაცულად არ გრძნობს, მაინც აზღვევს.

ქვეყანაში პლასტიკური ბარათების დაზღვევის განვითარებისათვის მიზანშეწონილია მოსახლეობის ფართო ფენების ინფორმირებულობის ამაღლება აღნიშნული სადაზღვევო პროდუქტის შესახებ.

აბსტრაქტი

შესავალი: საქართველოში პლასტიკური ბარათების მოხმარება წლიდან წლამდე იზრდება. ამას ადასტურებენ ბოლო წლებში განხორციელებული საბანკო ოპერაციები, ინტერნეტ გადარიცხვები. შედეგად საქართველოს ბანკებმა დაიწყეს მომხმარებლისთვის საბანკო პლასტიკური ბარათების სადაზღვევო პროდუქტის შეთავაზება. კვლევის მიზანია პლასტიკური ბარათების დაზღვევის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის, მისი მოთხოვნადობის, აღნიშნული სადაზღვევო პროდუქტით კმაყოფილების შესწავლა.

მეთოდოლოგია: რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა რესპოდენტთა, ხოლო თვისებრივი კვლევის ფარგლებში - ექსპერტთა გამოკითხვა. **შედეგები:** კვლევისას გაირკვა, რომ თითქმის ყველა ბანკი მომხმარებელს სთავაზობს საბარათე დაზღვევას. რესპოდენტთა უმრავლესობას გაუაზრებლად აქვს მიღებული ეს მომსახურება. ბანკის თანამშრომლები ზოგჯერ მომხმარებლის დაუკითხავად ააქტიურებენ სადაზღვევო პროდუქტს.

დაზრვეულები ნაკლებად ინტერესდებიან დაზღვევის პირობებით. **დასკვნა, რეკომენდაციები:** საქართველოში პლასტიკური ბარათების დაზღვევის კულტურა ჯერჯერობით ნაკლებადაა განვითარებული. ძირითადად გაყიდვადია მხოლოდ იმიტომ, რომ წლიური სადაზღვევო შენატანი საკმაოდ დაბალია, ყველასთვის ხელმისაწვდომი და მომხმარებელი, იმის მიუხედავად რომ თავს დაცულად არ გრძნობს, მაინც აზღვევს. ქვეყანაში პლასტიკური ბარათების დაზღვევის განვითარებისათვის მიზანშეწონილია მოსახლეობის ფართო ფენების ინფორმირებულობის ამაღლება აღნიშნული სადაზღვევო პროდუქტის შესახებ.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: პლასტიკური ბარათების დაზღვევა.

Abstract

Insurance plastic cards in Georgia

Batsashvili Mary, Mariam Mchedlishvili –Students of Business Faculty at Ilia State University

Introduction: Use of plastic cards in Georgia is increasing year by year. It is revealed by the amount of banking operations, internet money transfers. In consequence, Georgian banks have begun to offer to their users plastic card insurance product. The goal of this research was to show how the users are informed about the product, what the demand of the product is, and how satisfied users are. **Methodology:** Surveys were conducted as a part of a quantitative research, and experts were questioned as a part of a qualitative research. **Results:** As a result, it turned out that almost every bank offers plastic card insurance to its users. The majority of the respondents have received this service without awareness of its function. Sometimes bank employers activate the insurance product without any consent. Insured persons show not much interest in policy terms. **Conclusion and recommendations:** Plastic card insurance has not developed yet in Georgia. The product is purchased because an annual premium is low, accessible to everyone and the user despite that he does not feel protected, makes the insurance deal. In order to develop plastic card insurance it is advisable to inform the broader masses about the insurance product.

ბიბლიოგრაფია

- საგადახდო ბარათების სტატისტიკა. საგადახდო სისტემების დეპარტამენტი. საქართველოს ეროვნული ბანკი. თბილისი 2015 წ.
https://www.nbg.gov.ge/uploads/sagadaxdo/statistics/2015/payment_cards_statistics_iii_q_2015_geo_031215.pdf
- მუშკუდიანი გიორგი. ძარცვა პლასტიკური ბარათებით. 1 ივლისი, 2014 წ.
<http://www.bpn.ge/finansebi/5063-dzarcva-plastikuri-barathebith.html?lang=ka-GE>
- საქართველოს ბანკის ვებ გვერდი <http://bankofgeorgia.ge>

საკრედიტო ვალდებულებათა დაზღვევა საქართველოში

თეონა ელიაშვილი¹ თენგიზ ვერულავა²

შესავალი

ეროვნული ეკონომიკის განვითარების ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი ფაქტორია საქონლისა და მომსახურების ყიდვა-გაყიდვის პირობები. კომპანიას მომხმარებლებისთვის საქონლის კრედიტით ან განვადებით მიწოდების შესაძლებლობა ანიჭებს დიდ კონკურენტულ უპირატესობას ბაზრის სხვა მონაწილეებთან შედარებით. მართალია, კრედიტით გაყიდვები უზრუნველყოფს მნიშვნელოვან სარგებელს კომპანიისთვის, კომერციულ და ექსპორტულ კრედიტებს თან ახლავს არგადახდის რისკი, რაც შეიძლება გამოწვეულ იქნას, ერთი მხრივ კონტრაგენტის გადახდისუუნარობით ან გაკოტრებით, მეორე მხრივ, პოლიტიკური მიზეზების გამო, საექსპორტო დაკრედიტების შემთხვევაში.

კრედიტების დაზღვევაში, კატასტროფული ხარჯების თავიდან ასაცილებლად, გამოიყენება აგრეთვე ცალკე კატეგორიები: დამზღვევის საკუთარი მონაწილეობა — თანაგადახდა, საკრედიტო ლიმიტი, მოცდის პერიოდი და ა. შ., რის საფუძველზეც იქმნება დაზღვევის სხვადასხვა სახეობები და ტექნიკა, ანდერაითინგი და სატარიფო სისტემა.

კრედიტების დაზღვევა გერმანიაში ინგლისიდან შემოვიდა XIX საუკუნის ბოლოს და ფართო გავრცელება ჰპოვა პირველი მსოფლიო ომის შემდეგ. დაზღვევის სხვა სახეობებთან შეუთავსებლობის გამო, 1990 წლამდე კრედიტების დაზღვევა ცალკე ხორციელდებოდა სპეციალიზებული სადაზღვევო კომპანიების მიერ. კრედიტების დაზღვევის მიზანია კრედიტორის დაცვა კონტრაგენტის გადახდისუუნარობისგან.

კრედიტების დაზღვევის სამი ძირითადი კატეგორია არსებობს:

1. დაზღვევა დელკრედერე (Delkredereversicherung) ხელშეკრულებით
2. დაზღვევა თავდებობის ხელშეკრულებით
3. ნდობის ბოროტად გამოყენების დაზღვევა.

ფინანსური რისკები, რომლებიც სხვადასხვა საქონლისა და მომსახურების მიწოდებისას წარმოიშობა, ივარება დელკრედერე დაზღვევით. არსებობს დელკრედერე დაზღვევის ორი სახე - ექსპორტული და კომერციული კრედიტების დაზღვევა.

დელკრედერე დაზღვევის ორივე სახეობა შინაარსით ერთნაირ მომსახურებას გულისხმობს. ექსპორტული კრედიტების დაზღვევისას, ექსპორტიორი აზღვევს იმპორტიორის მიერ, დებიტორული დავალიანების არდაფარვის რისკს. ქვეყნის ფარგლებში მოკლევადიანი საქონლის მყიდველთა დებიტორული დავალიანების არდაფარვის რისკის დაზღვევა ხდება კომერციული კრედიტების დაზღვევის ფარგლებში.

დელკრედერე დაზღვევის პრინციპების მიხედვით, მკვეთრი ზღვარია გავლებული საქონლისა და მომსახურების მიწოდებასთან დაკავშირებულ და საბანკო კრედიტებს შორის, რომელსაც კატეგორიულად გამორიცხავს დიდი ხარჯების გამო.

დელკრედერე დაზღვევის საგანია დამზღვევის დაცვა მყიდველის გადახდისუუნარობით გამოწვეული ზარალისაგან, რომელიც სადაზღვევო ხელშეკრულების მოქმედების პერიოდში წარმოიშობა.

კომერციული დელკრედერე დაზღვევის საგანი, როგორც წესი, არ არის კერძო პირთა და თავისუფალი პროფესიის წარმომადგენლების მიერ, ვალის არდაბრუნების დაზღვევა. ისინი, ჩვეულებრივ, მხოლოდ სხვადასხვა ორგანიზაციების მიერ, კრედიტის არდაბრუნების

¹ სოფლის მეურნეობის პროექტების მართვის სააგენტო, აგროდაზღვევის პროგრამის ანგარიშთა მმართველი.

² მედიცინის აკადემიური დოქტორი. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი. აკად. გ. ჩავჭავჭავაძის სახ. გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის ხარისხის მართვის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი.

რისკებს აზღვევენ. ასევე გასათვალისწინებელია, რომ არ ხდება სამათავრობო ორგანიზაციებისადმი — მაგ., რადიოსადგურები, სატრანსპორტო ორგანიზაციები და ა. შ. — გაცემული კრედიტების რისკების დაზღვევა, რადგან არ შეიძლება, რომ ისინი გადახდისუუნარონი აღმოჩნდნენ.

დელკრედერე დაზღვევაშიც არსებობს რისკები გამონაკლისის სახით, რომელთა დაზღვევაც არ ხდება. ასეთ რისკებს მიეკუთვნება:

- სავაჭრო პარტნიორის მიერ, ფულის გადმოურიცხველობა, რომლის მიზეზიც გახდა უცხო სახელმწიფოს მიერ, ეკონომიკური მიზეზებით საზღვარგარეთ ფულის გადარიცხვის ან სხვა ვალუტაში კონვერტაციის შეზღუდვა;

- გადაუხდელობის რისკი, რომელიც წარმოიქმნება სახელმწიფოს მიერ, საზღვარგარეთ განხორციელებული გადახდების აკრძალვის შედეგად;

- ოფიციალურად გამოცხადებული მორატორიუმის გამო, სავაჭრო ოპერაციის შეჩერების რისკი;

- ვალუტის კურსების ცვლილების რისკი და ა. შ.

კერძო სადაზღვევო კომპანია პასუხს არ აგებს, თუ უცხოელი მყიდველის გადახდისუუნარობა გამოწვეულია შემდეგი მიზეზებით:

- ომი, სამხედრო მოქმედებები;

- გაფიცვები, შიდა არეულობები;

- მიწოდებული საქონლის ოფიციალური კონფისკაცია;

- უცხო სახელმწიფოს მიერ, სხვა სახელმწიფოებთან საქონელბრუნვაზე და საზღვარგარეთ ფულის გადარიცხვაზე დაწესებული შეზღუდვები;

- სტიქიური უბედურებები;

- ატომური ენერჯის ზემოქმედება.

დელკრედერე დაზღვევაში არ არსებობს სტანდარტული ტარიფები. ყოველი ხელშეკრულებისათვის ცალკე ხდება სადაზღვევო პრემიის გამოთვლა. ამის გამო, ხელშეკრულების თავისი ვარიანტის წარდგენამდე მზღვეველმა დაახლოებით მაინც უნდა შეაფასოს მის მიერ დასაზღვევი რისკები.

დელკრედერე დაზღვევაში სადაზღვევო პრემიის ოდენობა გამოიანგარიშება ყოველი თვის ბოლოს მყიდველის დაუფარავი დავალიანების ოდენობის მიხედვით. სადაზღვევო ტარიფი შედგება ორი ნაწილისგან: თანხა, რომელიც რისკის დაფარვას სჭირდება და მზღვეველის ხარჯების დასაფარავად საჭირო თანხა.

კრედიტის რისკის დაზღვევის „ინსტიტუტი“ ევროპაში უკვე 150 წელზე მეტია არსებობს და ვითარდება, სადაც კომპანიების სავაჭრო გარიგებების დაახლოებით 80 % კომერციული კრედიტის პირობით ხორციელდება, ხოლო საერთაშორისო სავაჭრო ოპერაციებში საექსპორტო კრედიტის წილი, თითქმის 80 %-ს შეადგენს (Azaruchenkov 2007). საქართველოში კი ეს სადაზღვევო პროდუქტი მხოლოდ 5 წელია არსებობს, თუმცა განვითარების სწრაფი ტემპი ახასიათებს — 2008 წლიდან დღემდე მოზიდული პრემია გაზრდილია 97 %-ით (საქართველოს ეროვნული ბანკი 2013), მაგრამ არ არსებობს წარმოდგენა საქართველოში საკრედიტო ვალდებულებათა დაზღვევის ბაზრის განვითარების ტენდენციების შესახებ.

საქართველოში საკრედიტო რისკების თეორიული და მეთოდოლოგიური ბაზების განვითარების დაბალი დონე ხაზს უსვამს კვლევის აქტუალურობას. საკრედიტო დაზღვევის ბაზრის განვითარებაში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება სახელმწიფოს. მრავალ განვითარებულ ქვეყანაში შექმნილია დაზღვევის სამათავრობო მექანიზმი ადგილობრივი მეწარმეებისთვის, რომლებიც წარმოებული პროდუქციის ექსპორტს ეწევიან, რაც ხელს უწყობს სავაჭრო ზონის გაფართოებას (Azaruchenkov 2007). ეს კი მეტად მნიშვნელოვანი ფაქტორია ქვეყნის ეკონომიკის განვითარებისთვის.

კვლევის მიზანია საქართველოში საკრედიტო დაზღვევის ბაზრის ტენდენციების შესწავლა, განხორციელდება საქართველოში საკრედიტო ვალდებულებათა დაზღვევის

ბაზრის სტატისტიკური მონაცემების შესწავლა, ასევე საქართველოს საგარეო ვაჭრობის სტატისტიკის შესწავლა და მისთვის საკრედიტო ვალდებულებათა დაზღვევის განვითარების საჭიროების გამოვლენა.

მეთოდოლოგია

საქართველოში საკრედიტო ვალდებულებების დაზღვევის ჩამოყალიბებისა და განვითარების ტენდენციების შესწავლისთვის, თავდაპირველად, მოხდა საკვლევი ობიექტის თეორიული ბაზისის შექმნა. ჩატარდა **აღწერიითი კვლევა**, რომლის საფუძველს წარმოადგენდა საკრედიტო დაზღვევის შესახებ ნაშრომები, სახელმძღვანელოები და პუბლიკაციები, აგრეთვე, ინტერნეტ სივრცეში არსებული მასალები.

რაოდენობრივი კვლევის მეთოდი ეფუძნება საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის (საქსტატი) და საქართველოს ეროვნული ბანკის (სებ) მასალებს, რაც, თავის მხრივ, მოიცავს მონაცემებს საქართველოს საგარეო ვაჭრობის (ექსპორტი, იმპორტი, სავაჭრო სალდო) შესახებ, საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის სტატისტიკურ მაჩვენებლებს და საკრედიტო ვალდებულებების დაზღვევის ბაზრის ფინანსურ მონაცემებს. სებ-ის და საქსტატის მონაცემთა ბაზების დამუშავების შემდეგ, შესაძლებელი გახდა საქართველოში საკრედიტო ვალდებულებების დაზღვევის ბაზრის განვითარების ტენდენციების დადგენა, განვითარების სტრუქტურა ბაზრის წილის, მოზიდული პრემიის და გაფორმებული პოლისების რაოდენობის შესახებ. აგრეთვე, ქართული ექსპორტისა და სავაჭრო ბალანსის განვითარების ტენდენციების ილუსტრირება კვლევის პერიოდის განმავლობაში (2008-2012 წ.) და ურთიერთკავშირის დადგენა საკრედიტო ვალდებულებების დაზღვევასთან.

თვისებრივი კვლევის მეთოდის ფარგლებში განზრახული გვექონდა საკრედიტო ვალდებულებების მზღვეველი კომპანიების წარმომადგენლების სიღრმისეული გამოკითხვა აღნიშნული სადაზღვევო პროდუქტის მახასიათებლებებისა და საქართველოში მისი განვითარების თავისებურებების სპეციფიკის გამოვლენის მიზნით. მზღვეველ ორგანიზაციებთან შედგა პირველადი სატელეფონო გასაუბრება კომპანიების ცხელი ხაზის მეშვეობით, თუმცა მათი მხრიდან უარყოფილი იქნა სიღრმისეული ინტერვიუ კონფიდენციალურობის დაცვის მიზნით.

შედეგები

საქართველოს ეროვნული ბანკის მონაცემების მიხედვით, საკრედიტო ვალდებულებათა დაზღვევა საქართველოში 2008 წლიდან იწყება. პირველი სადაზღვევო კომპანია, რომელმაც განახორციელა საკრედიტო ვალდებულებათა დაზღვევა იყო შპს დაზღვევის კომპანია „ქართუ“. 2012 წელს კი უკვე 3 სადაზღვევო კომპანია წარმოადგენს პროდუქტს.

2012 წლის მონაცემებით, საკრედიტო ვალდებულებათა დაზღვევა მე-14 პოზიციაზეა (საქართველოს ეროვნული ბანკი 2013) დაზღვევის 18 სახეობას შორის 0,1 %-იანი წილით (იხ.

);

2008 წელს სადაზღვევო კომპანია „ქართუ“ არის ერთადერთი კომპანია, რომელიც ახორციელებს საკრედიტო ვალდებულებების დაზღვევას პირდაპირი დაზღვევის საქმიანობის მიხედვით.

ცხრილი №1. საკრედიტო ვალდებულებათა დაზღვევის ბაზრის სტრუქტურა 2008-2012 წ. (პირდაპირი დაზღვევის საქმიანობა)

	მოზიდული პრემია (ლარი)	წილი ბაზარზე
2008	12 796	0,00 %
2009	10 391	0,00 %
2010	18 012	0,00 %
2011	908 727	0,28 %
2012	490 656	0,10 %

წყარო: საქართველოს ეროვნული ბანკი. სადაზღვევო ბაზრის სტატისტიკური მაჩვენებლები. ვებ-გვერდი. <http://nbg.gov.ge/index.php?m=489>

2009 წლიდან საკრედიტო ვალდებულებების მზღვეველი ორი კომპანია არის წარმოდგენილი — „ქართუ“ და „იმედი L International“. თუმცა, ამის მიუხედავად, მცირდება მოზიდული და გადაზღვევის პრემიის ჯამური ოდენობა წინა წლის მაჩვენებელთან შედარებით, შესაბამისად, 18 %-ით და 26 %-ით (იხ. ცხრილი №2 და ცხრილი №3).

2010 წლიდან ბაზრის სეგმენტს ეთიშება კომპანია „ქართუ“ და საკრედიტო ვალდებულებების დაზღვევას ისევ მხოლოდ ერთი კომპანია — „იმედი L International“ წარმოადგენს, მაგრამ, ამის მიუხედავად, 42 %-ით იზრდება მოზიდული პრემიის ოდენობა წინა წლის მაჩვენებელთან შედარებით (იხ. ცხრილი №2).

2011 წელსაც მხოლოდ „იმედი L International“ სთავაზობს მომხმარებლებს საკრედიტო ვალდებულებათა დაზღვევას, მაგრამ აღსანიშნავია, რომ მოზიდული პრემია კვლავ იზრდება 98 %-ით 2010 წელთან შედარებით (იხ. ცხრილი №2). ამის შესაბამისად, იმატებს პოლისების რაოდენობაც (იხ. დიაგრამა №1 და

დიაგრამა №2) და 2011 წლიდან საკრედიტო ვალდებულებათა დაზღვევა უკვე იკავებს ბაზარზე ადგილს, რომლის წილიც შეადგენს 0,28 %-ს (იხ.).

2012 წელს, ერთი მხრივ, შეინიშნება ბაზრის წინსვლა და განვითარება, რადგან პროდუქტს უკვე სამი სადაზღვევო კომპანია, „იმედი L International“, „ტაო“ და „არდი ჯგუფი“, წარმოადგენს, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, მოზიდული პრემიის ჯამური ოდენობა 2011 წელთან შედარებით 46 %-ით მცირდება (იხ. ცხრილი №2) და ასევე იკლებს ბაზრის წილიც, წინა წლის მაჩვენებელთან შედარებით, 64 %-ით, რომელიც 0,1 %-ს შეადგენს.

ცხრილი №2. საკრედიტო ვალდებულებათა დაზღვევით მოზიდული პრემია (ლარი)

	2008	2009	2010	2011	2012
ქართუ	12 796	9 438			
იმედი L International		952	18 012	908 727	8 648
ტაო					398 916
არდი ჯგუფი					83 092
სულ	12 796	10 391	18 012	908 727	490 656

წყარო: საქართველოს ეროვნული ბანკი. სადაზღვევო ბაზრის სტატისტიკური მაჩვენებლები. ვებ-გვერდი. <http://nbg.gov.ge/index.php?m=489>

ცხრილი №3. საკრედიტო ვალდებულებათა დაზღვევით გადაზღვევის პრემია (ლარი)

	2008	2009	2010	2011	2012
ქართუ	8 702	6 418			
იმედი L International		0	0	0	0
ტაო					0
არდი ჯგუფი					0
სულ	8 702	6 418	0	0	0

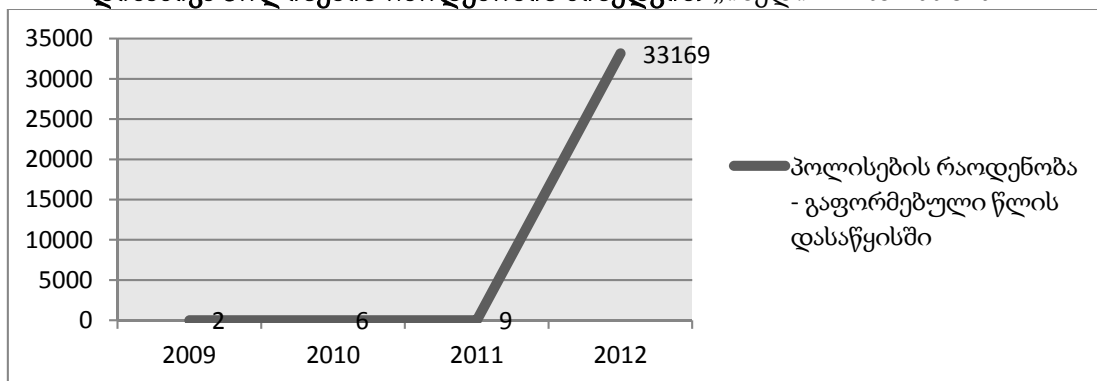
წყარო: საქართველოს ეროვნული ბანკი. სადაზღვევო ბაზრის სტატისტიკური მაჩვენებლები. ვებ-გვერდი. <http://nbg.gov.ge/index.php?m=489>

ცხრილი №4. საკრედიტო ვალდებულებათა დაზღვევით ანაზღაურებული ზარალები (ლარი)

	2008	2009	2010	2011	2012
ქართუ	0	0			
იმედი L International		0	0	0	200 000
ტაო					
არდი ჯგუფი					124 549
სულ					324 549

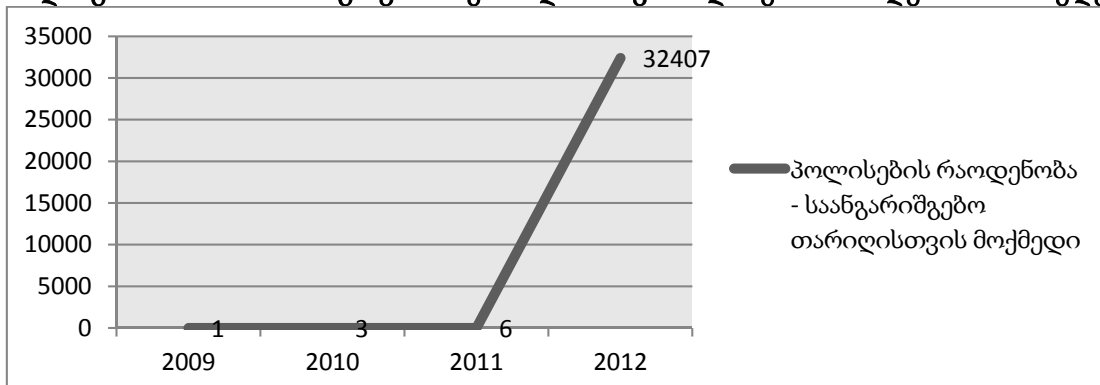
წყარო: საქართველოს ეროვნული ბანკი. სადაზღვევო ბაზრის სტატისტიკური მაჩვენებლები. ვებ-გვერდი. <http://nbg.gov.ge/index.php?m=489>

დიაგრამა №1. საკრედიტო ვალდებულებათა დაზღვევის ბაზრის განვითარების დინამიკა პოლისების რაოდენობის მიხედვით „იმედი L International“



წყარო: საქართველოს ეროვნული ბანკი. სადაზღვევო ბაზრის სტატისტიკური მაჩვენებლები. ვებ-გვერდი. <http://nbg.gov.ge/index.php?m=489>

დიაგრამა №2. ბაზრის განვითარების დინამიკა პოლისების რაოდენობის მიხედვით



ექსპორტ-იმპორტი და ზოგადად, ქვეყანაში განხორციელებული სავაჭრო ოპერაციები ეკონომიკური ზრდის ერთ-ერთი განმსაზღვრელი ფაქტორია. მიმდინარე გლობალური ეკონომიკური ძვრების პირობებში, ქვეყნებს შორის ურთიერთობებში, სავაჭრო გარიგებებს არსებითი მნიშვნელობა ენიჭება, რადგან, სწორედ, ვაჭრობაზეა აგებული წარმატებული ეკონომიკური ურთიერთობები და თითქმის, მთელი სისტემა, რაც მთლიანობაში, ხელს უწყობს მათ განვითარებას და მაქსიმალური სარგებლის მიღებას ყიდვა-გაყიდვის ოპერაციებიდან.

საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახურის მონაცემების მიხედვით, ბოლო 6 წლის განმავლობაში, საგარეო ვაჭრობის არასასურველი სტატისტიკა ისახება ეროვნული ეკონომიკის განვითარების თვალსაზრისით (იხ. ცხრილი №5).

ცხრილი №5. საგარეო სავაჭრო ბრუნვა 2007-2012 წ. (მლნ. აშშ დოლარი)

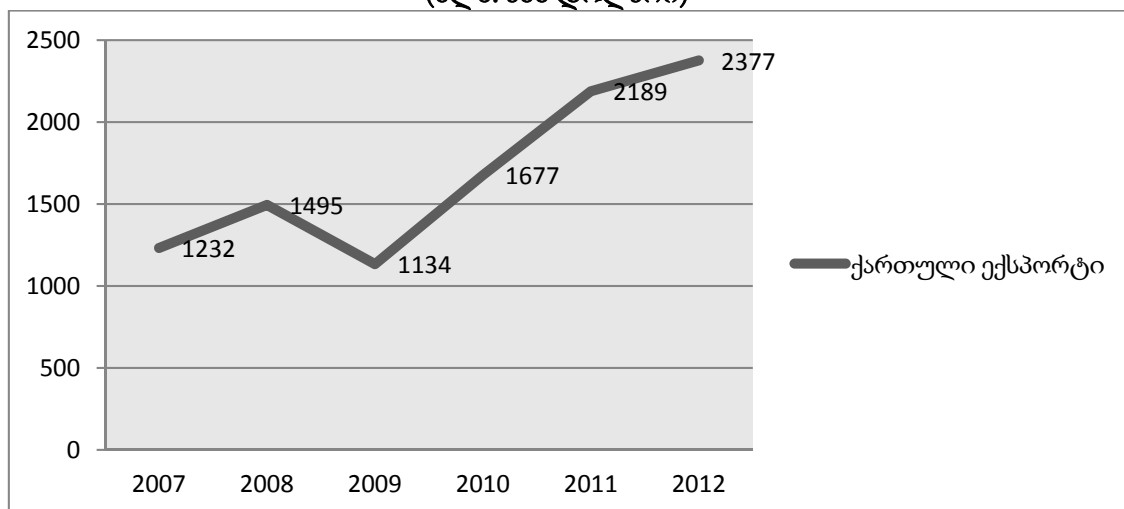
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
საგარეო სავაჭრო ბრუნვა	6 444	7 797	5 634	6 935	9 247	10 220
საქონლის რეგისტრირებული ექსპორტი (FOB)	1 232	1 495	1 134	1 677	2 189	2 377
საქონლის რეგისტრირებული იმპორტი (CIF)	5 212	6 302	4 500	5 257	7 058	7 842
საგარეო ვაჭრობის სალდო	-3 980	-4 806	-3 367	-3 580	-4 869	-5 465

წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური (საქსტატი). საგარეო ვაჭრობა. ვებ-გვერდი. http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=133&lang=geo

მიუხედავად იმისა, რომ 2009 წლიდან ქართული ექსპორტის მაჩვენებელი იზრდება (იხ.

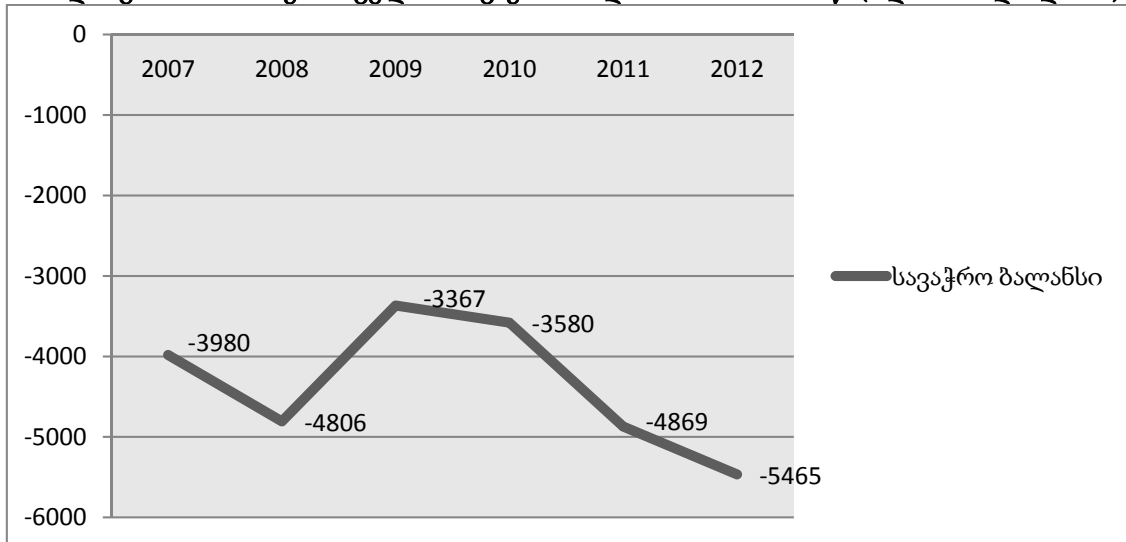
დიაგრამა №3), იკვეთება სავაჭრო ბალანსის უარყოფითი ტენდენცია და ყოველწლიურად უფრო და უფრო მზარდი სავაჭრო დეფიციტი (იხ. დიაგრამა №4).

დიაგრამა №3. ქართული ექსპორტის ზრდის დინამიკა 2007-2012 წ. (მლნ. აშშ დოლარი)



წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური (საქსტატი). საგარეო ვაჭრობა. ვებ-გვერდი. http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=133&lang=geo

დიაგრამა №4. საქართველოს სავაჭრო ბალანსი 2007-2012 წ. (მლნ. აშშ დოლარი)



წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური (საქსტატი). საგარეო ვაჭრობა. ვებ-გვერდი. http://www.geostat.ge/?action=page&p_id=133&lang=geo

შედეგების ინტერპრეტაცია და დისკუსია

საქართველოში საკრედიტო ვალდებულებათა დაზღვევის ბაზრის განვითარების ტენდენცია საკმაოდ უჩვეულოა და გარკვეული პარადოქსებით ხასიათდება. კვლევის პერიოდის განმავლობაში (2008-2012 წ.) მართალია, მოზიდულ პრემიას ზრდის სწრაფი ტემპი ახასიათებს (97 %-იანი ზრდა), არასტაბილურია მისი წილი დაზღვევის ბაზარზე, რომელიც პირველი სამი წლის განმავლობაში ნულოვანია, 2011 წლიდან აღწევს 0,28 %-ს და აღსანიშნავია, რომ 5 წლიანი სტატისტიკის მანძილზე ეს არის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი, რადგან 2012 წელს ბაზარზე შესაბამისი სეგმენტის წილი კვლავ მცირდება 0,1 %-მდე.

კვლევის პერიოდის განმავლობაში (2008-2012 წ.), საყურადღებოა აგრეთვე ურთიერთკავშირი მზღვევლი კომპანიების რაოდენობასა (რომლებიც მომხმარებლებს სთავაზობენ საკრედიტო ვალდებულებების დაზღვევას) და მოზიდული პრემიის ოდენობას შორის. 2009 და 2012 წლებში, სადაზღვევო კომპანიების რაოდენობის ზრდის მიუხედავად, მოზიდული პრემია იკლებს, ხოლო 2010-2011 წ. პირიქით, მზღვეველების შემცირების მიუხედავად, საკმაოდ შთამბეჭდავად იზრდება მოზიდული პრემია.

2008-2012 წლებში შესწავლილ იქნა ინფორმაცია გაფორმებული პოლისების რაოდენობის შესახებ. 2008 წელს არანაირი მონაცემი არ ფიქსირდება, 2009-2012 წლებში კი პოლისების რაოდენობის განვითარების საკმაოდ უჩვეულო ტენდენცია ისახება: პირველი სამი წლის განმავლობაში (2009-2011 წ.), გაფორმებული პოლისების რაოდენობა ერთეულოვანია, 2012 წელს კი გეომეტრიული პროგრესით იზრდება და აღწევს 33 ათასს, რაც არის ჯამური ოდენობა და არ არსებობს დეტალური ინფორმაცია, თუ რა წილი უკავია მასში თითოეულ სადაზღვევო კომპანიას, გამომდინარე იქიდან, რომ მზღვეველებმა უარი თქვეს კვლევით ჯგუფთან თანამშრომლობაზე. აღნიშნულ ფაქტთან დაკავშირებით, შესაძლებელია გამოითქვას ვარაუდი, რომ ეს პარადოქსული მოვლენა დაკავშირებული იყოს საკრედიტო ვალდებულებების დაზღვევის სატარიფო პოლიტიკასთან, რადგან აღწერითი კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით, არ არსებობს სტანდარტული ტარიფი და ყოველი ხელშეკრულებისთვის ინდივიდუალურად ხდება ტარიფის გამოთვლა. ამის შესაბამისად კი, შესაძლებელია, რომ ამ 33 ათასი სადაზღვევო პოლისის მფლობელი ბენეფიციარები წარმოადგენდნენ „წვრილ“ კლიენტებს. დელკრედერე დაზღვევაში არსებობს ე. წ. უსახელო დავალიანების დაზღვევა: მიმწოდებლები, რომლებსაც დიდი რაოდენობით წვრილი კლიენტები ჰყავთ, იყენებენ ე. წ. უსახელო დავალიანების დაზღვევას. მზღვეველი და

დამზღვევი ათანხმებენ თანხას, რომლის ფარგლებშიც ხდება მიწოდებული პროდუქციის დაზღვევა. ამ დროს კლიენტების ცალ-ცალკე დასახელება არ ხდება. ხოლო თანხა 5 000-10 000 ევროს შეადგენს პირითადად (Знай страхование! ნ.დ.).

კვლევის ფარგლებში, მოხდა ინფორმაციის მოძიება საქართველოს საგარეო ვაჭრობისა და მისი განვითარების დინამიკაზე 2008-2012 წლებში, გამომდინარე იქიდან, რომ შესაძლოა გარკვეული ურთიერთკავშირი იყოს ქართულ ექსპორტსა და საკრედიტო ვალდებულებების დაზღვევას შორის.

საქართველოსთვის მეტად აქტუალურია საექსპორტო პოტენციალის მაქსიმალური გამოყენება და სავაჭრო ზონის გაფართოება, რაც ეკონომიკური განვითარების ერთ-ერთ უმთავრეს ფაქტორს წარმოადგენს. ეკონომიკის რეფორმების თვალსაზრისით, მნიშვნელოვანი გამოწვევაა, რომ შეიქმნას სრულყოფილი საკრედიტო სადაზღვევო სისტემა, რაც დაიცავს ქართულ კომპანიებს, ქვეყნის შიგნით წარმოებული სავაჭრო ოპერაციების დროს და გაამლიერებს მათ კონკურენტუნარიანობას გლობალურ ბაზარზე. საკრედიტო ბაზრის განვითარებისთვის მნიშვნელოვანია, როგორც კერძო, კომერციული, ისე საექსპორტო კრედიტების მხარდაჭერა. განვითარებული ქვეყნების საგარეო ეკონომიკის ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი სფეროა სახელმწიფო დაზღვევის მექანიზმის შექმნა ნაციონალური ექსპორტიორებისთვის, სადაც კერძო კაპიტალი, საგარეო-სავაჭრო ოპერაციებში, ვერ ვითარდება ეროვნული ინტერესების შესაბამისად. მათ შორის, კომპანიების განვითარებად ბაზრებზე.

საქართველოს სავაჭრო ურთიერთობებში ექსპორტის წილის ზრდაზე ორიენტირება შესაძლოა გახდეს ქვეყანაში სიღარიბის დაძლევის, წარმოების განვითარების, სპეციალიზაციის, კონკურენტუნარიანობის ამაღლების და ამის შესაბამისად, ქართული ეკონომიკის ზრდის განმსაზღვრელი უდიდესი ფაქტორი.

დასკვნა და რეკომენდაციები

საკრედიტო დაზღვევის მაქსიმალური ეკონომიკური ეფექტურობის მიღწევა შესაძლებელია მხოლოდ მისი ყველა ფუნქციის კომპლექსურად განხორციელების შემთხვევაში. ამდენად, საკრედიტო დაზღვევა, ეს არ არის მხოლოდ რისკის ტრანსფერის ინსტრუმენტი მზღვეველზე და საჭიროა საკრედიტო მენეჯმენტის ინტეგრირებული სისტემის არსებობა კომპანიაში. ინტეგრირებული სერვისი გულისხმობს, როგორც დამზღვევის, ისე თვით კომპანიის რისკ-მენეჯმენტს. შემოთავაზებული კონცეფცია საშუალებას იძლევა, რომ მიღწეულ იქნას მაქსიმალური ეფექტურობა საკრედიტო დაზღვევაში. მათ შორის, მოზიდული საკრედიტო რესურსების ღირებულების შემცირებაც.

კვლევის შედეგად, საქართველოში საკრედიტო ვალდებულებათა დაზღვევის განვითარებისთვის, შესაძლებელია გარკვეული რეკომენდაციების შემუშავება ადგილობრივი მზღვეველებისთვის:

- ✓ საკრედიტო დაზღვევის ფარგლების დაკონკრეტება;
- ✓ საკრედიტო დაზღვევის ტარიფიკაციის მეთოდის ჩამოყალიბება — სადაზღვევო პრემიის განაკვეთის ცვლილების განვითარების მოდელი დამოკიდებულია საკრედიტო რისკზე, რაც შეიძლება გახდეს სადაზღვევო კომპანიების ანდერაითინგის პოლიტიკის განვითარების საფუძველი;
- ✓ გადაზღვევის ურთიერთობის დამკვიდრება საქართველოსა და საერთაშორისო საკრედიტო დაზღვევის ლიდერებს შორის.

აბსტრაქტი

შესავალი: ექსპორტული და კომერციული კრედიტების რისკი, რომელიც წარმოიშობა დებიტორული დავალიანების არსებობისას, იფარება საკრედიტო ვალდებულებათა დაზღვევით. ამ ტიპის დაზღვევა ევროპაში უკვე 150 წელს ითვლის, საქართველოში კი მხოლოდ ხუთს და ამასთანავე, არ არსებობს წარმოდგენა მისი განვითარების ტენდენციების შესახებ. კვლევის მიზანია საქართველოში 2008-2012 წლებში საკრედიტო ვალდებულებათა დაზღვევის ბაზრის განვითარების ტენდენციების შესწავლა. **მეთოდოლოგია:** თვისობრივი კვლევის ფარგლებში შეიქმნა კრედიტების დაზღვევის თეორიული ბაზისი, ხოლო რაოდენობრივი კვლევის მეთოდით ჩატარდა საქართველოს საკრედიტო დაზღვევის ბაზრის და საგარეო ვაჭრობის სტატისტიკური ანალიზი. **შედეგები:** საქართველოში საკრედიტო ვალდებულებათა დაზღვევის ბაზრის განვითარების ტენდენცია საკმაოდ უჩვეულოა და გარკვეული პარადოქსებით ხასიათდება. კვლევის პერიოდის განმავლობაში (2008-2012 წ.) მართალია, მოზიდულ პრემიას ზრდის სწრაფი ტემპი ახასიათებს (97 %-იანი ზრდა), არასტაბილურია მისი წილი დაზღვევის ბაზარზე, რომელიც პირველი სამი წლის განმავლობაში ნულოვანია, 2011 წლიდან აღწევს 0,28 %-ს და 5 წლის განმავლობაში ყველაზე მაღალი მაჩვენებელია, რადგან 2012 წელს ბაზარზე შესაბამისი სეგმენტის წილი კვლავ მცირდება 0,1 %-მდე. ასევე 2009-2012 წლებში პოლისების რაოდენობის თვალსაზრისით საკმაოდ უჩვეულო ტენდენცია ისახება: პირველი სამი წლის განმავლობაში (2009-2011 წ.), გაფორმებული პოლისების რაოდენობა ერთეულოვანია, 2012 წელს კი გეომეტრიული პროგრესიით იზრდება და აღწევს 33 ათასს, რაც არის ჯამური ოდენობა და არ არსებობს დეტალური ინფორმაცია, თუ რა წილი უკავია მასში თითოეულ სადაზღვევო კომპანიას. **შედეგების ინტერპრეტაცია, დასკვნა:** კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით, რეკომენდირებულია საკრედიტო დაზღვევის სისტემის სრულყოფა, მისი ფარგლების დაკონკრეტება და ტარიფიკაციის მეთოდის ჩამოყალიბება. სადაზღვევო პრემიის განაკვეთის ცვლილების განვითარების მოდელი დამოკიდებულია საკრედიტო რისკზე, რაც შეიძლება გახდეს სადაზღვევო კომპანიების ანდერაითინგის პოლიტიკის განვითარების საფუძველი.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: კრედიტების დაზღვევა, ექსპორტული კრედიტები, კომერციული კრედიტები, „დელკრედერე“ დაზღვევა, საკრედიტო რისკი, საქართველო, საგარეო ვაჭრობა, ექსპორტი.

Credit Insurance In Georgia

Teona Eliashvili, Tengiz Verulava

Abstract

Introduction: The risk of the export and commercial credits, which arises from the existence of accounts receivable, are covered by insurance of financial liabilities. This type of insurance has been in Europe for about 150 years and there is only five in Georgia and at the same time, there is no idea of its development trends. Research aims to study the credit liability market trends in 2008-2012 years in Georgia. **Methodology:** Within the qualitative research was established the theoretical basis of credit insurance and by using quantitative research methods were conducted the credit insurance market and foreign trade statistical analysis. **Results:** The trend of the financial liability of market development is rather unusual for Georgia and is characterized by a certain paradoxes. During the study period (2008-2012) Although written premium is characterized by a rapid rate of growth (97 % increase), its share of the insurance market is unstable, which is zero in the first three years, from 2011 increase to 0,28 % and in 5 years is the highest, since 2012 the market

share of the segment continued to decrease to 0,1 %. In 2009-2012 a rather unusual trend is outlined in terms of the number of policies: the first three years (2009-2011), the number of signed insurance policies is few and is increased exponentially, reaching 33 thousand in 2012, which is the total amount and there is no detailed information of the shares of each insurance company. **Interpretation of the results, the conclusion:** Based on the research, it is recommended to create a comprehensive system of credit insurance. It is recommended to specify the extent of credit insurance, forming the method of the credit insurance tariffication. Insurance premium rate of change development model, depends on the credit risk, which can become the basis for the development of the insurance companies underwriting policy.

Key Words: Credit Insurance, Export Credits, Commercial Credits, “Delkredereversicherung”, Credit Risk, Georgia, Foreign Trade, Export.

ბიბლიოგრაფია

- City of London Corporation. "Insurance companies and pension funds as institutional investors: global investment patterns." London, 2011.
- "Council of Europe." *3rd General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1992.* <http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-03.htm#III>, June 4, 1993.
- "Council of Europe. Committee of Ministers." *Recommendation No. R (98) 71 of the Committee of Ministers to Member States concerning the ethical and organizational aspects of health care in prison.* <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>, January 11, 2006.
- Verulava, Tengiz. "Health Policy, Health Economics, Insurance – ჯანდაცვის პოლიტიკა, ჯანდაცვის ეკონომიკა, სადაზღვევო საქმე." *Insurance.* მარტი 2013. <http://heconomic.wordpress.com/>.
- Wyman, Oliver. *Funding the future - Insurers' role as institutional investors.* Brussels, June 2013.
- კბილცეცხლაშვილი, თეა. *საღიგობრო კურსი "ჯანდაცვის და სადაზღვევო საქმის ფინანსური მენეჯმენტი". კოეფიციენტების ანალიზი.* თბილისი, 2012.
- "საქართველოს ეროვნული ბანკი." *სადაზღვევო ბაზრის სტატისტიკური მონაცემები.* მარტი 2013. <https://www.nbg.gov.ge/index.php?m=531>.
- „საქართველოს ეროვნული ბანკი.“ *არასახელმწიფო საპენსიო სქემების სტატისტიკური მაჩვენებლები.* 2014 წლის მაისი. <https://www.nbg.gov.ge/index.php?m=2>.
- "საქართველოს ეროვნული ბანკი." *კომერციული ბანკების ფინანსური მაჩვენებლები.* მაისი 2014. <https://www.nbg.gov.ge/index.php?m=404>.
- საქართველოს ეროვნული ბანკი. "წლიური ანგარიში." თბილისი, 2013.
- „საქართველოს საფონდო ბირჟა.“ *საბროკერო კომპანიები.* 2014 წლის მაისი. http://www.gse.ge/default_GEO.asp.
- "საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური." *საგარეო ვაჭრობა.* მარტი 2013. http://geostat.ge/?action=page&p_id=136&lang=geo.
- „საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური.“ *მშპ და ეროვნული შემოსავალი.* 2014 წლის მაისი. <http://geostat.ge/>.
- „სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური.“ *სტატისტიკური მონაცემები.* 2014 წლის მაისი. <http://insurance.gov.ge/>.

სტომატოლოგიური მომსახურების დაზღვევის პირობები და ანაზღაურების მეთოდები საქართველოში

ზურაბ ალხანიშვილი, მარი მჭედლიშვილი, ანა აზრუმელაშვილი, ქეთევან კილაძე, ნანა დევდარიანი¹

სტომატოლოგიური მომსახურება ერთ-ერთი ყველაზე ძვირადღირებული სამედიცინო მომსახურებაა [3] და სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან ნაკლებად ხდება მისი ანაზღაურება. იმის მიუხედავად, რომ მსოფლიოს მასშტაბით, სტომატოლოგიური მომსახურების ანაზღაურება რეგიონის / ქვეყნის ჯანდაცვის პოლიტიკის შესაბამისად იცვლება და განსხვავებულია, მაინც შეგვიძლია ზოგად ტენდენციებზე ვიმსჯელოთ. ძირითად, ევროპის ქვეყნებში და ამერიკის შეერთებულ შტატებში, კერძო სადაზღვევო კომპანიები ბენეფიციარებს სტომატოლოგიური მკურნალობის ანაზღაურებას არ სთავაზობენ ან თუ სთავაზობენ, მხოლოდ გადაუდებელ დახმარებას. გადაუდებელ დახმარებაში შეიძლება ტკივილის კუპირება ან/და ლითონის ამალგამით დაბეჭენა იგულისხმებოდეს. ლითონის ამალგამა ერთი ან რამდენიმე ლითონის შენადნობია ვერცხლისწყალთან და გამოირჩევა სიმყარითა და გამძლეობით, მაგრამ პაციენტებს ესთეტიკური დისკომფორტი აწუხებთ. ამალგამის ბუენი ერთ-ერთი ყველაზე დაბალფასიანი სტომატოლოგიური პროდუქტია და ფართოდაა გავრცელებული იმ ქვეყნებში, სადაც ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამები მოსახლეობის ფართო მასებს მოიცავს. პაციენტი სადაზღვევო კომპანიის მიერ ინფორმირებულია სერვისის შესახებ და სტომატოლოგთან ვიზიტის დროს გადაჭარბებული მოლოდინები არ გააჩნია.

განვითარებულ ქვეყნებში სტომატოლოგიური სერვისები შევსებითი და დამატებითი (ნებაყოფლობითი) ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამებით ფინანსდება. ასეთი ტიპის დაზღვევას მომხმარებელი მაშინ მიმართავს, როცა სავალდებულო სადაზღვევო პაკეტით მოცული სერვისების შევსება / დამატება სურს. თუმცა, ნებაყოფლობითი დაზღვევის ბაზარი მცირეა (მაგრამ ნიდერლანდებში და კანადაში ნებაყოფლობით დაზღვევას ბაზრის 50%-ზე მეტი ჰყავს მოცული) [1]

საქართველოში ჯანმრთელობის დაზღვევაში სტომატოლოგიური სერვისების არსებობა, ფაქტობრივად, დაზღვევის განვითარებასთან ერთად დაიწყო. 2013 წლის 28 თებერვლიდან, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, სტომატოლოგიური სერვისების განვითარება სადაზღვევო კომპანიებისთვის მთავარი მოტივატორი აღმოჩნდა, ვინაიდან, სტომატოლოგია სახელმწიფო პროგრამის მიღმა აღმოჩნდა. მიუხედავად ამისა, სულ უფრო მეტი სტომატოლოგიური კლინიკა აცხადებს უარს სადაზღვევო კომპანიებთან თანამშრომლობაზე. თანამშრომლობის შეწყვეტის ყველაზე ხშირი მიზეზი სერვისების დაბალი ფასია. სტომატოლოგიური ბაზრის განვითარებასთან ერთად იზრდება გამოყენებული მასალებისა და ინსტრუმენტების ღირებულებაც. ბაზარზე გამოჩნდნენ სტომატოლოგიური კლინიკები, რომლებიც დიდ რესურსს დებენ სერვისების დახვეწასა და განვითარებაში, რამაც პაციენტების მოლოდინებიც გაზარდა. მზარდი მოლოდინებისა სერვისების ხარისხის პროპორციულად გაზრდილი დანახარჯები კი სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან, როგორც წესი, ადეკვატურად არ ნაზღაურდება. ზემოაღნიშნული საკითხების გათვალისწინებით, როგორც სადაზღვევო კომპანიებმა, ისე სტომატოლოგიურმა კლინიკებმა ახალი სერვისების, პროექტების, პაკეტებისა და შეთავაზებების შემუშავება დაიწყეს.

მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ განვითარება სწრაფად დაიწყო სამედიცინო დაზღვევის სერვისებმა, თუმცა არსებობდა 4 გამოწვევისი, რომელიც სადაზღვევო პაკეტებს მიღმა აღმოჩნდა. ესენი გახლდათ: სტომატოლოგიური მკურნალობა, ფსიქიატრიული დახმარების

¹ ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამაგისტრო პროგრამის „ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა“ მაგისტრები

სერვისები, მედიკამენტები და ქრონიკული დაავადებები. სტომატოლოგიური მკურნალობის ანაზღაურებაზე უარი სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან სტომატოლოგიური საჭიროებების სპეციფიკურობით აიხსნებოდა და ითვლებოდა, რომ სტომატოლოგიური დახმარების ანაზღაურება დაზღვევის ფუნდამენტურ პრინციპებსა და ბუნებას ეწინააღმდეგებოდა. [4]

1948 წლიდან დიდ ბრიტანეთში ჯანმრთელობის ნაციონალური სამსახური (National Health Service - NHS) შეიქმნა, რომელმაც პირის ღრუს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროგრამა შეიმუშავა და გამოყო დაფინანსება. [7] დღესდღეობით ბრიტანელ სტომატოლოგთა 85% ზოგადი პროფილის სტომატოლოგიურ მომსახურებას ეწევა და პაციენტთა დიდი ნაწილი სწორედ NHS-ის პროგრამით დაფინანსებულ სერვისებს ეღებოდა, რაც 18 წლამდე ასაკის პირების, 19 წლამდე ასაკის სტუდენტების, ორსულების, დაუსაქმებელი და დაბალშემოსავლიანი და სტაციონალური პაციენტებისთვის უფასო სტომატოლოგიურ მომსახურებას გულისხმობს. პროგრამის მიღმა დარჩენილი მოსახლეობა მომსახურების 80%-ს იხდის, რაც 500 ევროს არ უნდა აჭარბებდეს. [6]

2001 წელს სტომატოლოგიური მომსახურების გამწვევთათვის 0-17 წლამდე ასაკის პირებისთვის გაწეული მომსახურების ანაზღაურება შერეული სისტემით მიმდინარეობდა - კაპიტაცია და ცალკეული მომსახურების ღირებულების დაფარვა (Fee item basis). კაპიტაცია მოიცავდა:

- პრევენციულ მანიპულაციებს
- ბჟენებს (არა რესტავრაციას)
- ექსტრაქციას

ხოლო ხელოვნური გვირგვინის შეცვლის და ორთოდონტიული მომსახურების ანაზღაურება ხდებოდა ცალკეული შემთხვევების შესაბამისად (Fee item basis).

2013 წლიდან ანაზღაურების სამი პაკეტი არსებობს, რომელიც ანაზღაურებს შემდეგ მომსახურებებს:

1. დიაგნოსტიკა, პრევენციული ღონისძიებები, რენტგენოლოგიური კვლევა საჭიროების შემთხვევაში, ესქტრაქცია და ენდოდონტიური მკურნალობა.
2. მოიცავს ყველა იმ მომსახურებას, რასაც მოიცავს პირველი სადაზღვევო პაკეტი და ემატება ბჟენი
3. მოიცავს ყველა იმ მომსახურებასაც, რასაც მოიცავს პირველი და მეორე სადაზღვევო პაკეტი და ემატება ორთოპედიული მკურნალობა - პროტეზირება, ხელოვნური გვირგვინები და ხიდები.

შესაბამისად, ამ პროგრამაში ჩართული მონაწილეები თავისუფლდებიან სტომატოლოგიური მომსახურებების გადასახადებიდან, თუ ისინი:

- ✓ არიან 18 წელს ქვემოთ
- ✓ არიან ორსულად ან ჰყავთ მკურნალობის დაწყებამდე 2 წლით ადრე დაბადებული შვილი
- ✓ NHS-ის პროგრამის ფარგლებში იღებდა სტაციონალურ მომსახურებას, რა პერიოდშიც დასჭირდა სტომატოლოგიური მკურნალობა
- ✓ NHS-ს ამბულატორიული მომსახურების პროგრამის ფარგლებში იღებს სტომატოლოგიურ მომსახურებას, თუმცა, ამ შემთხვევაში, პაციენტს თავად უწევს ორთოპედიული მომსახურების ღირებულების დაფარვა [7]

ასევე გადასახადისგან თავისუფლდება ის ადამიანები, რომლებიც იღებენ:

- შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა საარსებო შემწეობას
- ფინანსურ დახმარებას წვრილი დასაქმების ხელშეწყობისთვის
- საბჭოს საგადასახადო სარგებელს
- საბინაო სარგებელს
- საპენსიო საკრედიტო დანაზოგების განვადებას

იმავე პერიოდში აზიურ სახელმწიფოებში სტომატოლოგია, როგორც წესი, განვითარების დაბალ საფეხურზე იმყოფებოდა, მაგალითად, 1947 წლის მონაცემებით,

ინდოეთში მხოლოდ სამი სტომატოლოგიური კოლეჯი არსებობდა. დღესდღეობით კი 200-მდე უნივერსიტეტს აქვს სტომატოლოგიის აკრედიტებული სასწავლო პროგრამა და 12 000 ადამიანს აქვს ქირურგიული სტომატოლოგიის ბაკალავრის ხარისხი (BDS). მიუხედავად ამისა, ინდოეთში 44 000 სტომატოლოგი მოდის 100 მილიონ მოსახლეზე (1 სტომატოლოგი - 30 000 მოსახლეზე ქალაქში და 1 -150 000-ზე სოფლად), პირის ღრუს დაავადებათა გავრცელების სტატისტიკა კი მატულობს. 1947 წელს მოპოვებული დამოუკიდებლობის შემდეგ განვითარება დაიწყო ინდოეთის ჯანდაცვის სისტემამ, თუმცა, ამ ეტაპზე, პრევენციული ღონისძიებების გარდა სხვა მომსახურებას მოსახლეობას ვერ სთავაზობს. [4]

სომხეთის რესპუბლიკაში სტომატოლოგიური კლინიკების დაახლოებით 80% კერძო, მოგებაზე ორიენტირებული დაწესებულებაა. რა თქმა უნდა, არსებობს რამდენიმე სახელმწიფო სტომატოლოგიური კლინიკა, რომელიც მუნიციპალური ან სოფლის პოლიკლინიკების ბაზაზე მოქმედებს და სტომატოლოგიურ მომსახურებებს ადგილობრივ მოსახლეობას უწევს. მართალია, არ არსებობს სტომატოლოგიის სფეროს ეროვნული სტრატეგია, მაგრამ არსებობს სახელმწიფო დაფინანსებასა და კოორდინაციაზე მყოფი პროგრამა, რომლის ფარგლებშიც, სტომატოლოგები 6-დან 12 წლამდე ბავშვებთან ვიზიტებს სკოლაში ყოველწლიურად ახორციელებენ. პრაქტიკა ადასტურებს, რომ კარიესი არის ყველაზე გავრცელებული დაავადება, განსაკუთრებით ღარიბ მოსახლეობაში და სოფლებში, სადაც კბილის დაკარგვა ბუნებრივ მოვლენად მიიჩნევა და მას ჯანმრთელობის პრობლემად არ აღიქვამენ. [2]

სტომატოლოგიური მომსახურებების ფასებს კერძო სტომატოლოგიურ კლინიკებში ბაზარი არეგულირებს, მთავრობას კი მცირე გავლენა აქვს ფასწარმოქმნის პოლიტიკაზე. პაციენტები, ჩვეულებრივ, მომსახურების მიმწოდებელს ირჩევენ ხარისხის, ფასისა და ხელმისაწვდომობის მიხედვით. სტომატოლოგიური მომსახურებების ხარისხის უზრუნველყოფის ცალკე სისტემა არ არსებობს. [2]

ირანული სოციალური დაზღვევის სტომატოლოგიური სექტორი უნდა ეფუძნებოდეს სტრატეგიული შესყიდვების გეგმას, რომლის მიზანაც იქნება მომსახურების გაუმჯობესება და სტომატოლოგიურ მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდა. ირანელთა 90%-ს მოიცავს ბისმარკის სისტემის ჯანმრთელობის დაზღვევა, რაც ხელს უწყობს დასაქმებულებს, დამსაქმებლებს და მთავრობას. სისტემა წლების განმავლობაში ეტაპობრივად შემუშავდა და ხასიათდება საშემოსავლო სქემის სირთულით, ფრაგმენტული სადაზღვეო პულინგით და პასიური სტომატოლოგიური მომსახურების შესყიდვით. [4]

ინდოეთის მსგავსად, სამხრეთ აფრიკის ბევრ რაიონს კონკრეტული დარგის სპეციალისტთან წვდომა შეზრუდული აქვს. ექიმების, მათ შორის სტომატოლოგების და ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალების ერთ სულ მოსახლესთან თანაფარდობა დღემდე არასასურველია. [4]

ევროპის ქვეყნების ნაწილში - ავსტრიაში, ბელგიაში, საფრანგეთში, ლუქსემბურგში, გერმანიაში, ნიდერლანდებში და შვეიცარიაში პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ძირითადად სახელმწიფო პროგრამებით ან სავალდებულო სოციალური დაზღვევით ფინანსდება. [4]

ევროპის დაახლოებით 180 მილიონი მაცხოვრებლის პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე ზრუნვას საყოველთაო ან თითქმის საყოველთაო დაზღვევა სადაზღვევო ინსტიტუტების წევრობით უზრუნველყოფს. [4]

სკანდინავიის ქვეყნებში და დიდ ბრიტანეთში მზრუნველობაზე უფლების მინიჭება დამოკიდებულია მოქალაქეობაზე და საცხოვრებელ ადგილზე. ნორვეგიასა და ისლანდიაში უზრუნველყოფილია მთავრობის მიერ ორგანიზებული სამედიცინო მომსახურებაც, თუმცა სამხრეთ ევროპაში, ნორვეგიაში, ირლანდიაში, ისლანდიაში პირის ღრუს ჯანმრთელობაზე ზრუნვა უმეტესწილად პაციენტის მიერ კერძო სადაზღვევო კომპანიების მხარდაჭერით ფინანსდება. ზოგიერთი სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული და ორგანიზებული მომსახურებებიც კონკრეტული სპეციფიკური ჯგუფისთვის (მაგ. ბავშვები, უმუშევრები) [4]

დამოუკიდებლად და განსხვავებული სცენარით ვითარდებოდა სტომატოლოგიური მომსახურების დაფინანსების სისტემა ამერიკის შეერთებულ შტატებში. აშშ-ში სტომატოლოგიური სერვისების კორპორაციული მოძრაობა 1954 წლიდან დაიწყო, როცა ჯანმრთელობისა და სოციალური კეთილდღეობის ფონდის წარმომადგენლებმა ერთობლივად გაუწიეს ადმინისტრირება International Longshoremen and Warehousemen's Union-სა და წყნარი ოკეანის საზღვაო ასოციაციის (Pacific Maritime Association) მეშვეობით, დააფუძნეს რა დასავლეთ სანაპიროზე სტომატოლოგიური მოვლის ექსპერიმენტალური პროგრამა ასოციაციის წევრების შვილებისთვის. იმავე წელს შემდგომი დისკუსიების შედეგად ვაშინგტონის სახელმწიფო სტომატოლოგიურმა ასოციაციამ გაუწია სპონსორობა პირველ არამომგებიან სტომატოლოგიური მომსახურების კორპორაციას, რომელიც ვაშინგტონის სახელმწიფო სტომატოლოგიურ სერვისებს ახორციელებდა. 1969 წლისთვის აშშ-ში უკვე 27 აქტიური სტომატოლოგიური სერვისის გეგმა იყო, რომელიც 2 მილიონ ამერიკელ მოსახლეს მოიცავდა. [4]

მოგვიანებით უკვე სტომატოლოგიური ფასდაკლების ანუ „რეფერალური პროგრამა“ ამოქმედდა, ამ პროგრამაში ჩართული კომპანია აწარმოებს მოლაპარაკებას სტომატოლოგთან და პაციენტი იღებს 10-დან 60%-მდე ფასდაკლებულ სტომატოლოგიურ მომსახურებას, ფასდაკლება ჩასატარებელი პროცედურისა და გამოყენებული მასალების მიხედვით განისაზღვრება. სტომატოლოგი იღებს 10%-60%-ით ნაკლებ ანაზღაურებას და სხვაობას კი - სტომატოლოგიური ფასდაკლების პროგრამის პროვაიდერი. აღნიშნული პროგრამა სტომატოლოგებისთვის საინტერესოა პაციენტების მოზიდვის თვალსაზრისით.

თუმცა, დანაკარგის კომპენსირებისთვის არც თუ იშვიათია დამატებითი, არასაჭირო სერვისების შეთავაზება, მომსახურების ხარისხის დაწევა და სხვა.

აღნიშნულ პროგრამაში ყველა სტომატოლოგიური მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულება არ მონაწილეობს.

მედიკეიდის პროგრამაში მონაწილე 21 წლამდე პირები მედიკეიდის სტომატოლოგიური დაფარვით მთელი აშშ-ის მასშტაბით სარგებლობენ. 21 წელს გადაცილებული პირებისთვის კი მომსახურებები შტატების მიხედვით განსხვავდება. შტატების უმეტესობა მინიმალურ გადაუდებელ სტომატოლოგიურ მომსახურებას აწვდის, თუმცა უმეტესობა სრულ სტომატოლოგიურ მომსახურებას ვერ უზრუნველყოფს.

აშშ-ში მიღებული პრაქტიკაა ადგილობრივი არასამთავრობო, რელიგიური და საქველმოქმედო ორგანიზაციების მიერ სტომატოლოგიური მომსახურების ღირებულების ანაზღაურება, მაგალითად ოჯახური ძალადობის მსხვერპლთათვის არსებობს პროგრამა „Give Back a Smile“, ასაკოვანი პაციენტებისთვის და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებისთვის ზემოაღნიშნული მომსახურების გამწევი იურიდიული პირების ცნობარს National Foundation of Dentistry for the Handicapped (NFDH) ავრცელებს. გარდა ამისა, გავრცელებულია თემური კლინიკები და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სერვისები, რომლებიც შერავათიან ფასად აწვდიან სტომატოლოგიურ მომსახურებას შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებს, მაგალითად Bureau of Primary Health Care - ფედერალური ფონდის მიერ დაფუძნებული ჯანდაცვის ცენტრის ჯანდაცვის რესურსებისა და სერვისების ადმინისტრაციის ნაწილი (Health Resources and Services Administration). [6]

2015 წელს საქართველოში სადაზღვევო კომპანიების მიერ ბენეფიციარებისთვის შეთავაზებული სტომატოლოგიური სერვისების ანალიზის, დაზღვევის პირობებისა და ანაზღაურების მეთოდების მიმოხილვის მიზნით კვლევა ჩატარდა. კვლევისთვის გამოყენებული იქნა დელფიური კვლევის მეთოდი. კვლევაში ჯანდაცვის ექსპერტები, სტომატოლოგიური კლინიკების მენეჯერები და პრაქტიკოსი სტომატოლოგები მონაწილეობდნენ.

კვლევის თანახმად, რესპონდენტთა მოსაზრებით, ქვეყანაში უნდა არსებობდეს სტომატოლოგიური მომსახურების ანაზღაურების პაკეტი, რომლებიც სახელმწიფოს მიერ დაფინანსდება, რასაც ეთანხმება ჯანდაცვის ექსპერტთა 2/3, სტომატოლოგიური კლინიკების

ხელმძღვანელების 50% და სტომატოლოგების 86%. საერთო ჯამში, რესპონდენტთა 65% თანხმდება, რომ სტომატოლოგიური სერვისები სახელმწიფო დაფინანსების პროგრამებში უნდა შედიოდეს. რესპონდენტთა 100% მიიჩნევს, რომ დაფინანსების არსებობის შემთხვევაში, გადაუდებელი / ურგენტული მომსახურებები და პროფილაქტიკური ღონისძიებები უნდა ფინანსდებოდეს.

სტომატოლოგების 33%, რომელიც მიიჩნევს, რომ სახელმწიფო დაფინანსების პროგრამები უნდა არსებობდეს, გარდა გადაუდებელი და პროფილაქტიკური მომსახურებებისა, თვლის, რომ დაფინანსებაში უნდა ექცეოდეს ორთოპედიული მომსახურების მინიმალური პაკეტი, როგორცაა მაგალითად პროტეზირება.

კერძო სადაღვევო კომპანიებში არსებული სტომატოლოგიური მომსახურების სერვისების არსებობა-არარსებობაზე განსხვავებული შეხედულებებია ჯანდაცვის ექსპერტებს, სტომატოლოგიური კლინიკების ხელმძღვანელებსა და დარგის სპეციალისტებს შორის. მაშინ, როცა ექიმთა 78% მიიჩნევს, რომ ასეთი სერვისების არსებობა მისაღები და მნიშვნელოვანია, ექსპერტთა მხოლოდ 2/3 იზიარებს ამ პოზიციას, ხოლო კლინიკების ხელმძღვანელების 50% -სთვის აბსოლუტურად მიუღებელია იმის მიუხედავად, რომ არც ერთი ხელმძღვანელი პირი არ მიიჩნევს, რომ კერძო სადაღვევო კომპანიების მიერ შემოთავაზებული სტომატოლოგიური მომსახურების ანაზღაურების სერვისები საქართველოში ეფექტიანია. რესპონდენტთა 100%-ის შეფასებით, ეს სერვისები "ცუდი" ან "ძალიან ცუდია".

ჯანდაცვის ექსპერტთა 30% ამ სერვისებს პოზიურად აფასებს, ხოლო 67% - როგორც "ცუდს". ექიმი სტომატოლოგების 100%-ის შეფასებითაც ეს სერვისები მხოლოდ ცუდი ან ძალიან ცუდია, ვინაიდან ძალიან დაბალია სადაზღვევო კომპანიების მიერ შემოთავაზებული ფასები. დაბალი ფასები მაღალი ხარისხის მასალებისა და ტექნოლოგიების გამოყენების შესაძლებლობას არ იძლევა, რაც მომსახურების ხარისხის დაწევას იწვევს. პრაქტიკოსთა განცხადებით, არსებული სერვისები მხოლოდ გადაუდებელი ქირურგიული მომსახურების შემთხვევაში შეიძლება იყოს ეფექტური, სხვა ნებისმიერი მანიპულაციის შესრულება "არაადეკვატურად დაბალი ანაზღაურებითაა შესაძლებელი". გარდა ამისა, არ ხდება პროფილაქტიკური ვიზიტების ხელშეწყობა და ჯანმრთელობის ხელშეწყობის პროგრამების მხარდაჭერა, ვინაიდან, სადარღვევო კომპანიები პროფილაქტიკურ პროფესიულ წმენას პაციენტს, როგორც წესი, წელიწადში ერთხელ უნაზღაურებენ, რაც პირის ღრუს ჯანმრთელობის შენარჩუნების საერთაშორისო პროტოკოლთან მოდის წინააღმდეგობაში. სტომატოლოგ რესპონდენტთა განცხადებით, სიტუაციის ნორმალიზება შესაძლებელია სადაზღვევო კომპანიის ბენეფიციართათვის თავისუფალი არჩევანის უზრუნველყოფით და კლინიკასა და სადაზღვევო კომპანიას შორის არსებული წინასწარშეთანხმებული მეორე პრეისკურანტის გაუქმების შემთხვევაში.

პრაქტიკოსთა შეფასებას იზიარებს ექსპერტთა ნაწილიც: "დაზღვევის პაკეტი სტომატოლოგიური სერვისებისთვის უნდა იყოს მოქნილი, უმჯობესია მოიცავდეს პროვაიდერების თავისუფალ არჩევანს, უფრო ფართოდ უნდა იყოს ჩართული ორთოპედიული სერვისები მაღალი თანაგადახდით". თუმცა, ექსპერტთა ნაწილის დასკვნით, მზღვეველების მიერ შეთავაზებული დაფინანსების და ადმინისტრირების წესი სტომატოლოგიურ შემთხვევებზე რაციონალურია. ზოგიერთ შემთხვევაში კი რისკის გათვლა ხდება არასწორად, რაც შესაბამისად აისახება სადაზღვევო პრემიაზე.

სტომატოლოგიური კლინიკების ხელმძღვანელებს კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ სტომატოლოგიური სერვისების ეფექტურობის შესახებ ერთმანეთისგან განსხვავებული პოზიციები აქვთ. ნაწილი ეთანხმება სხვა რესპონდენტთა შეხედულებას თავისუფალი არჩევანის არსებობის აუცილებლობის შესახებ, ნაწილი მიიჩნევს, რომ მხოლოდ მწვავე და გადაუდებელი მომსახურებები არ უნდა იყოს პრიორიტეტული და პრევენციულ ღონისძიებებზე უნდა მოხდეს აქცენტის გაკეთება. გამოითქვა მოსაზრებაც, რომ არსებობდეს

ცალკე სტომატოლოგიური დაზღვევა, რომელიც მხოლოდ სტომატოლოგიაზე იქნება ორიენტირებული.

შესაბამისად, რესპონდენტ სტომატოლოგთა 100% მიიჩნევს, რომ საქართველოში კერძო სადაზღვევო კომპანიების მიერ შემოთავაზებული სტომატოლოგიური დაზღვევის პირობები პროვაიდერი კლინიკების მომსახურების ხარისხზე ნეგატიურად მოქმედებს, შეფასებას ეთანხმება სტომატოლოგიური კლინიკების ხელმძღვანელთა 100%-იც. ექსპერტთა 33% დებულებას არ ეთანხმება, ხოლო ერთ-ერთი ექსპერტი მიიჩნევს, რომ პირობები ხარისხზე გავლენას ახდენს და ეს გავლენა პოზიტიურია, ვინაიდან, - მზღვეველების მხრიდან სტომატოლოგიურ კლინიკებში ნაკადები იზრდება, გაზრდილი ნაკადი გულისხმობს დამატებით შემოსავალს, დამატებითი შემოსავალი კი პროვაიდერს საშუალებას აძლევს იფიქროს რეინვესტირებაზე და ხარისხის გაუმჯობესებაზე.

რესპონდენტთა შეფასებით ხარისხზე ნეგატიური გავლენა ისევე და ისევე სადაზღვევო კომპანიების მიერ შემოთავაზებული სერვისების დაბალი ანაზღაურებითაა განპირობებული, რაც "აიძულებს ექიმს არასრულფასოვანი სადიაგნოსტიკო საშუალებების, დაბალი ხარისხის სამკურნალო მასალების გამოყენებას პაციენტთან". რესპონდენტი სტომატოლოგები მიიჩნევენ, რომ "პაციენტთა უმრავლესობა უფრო ზარალდება, ვიდრე იღებს სწორ და ეფექტურ მკურნალობას." გარდა ამისა, აღნიშნული იყო ლიმიტირებული სამუშაო დროის პრობლემაც. სადაზღვევო კომპანიის პროვაიდერ კლინიკებში არსებული პრაქტიკაა პაციენტთა ჩაწერა ფიქსირებული დროით. ექიმის ანაზღაურებაც ფიქსირებულია და შესრულებული სამუშაოს შესაბამისი ანაზღაურება შეიძლება არ ერთვოდეს. რესპონდენტთა ნაწილის შეფასებით, მომსახურების აღნიშნული მოდელი მომსახურების ხარისხს აუარესებს.

სტომატოლოგიური კლინიკების ხელმძღვანელთა განცხადებით "იმდენად დაბალია მათ [სადაზღვევო კომპანიების] მიერ შემოთავაზებული ფასები, რომ საშუალო ხარისხის მომსახურების მიწოდებაზეც საუბარი ზედმეტია". რესპონდენტ მენეჯერთა ნაწილი მომსახურების დაბალ ხარისხს რეგულაციებისა და მონიტორინგის არარსებობით ხსნის: "ჩემი აზრით პროვაიდერი კლინიკების მომსახურება არ არის ხარისხიანი, მიზეზი გახლავთ ალბათ ხარისხის კონტოლის არ არსებობა. როგორც ჯანდაცვის, ასევე სადაზღვევო კომპანიების მიერ."

კვლევის შედეგების თანახმად, არც ერთ რესპონდენტს უსარგებლია სტომატოლოგიური მომსახურების ანაზღაურების სახელმწიფო პროგრამით, ხოლო კერძო სადაზღვევო კომპანიების მომსახურებას რესპონდენტთა 31%-ს მიუძღვრება.

მთელ მსოფლიოში სტომატოლოგიური მომსახურება ერთ-ერთ ყველაზე ძვირადღირებულ მომსახურებადაა მიჩნეული და ფასების მატების ტენდენცია ამჟამადაც შენარჩუნებულია. რესპონდენტებმა ფენომენის ახსნის საკუთარი ვერსიები წარმოადგინეს. კვლევის შედეგებიდან შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ სტომატოლოგიური მომსახურების სიძვირე და ფასების მუდმივი მატება სტომატოლოგიური მასალების და დამხმარე ტექნოლოგიების მუდმივ განვითარებას უკავშირდება. განვითარების უწყვეტობა სერვისების ღირებულებას ბუნებრივად ზრდის არა მხოლოდ იმიტომ, რომ ახალი ტექნოლოგიები და სამუშაო მასალებია ძვირი, არამედ იმიტომაც, რომ სწრაფი ტექნოლოგიური განვითარების პირობებში არაეფექტური მენეჯმენტი კონკურენტუნარურობას კარგავს და მოსახლეობაში სერვისებზე ხელმისაწვდომობის პრობლემა იქმნება. სტომატოლოგ რესპონდენტთა 100%-მა მზარდი ფასები სწორედ მასალებსა და ტექნოლოგიებს დაუკავშირა, 22%-მა მენეჯმენტის ხარვეზები ან/და ეფექტური საქმიანობაც გამოყო.

კლინიკების ხელმძღვანელებმა მასალებისა და ტექნოლოგიების გარდა ინვესტიციების კონტროლის სისტემის ხარჯიანობა და ადამიანური რესურსების განვითარება გამოყვეს. სხვა რესპონდენტთა შეფასებას იზიარებენ ჯანდაცვის ექსპერტებიც.

საკვანძო სიტყვები: სტომატოლოგია, დაზღვევა, მომსახურების მისაწვდომობა

აბსტრაქტი

შესავალი: სტომატოლოგიური მომსახურება ერთ-ერთი ყველაზე ძვირადღირებული სამედიცინო მომსახურებაა და სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან ნაკლებად ხდება მისი ანაზღაურება. განვითარებულ ქვეყნებში სტომატოლოგიური სერვისები შევსებითი და დამატებითი (ნებაყოფლობითი) ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამებით ფინანსდება. ასეთი ტიპის დაზღვევას მომხმარებელი მაშინ მიმართავს, როცა სავალდებულო სადაზღვევო პაკეტით მოცული სერვისების შევსება / დამატება სურს. თუმცა, ნებაყოფლობითი დაზღვევის ბაზარი მცირეა. 2013 წლის 28 თებერვლიდან, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ამოქმედების შემდეგ, სტომატოლოგიური სერვისების განვითარება სადაზღვევო კომპანიებისთვის მთავარი მოტივატორი აღმოჩნდა, ვინაიდან, სტომატოლოგია სახელმწიფო პროგრამის მიღმა აღმოჩნდა. მიუხედავად ამისა, სულ უფრო მეტი სტომატოლოგიური კლინიკა აცხადებს უარს სადაზღვევო კომპანიებთან თანამშრომლობაზე. თანამშრომლობის შეწყვეტის ყველაზე ხშირი მიზეზი სერვისების დაბალი ფასია. 2015 წელს საქართველოში სადაზღვევო კომპანიების მიერ ბენეფიციარებისთვის შეთავაზებული სტომატოლოგიური სერვისების ანალიზის, დაზღვევის პირობებისა და ანაზღაურების მეთოდების მიმოხილვის მიზნით **კვლევა** ჩატარდა. **შედეგები:** კვლევისთვის გამოყენებული იქნა დელფიური კვლევის მეთოდი. კვლევაში ჯანდაცვის ექსპერტები, სტომატოლოგიური კლინიკების მენეჯერები და პრაქტიკოსი სტომატოლოგები მონაწილეობდნენ. ჯანდაცვის ექსპერტთა 30% სადაზღვევო კომპანიების მიერ სტომატოლოგიური კლინიკებისთვის შეთავაზებულ სერვისებს პოზიტიურად აფასებს, ხოლო 67% - როგორც "ცუდს". ექიმი სტომატოლოგების 100%-ის შეფასებითაც ეს სერვისები მხოლოდ ცუდი ან ძალიან ცუდია. თუმცა, ექსპერტთა ნაწილის დასკვნით, მზღვეველების მიერ შეთავაზებული დაფინანსების და ადმინისტრირების წესი სტომატოლოგიურ შემთხვევებზე რაციონალურია. ზოგიერთ შემთხვევაში კი რისკის გათვლა ხდება არასწორად, რაც შესაბამისად აისახება სადაზღვევო პრემიაზე. **დისკუსია, დასკვნა:** სტომატოლოგ რესპონდენტთა განცხადებით, სიტუაციის ნორმალიზება შესაძლებელია სადაზღვევო კომპანიის ბენეფიციართათვის თავისუფალი არჩევანის უზრუნველყოფით და კლინიკასა და სადაზღვევო კომპანიას შორის არსებული წინასწარშეთანხმებული მეორე პრეისკურანტის გაუქმების შემთხვევაში.

Dental insurance service conditions and remuneration methods in Georgia

Zurab Alkhanishvili, Mari Mchedlishvili, Ani Azrumelashvili, Ketevan kiladze Nana Devdariani

Abstract

Dental services are the one of the most expensive medical services and insurance companies are rarely reimbursing them. In the developed countries dental services are financed by complementary and supplementary life insurance programs. Customers use these types of insurance when they wish to expand the compulsory insurance pack. Though, the voluntary life insurance market is small. Since February 28, 2013, when Universal Healthcare (UHC) Program, which does not include dental services, has been activated, insurance companies became motivated to develop them in order to sell health insurance, however nowadays a lot of dental clinics refuse to cooperate with insurance companies and in most cases the major reason is the price of dental services. In 2015 the research study was held in order to review and analyze the proposed dental service insurance packages and conditions. **Results:** the used method for study was **Delphi** technique as a **research** methodology . Participants were the healthcare experts, dental clinics' managers and practice dentists. In 30% of healthcare experts the assessment of dental services for dental clinics by the insurance companies was positive, and in 67% the respond was negative. In 100% the assessment of dentists was negative. However, the part of experts confirmed the fact that insurer's financial and administration rules were

rational in most cases, but sometimes the risk assessment were incorrect, which accordingly influence the Insurance Premium. **Discussion, conclusion:** according to the dentists, the situation might get better if there will be a possibility of free choice and if the second treatment price list would not be necessary in the process of cooperation between the dental clinic and insurance company.

Key words: Dentistry, Insurance, accessibility

ბიბლიოგრაფია:

1. ვერულავა თ. „ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა“, საქართველოს უნივერსიტეტი, თბილისი. 2009.
2. იაკობიანი ტ. „ვუახლოვდებით ევროპას? ეკონომიკური და სოციალური პოლიტიკა საქართველოში, სომხეთსა და აზერბაიჯანში“. თბილისი. 2010
3. Alemayehu B, E Warner K. The Lifetime Distribution of Health Care Costs. Health Services Research. 2009.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361028/> ნანახია: 06.05.16
4. Bharath Kumar Garla, G. Satish,1, K. T. Divya2. 2014. Int Soc Prev Community Dent. 4 (Suppl 2): S73–S77. Dental insurance: A systematic review
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4278106/> ნანახია: 06.05.16.
5. Dental Fear Central, Financing Dental Treatment, Financing Dental Treatment in the UK . 2004-2016.
<http://www.dentalfearcentral.org/fears/cost-of-dental-treatment/#UK> ნანახია: 06.05.16
6. Dental Fear Central, Financing Dental Treatment, Financing Dental Treatment in the US 2004-2016.
<http://www.dentalfearcentral.org/fears/cost-of-dental-treatment/#US> ნანახია: 06.05.16.
7. National Health Service in England, NHS Choices (www.nhs.uk) Who is entitled to free NHS dental treatment in England?
<http://www.nhs.uk/chq/Pages/1786.aspx?CategoryID=74> last reviewed: 06/05/2014. ნანახია: 06.05.16.

სადაზღვევო კომპანიების, როგორც საქართველოს ეკონომიკის ინვესტირების წყაროს გამოყენების პერსპექტივები

თეონა ელიაშვილი¹ თენგიზ ვერულავა²

შესავალი

მსოფლიოში, კაპიტალის ბაზარზე, ძირითად მოთამაშე ინსტიტუციურ ინვესტორებს შორის წარმოდგენილია სადაზღვევო ორგანიზაციებიც. მსოფლიო პრაქტიკა ცხადყოფს, რომ სადაზღვევო კომპანიები ფინანსური რესურსების მნიშვნელოვან აკუმულირებას ახდენენ. ამდენად, სადაზღვევო ინდუსტრია ერთ-ერთი წამყვანი სექტორია ეკონომიკური განვითარებისთვის. სადაზღვევო კომპანიების მიერ, ფინანსური რესურსების მობილიზება და შემდგომ, მათი გარდაქმნა ინვესტიციებად, სადაზღვევო სექტორს აქცევს მნიშვნელოვან ფინანსურ წყაროდ ქვეყნის ეკონომიკის განვითარებაში (Бажахов 2012).

ევროპული სადაზღვევო კომპანიების აქტივების დაახლოებით 60 % არის სამთავრობო და კორპორატიულ ობლიგაციებში (Wyman 2013). ამ ინვესტიციების მეშვეობით სადაზღვევო სექტორი თამაშობს მნიშვნელოვან როლს ეკონომიკაში. სადაზღვევო კომპანიები ახდენენ მცირე და საშუალო საწარმოების პირდაპირ დაკრედიტებას, ინვესტიციებს ინფრასტრუქტურაში, იპოთეკურ სესხებში, უძრავ ქონებაში, კერძო ინვესტიციებში (Wyman 2013).

წამყვან ინდუსტრიულ ქვეყნებში, საფონდო ბაზრებზე, უამრავი ფინანსური ინსტიტუტია წარმოდგენილი, რომელთა შორის ყველაზე მეტ ინვესტირებას, სწორედ სადაზღვევო კომპანიები ახდენენ. ამდენად, ყველა განვითარებულ ფინანსურ ბაზარზე, სადაზღვევო კომპანიები ერთ-ერთ ძირითად ინსტიტუციურ ინვესტორებს წარმოადგენენ. საქართველოს საფონდო ბირჟაზე (სსბ) კი დღეისათვის, 7 მოქმედი კომპანიიდან არც ერთი წარმოადგენს სადაზღვევო ორგანიზაციას (საქართველოს საფონდო ბირჟა 2014), მაგრამ აღსანიშნავია, რომ სსბ დაფუძნდა 1999 წლის 12 იანვარს წამყვანი საბროკერო კომპანიების, კომერციული ბანკების, სადაზღვევო კომპანიებისა და საინვესტიციო ფონდების ინიციატივით.

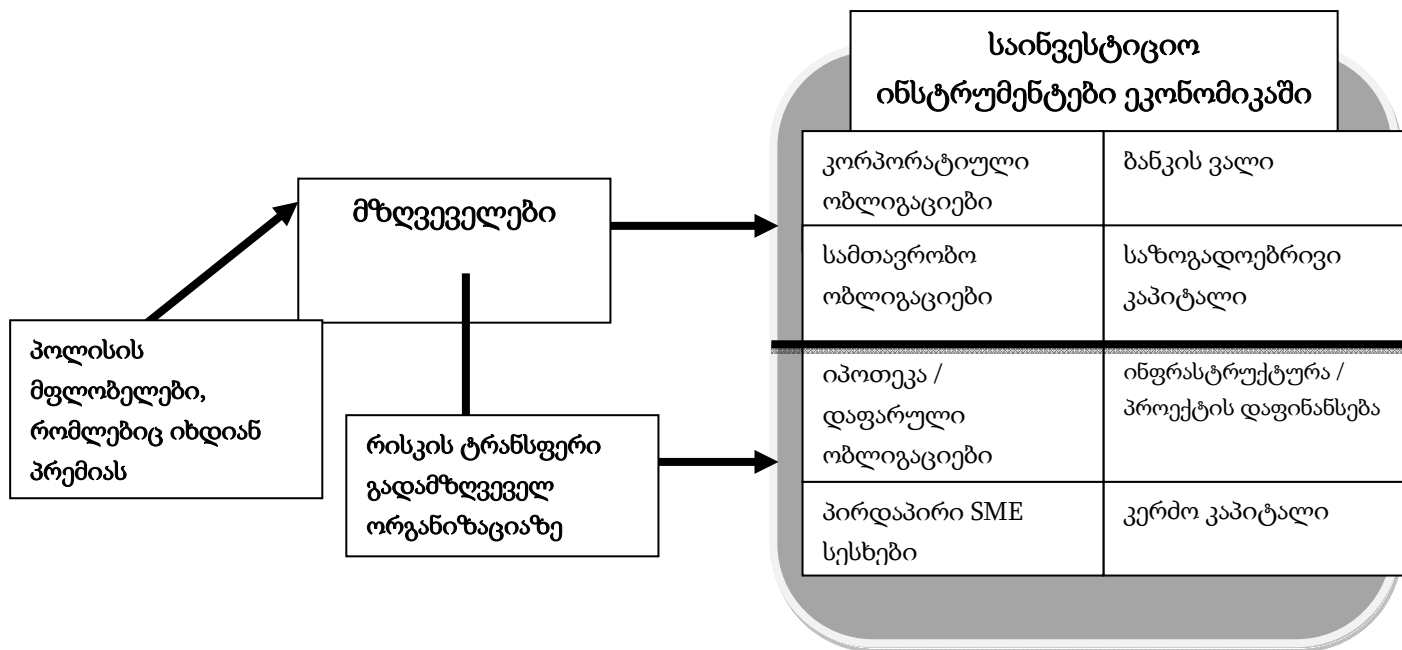
სადაზღვევო რეზერვები წარმოადგენს ინვესტირების ძირითად წყაროს, რასაც სიცოცხლის დაზღვევა და საპენსიო ფონდები (საპენსიო დაზღვევა) უზრუნველყოფს გრძელვადიანი დაფარვით. 1980-2009 წლებში დიდ ბრიტანეთში საპენსიო აქტივების წილი მთლიან შიდა პროდუქტში (მშპ) გაიზარდა 20 %-დან 80 %-მდე, ხოლო სადაზღვევო კომპანიების აქტივები კი — 20 %-დან 100 %-მდე (City of London Corporation 2011). ამავე დროს, საპენსიო ფონდებმა და სადაზღვევო კომპანიებმა დაიწყეს ინვესტიციების ჩადება აქტივებში, კორპორატიულ ობლიგაციებში.

საქართველოში სიცოცხლის დაზღვევის მოზიდული პრემიის წილი მშპ-ში, 2008 წლიდან 2013 წლამდე, შემცირებულია 20 %-ით და შეადგენს 0,05 %-ს, ხოლო საპენსიო ფონდებში განხორციელებული შენატანების წილი კი, ამავე პერიოდში, 55 %-ით არის შემცირებული და მხოლოდ 0,01 %-ს შეადგენს მშპ-ში (სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური 2014). კონტინენტურ ევროპაში ისტორიულად ინსტიტუციური ინვესტორები შედარებით მცირეა, რადგან PAYG (pay-as-you-go) სისტემის გაფართოება საპენსიო ფონდების შემცირებას იწვევდა (City of London Corporation 2011).

¹ სოფლის მეურნეობის პროექტების მართვის სააგენტო, აგროდაზღვევის პროგრამის ანგარიშთა მმართველი.

² მედიცინის აკადემიური დოქტორი. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი. აკად. გ. ჩაფიძის სახ. გადაუღებელი კარდიოლოგიის ცენტრის ხარისხის მართვის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი.

სქემა №1. სადაზღვევო ინვესტირების სქემა ეკონომიკაში



წყარო: “Insurance companies and the financial crisis”, OECD, March 2010; Bank for International Settlements; EIOPA; Eurostat; Economist Intelligence Unit; ECBC; Insurance Europe and Oliver Wyman analysis.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, აქტუალურია ქართული სადაზღვევო კომპანიების საინვესტიციო შესაძლებლობების გაუმჯობესება. ამ მხრივ, მნიშვნელოვანია საერთაშორისო გამოცდილების გათვალისწინება, სადაც საინვესტიციო საქმიანობის ერთ-ერთ მთავარ წყაროს სადაზღვევო კომპანიები შეადგენენ. კვლევის მიზანია სადაზღვევო ფონდების, როგორც საქართველოს ეკონომიკის ინვესტირების წყაროს, განვითარების პერსპექტივების შესწავლა.

მიზნის შესაბამისად განსაზღვრულია შემდეგი ამოცანები:

- საქართველოს სადაზღვევო სექტორში საინვესტიციო პოტენციალის და საინვესტიციო საქმიანობაზე მოქმედი ფაქტორების ანალიზი;
- სადაზღვევო კომპანიების საინვესტიციო საქმიანობის შედეგების ანალიზი;
- სიცოცხლის და საპენსიო დაზღვევის განვითარების მეშვეობით მზარდი გრძელვადიანი სადაზღვევო ინვესტირებისთვის პერსპექტივების შეფასება და განვითარების მთავარი პრობლემის გამოვლენა დაზღვევის შესაბამის ბაზარზე.

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია სადაზღვევო ინვესტიციების შესახებ არსებული ქართული და უცხოური ლიტერატურა, პერიოდული ბეჭდვითი გამოცემების სტატიები, ინტერნეტით მოძიებული მონაცემები. გამოყენებულ იქნა საქართველოში არსებული, სტატისტიკის (საქსტატი) და დაზღვევის ზედამხედველობის (სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური) სამსახურების და საქართველოს ეროვნული ბანკის (სებ) შესაბამისი მასალები, რაც ძირითადად, მოიცავს მონაცემებს საქართველოს მთლიანი შიდა პროდუქტის (მშპ) შესახებ, საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის სტატისტიკურ და ფინანსურ მაჩვენებლებს, არასახელმწიფო საპენსიო დაზღვევის სტატისტიკურ მაჩვენებლებს. ამ მონაცემების საფუძველზე, განხორციელდა სტატისტიკური ტენდენციების წარმოდგენა საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის მიმდინარე საინვესტიციო საქმიანობის შესახებ, სადაზღვევო ინვესტიციების ძირითადი წყაროების, სიცოცხლის და

საპენსიო დაზღვევის ბაზრების განვითარების თავისებურებების კვლევა და სექტორის ფინანსური მდგომარეობის შეფასება კოეფიციენტური ანალიზის მეშვეობით.

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განისაზღვრა ხუთი სადაზღვევო კომპანიის („ალდაგი ბი სი აი“, „ჯი პი აი ჰოლდინგი“, „ირაო“, „აი სი ჯგუფი“, „ალფა“) წარმომადგენლების, ფინანსური მენეჯერების სიღრმისეული ინტერვიუ, გამოკითხვა, ამავე ორგანიზაციების მიერ განხორციელებული საინვესტიციო პროექტების, კაპიტალ-დაბანდების და ზოგადად, სადაზღვევო ინვესტიციების შესახებ, მისი განვითარების ხელშემშლელი თუ ხელშემწყობი ფაქტორების გამოვლენის და დადგენის მიზნით. ხუთი მზღვეველი ორგანიზაციიდან კვლევაში მონაწილეობა მხოლოდ ერთმა კომპანიამ მიიღო, რომლის ფინანსური ანგარიშგების მენეჯერთანაც ჩატარდა სიღრმისეული ინტერვიუ, დაახლოებით, 30 წუთიანი ხანგრძლივობით. დანარჩენმა ოთხმა კომპანიამ არ ისურვა კვლევაში მონაწილეობა.

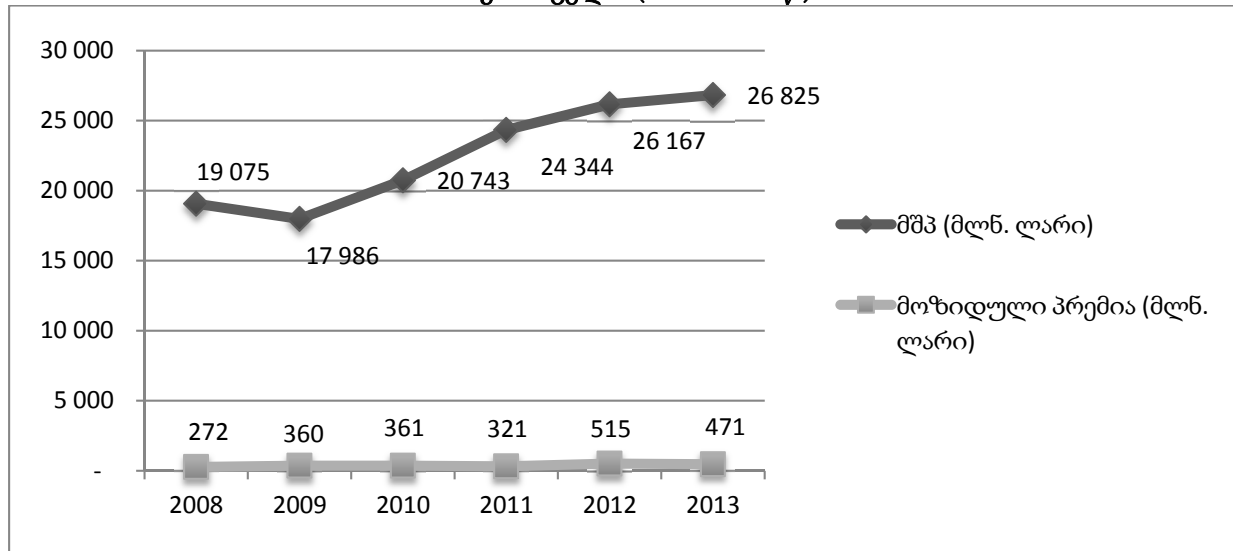
კვლევის შედეგები

საქართველოს სადაზღვევო სექტორის საინვესტიციო საქმიანობის ანალიზი

საქართველოს სადაზღვევო სექტორის საინვესტიციო ანალიზი საბაზრო ეკონომიკის განსხვავებულ მოდელებთან შედარებით, სადაზღვევო ინვესტიციების შესაძლებლობები და ხარისხი, მისი წვლილი ეროვნული ეკონომიკის განვითარებაში, ფასდება ცალკეული ფაქტორებით, რომლებიც ანალიზებს სადაზღვევო ბაზრის მასშტაბს და სტრუქტურას.

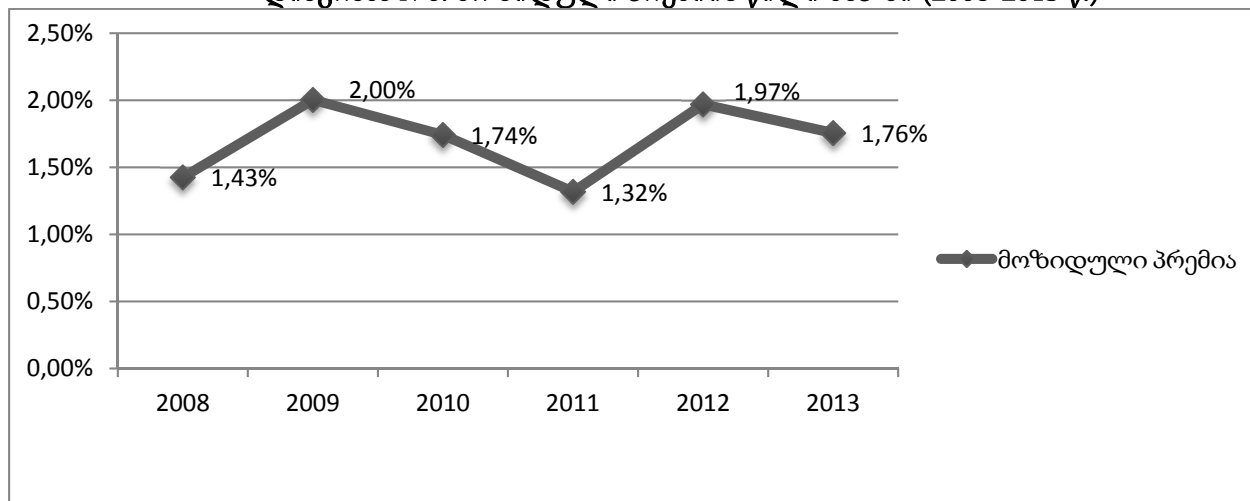
ქვეყნის ეკონომიკის ინვესტირებაზე სადაზღვევო კომპანიების გავლენის ფაქტორი დადებითად რომ შეფასდეს, უნდა იყოს მდგრადი და სწრაფად მზარდი, მაგრამ საქართველოს სადაზღვევო სექტორს პრემიების დაბალი მოცულობა აქვს — 471 150 341 ლარი (2013), რაც მშპ-ის 1,76 %-ს შეადგენს (იხ. დიაგრამა №5 და დიაგრამა №6). ბაზრის მიღწეული მოცულობის დონე არ შეესაბამება ქვეყნის ინდუსტრიის განვითარების პარამეტრს — მშპ-ს 5 % (განვითარებულ ქვეყნებში) და ვერ აღწევს საბჭოთა პერიოდის დონემდეც — 3,3 %-ს (Бажанов 2012).

დიაგრამა №5. მოზიდული პრემიის სტრუქტურა მშპ-სთან მიმართებით. საქართველო (2008-2013 წ.)



წყარო: სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური. სადაზღვევო ბაზრის სტატისტიკური მაჩვენებლები. საქსტატი. მშპ და ეროვნული შემოსავალი.

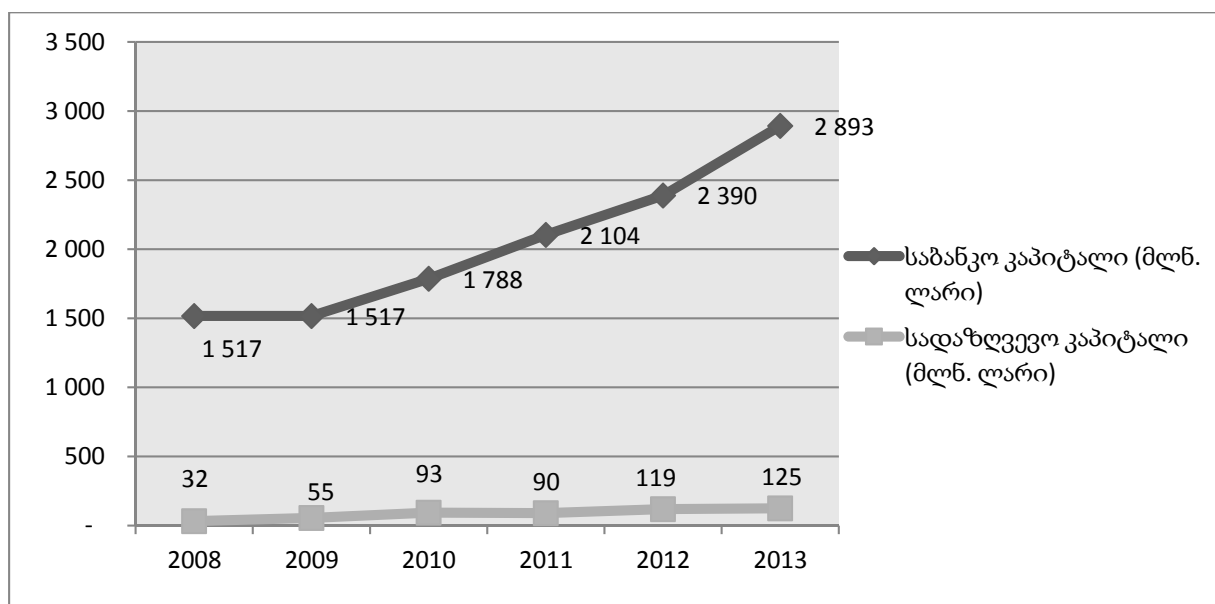
დიაგრამა №6. მოზიდული პრემიის წილი მშპ-ში (2008-2013 წ.)



წყარო: სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური. სადაზღვევო ბაზრის სტატისტიკური მაჩვენებლები. ვებ-გვერდი. <http://insurance.gov.ge/Page3.htm>. საქსტატი. მშპ და ეროვნული შემოსავალი. ვებ-გვერდი. http://geostat.ge/?action=page&p_id=118&lang=geo.

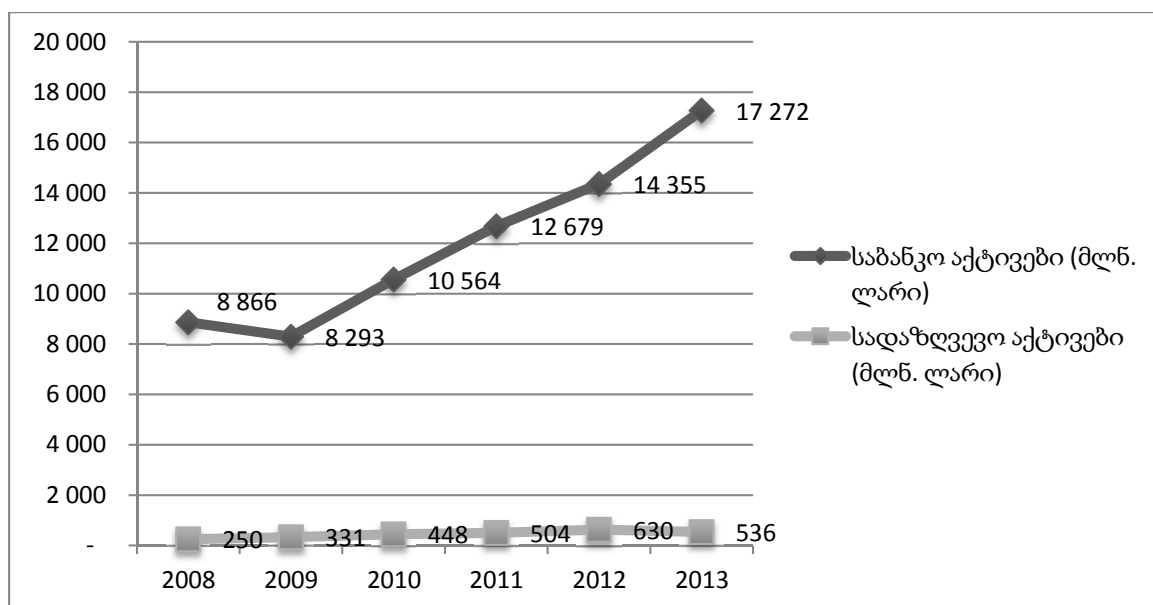
საქართველოში სადაზღვევო სექტორს, გლობალური ტენდენციებისგან განსხვავებით, აქვს გაცილებით უფრო დაბალი კაპიტალიზაცია, ვიდრე საკრედიტო დაწესებულებებს (ბანკებს), რომელთა საშუალო მაჩვენებელი, კვლევის საანგარიშგებო პერიოდის განმავლობაში (2008-2013 წ.), შესაბამისად ტოლია: ერთი სადაზღვევო კომპანია - საშუალოდ, 6 მლნ. ლარი სააქციო კაპიტალი, ერთი კომერციული ბანკი - საშუალოდ, 2 015 მლნ. ლარი სააქციო კაპიტალი (იხ. დიაგრამა №7). რაც შეეხება აქტივების მოცულობას, 2008-2013 წლებში, საშუალოდ, ერთი კომერციული ბანკის აქტივები, თითქმის 45-ჯერ აღემატება ერთი სადაზღვევო კომპანიის აქტივების საშუალო მაჩვენებელს (იხ. დიაგრამა №8). ამის გამო, საქართველოში საბანკო სექტორი ფინანსური ბაზრის მთავარი მოთამაშეა.

დიაგრამა №7. ბანკებისა და სადაზღვევო კომპანიების სააქციო კაპიტალის ურთიერთდამოკიდებულების დინამიკა (2008-2013 წ.)



წყარო: სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური. სადაზღვევო ბაზრის ფინანსური მაჩვენებლები. სებ. საბანკო ზედამხედველობა.

დიაგრამა №8. ბანკებისა და სადაზღვევო კომპანიების აქტივების ურთიერთდამოკიდებულების დინამიკა (2008-2013 წ.)



წყარო: სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური. სადაზღვევო ბაზრის ფინანსური მაჩვენებლები. სებ. საბანკო ზედამხედველობა.

სადაზღვევო რეზერვების განთავსების სტრუქტურა

სადაზღვევო კომპანიები საინვესტიციოდ, ძირითადად, გამოიყენებენ დროებით თავისუფალ, საკუთარ და ნასესხებ სახსრებს. საკუთარ საშუალებებთან ერთად, გამოიყენება სადაზღვევო რეზერვებიც, რომლებიც დადგენილია სადაზღვევო ორგანიზაციებისთვის საქმიანობის განსახორციელებლად. დაზღვევის ზედამხედველობის სამსახური განსაზღვრავს რეზერვების შექმნის წესს, რომლის თანახმად, მზღვეველი ვალდებულია შექმნას სადაზღვევო რეზერვები არასიცოცხლის, სიცოცხლისა და არასახელმწიფო საპენსიო დაზღვევის მიზნით.

სადაზღვევო ორგანიზაციების რეზერვები იყოფა შემდეგ სახეებად: სიცოცხლის დაზღვევის რეზერვები და სიცოცხლის დაზღვევის გარდა დაზღვევის სხვა სახეების რეზერვები (დაზღვევის რისკობრივი სახეები) (ვერულავა, სალექციო კურსი "სადაზღვევო საქმე". სადაზღვევო რეზერვები 2012).

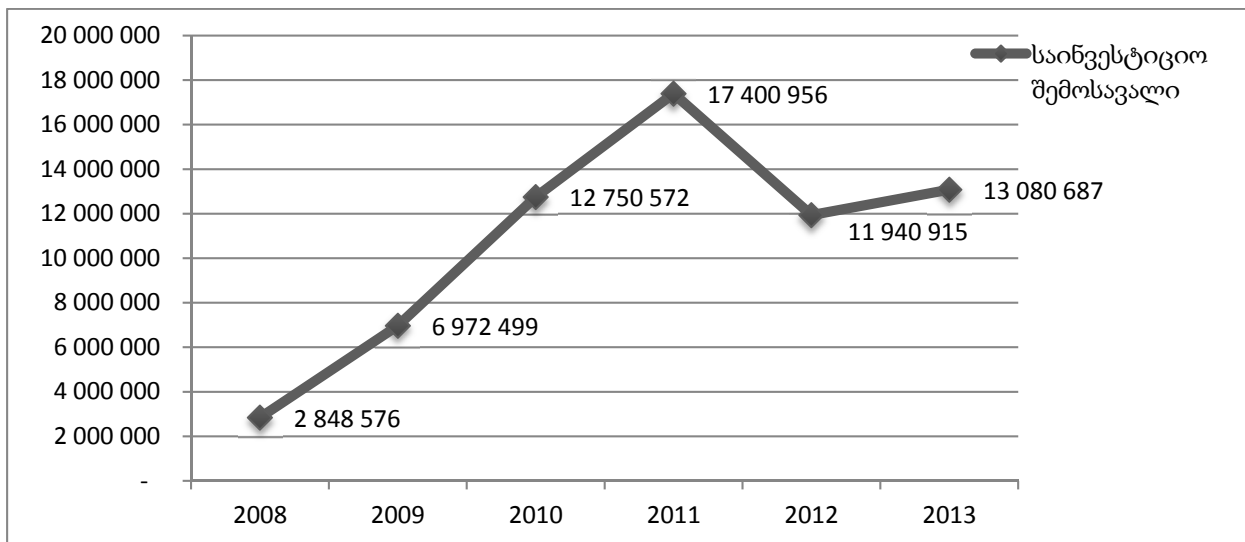
სადაზღვევო კომპანიების რეზერვებს გააჩნიათ ეკონომიკური „ხასიათი“ და წარმოადგენენ ინვესტირების წყაროს. საქართველოს კანონის დაზღვევის შესახებ, მესამე თავის, მე-13 მუხლის (მზღვეველის ფინანსური სიმყარის უზრუნველყოფის პირობები), პირველი პუნქტის მიხედვით, მზღვეველის ფინანსური სიმყარის უზრუნველყოფის საფუძველია მისი კაპიტალის, სადაზღვევო რეზერვებისა და გადაზღვევის სისტემის არსებობა. ამავე კანონის, მე-16 მუხლის, მზღვეველის გადახდისუნარიანობის გარანტიები, მეორე პუნქტის თანახმად, მზღვეველმა რეზერვების დასაფარავად დასაშვები აქტივები უნდა შეარჩიოს დივერსიფიკაციის, დაბრუნებადობის, სარგებლიანობისა და ლიკვიდურობის პირობებით (სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური 2014).

სადაზღვევო რეზერვების საინვესტიციო შესაძლებლობები დამოკიდებულია სადაზღვევო კონტრაქტის ტიპზე — მოკლევადიანია თუ გრძელვადიანი. სადაზღვევო კომპანიების საინვესტიციო საქმიანობისთვის ყველაზე მნიშვნელოვანია სიცოცხლის დაზღვევა, მისი გრძელვადიანი „ბუნებიდან“ გამომდინარე.

საინვესტიციო საქმიანობის ფინანსური შედეგები

საქართველოს დაზღვევის ზედამხედველობის სამსახურის ფინანსური მონაცემების საფუძველზე, კვლევის საანგარიშგებო პერიოდში (2008-2013 წ.), სადაზღვევო კომპანიების მიერ განხორციელებული საინვესტიციო საქმიანობის შედეგად მიღებულმა ჯამურმა შემოსავალმა 129,99 მლნ. ლარი შეადგინა (იხ. დიაგრამა №9). ამავე მონაცემებზე დაყრდნობით, კვლევის შედეგად ვლინდება საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის საინვესტიციო საქმიანობის გარკვეული დადებითი ტენდენცია — 2008-2011 წლებში მიღებული შემოსავლები არის სტაბილურად მზარდი. მიუხედავად იმისა, რომ 2012 წელს შესაბამისი კოეფიციენტი მნიშვნელოვნად იკლებს, წინა წლის მაჩვენებელთან შედარებით (31 %-ით), 2013 წლიდან კვლავ ზრდის ტენდენცია ფიქსირდება და საინვესტიციო საქმიანობიდან მიღებული შემოსავალი 13,08 მლნ. ლარს შეადგენს, რაც არის 10 %-იანი მატება 2012 წელთან შედარებით. ხოლო 2008 წლიდან (საანგარიშგებო პერიოდის დასაწყისი) 2013 წლამდე კი შემოსავლები სადაზღვევო ინვესტიციებიდან, გაცილებით მეტი, 98 %-ით არის გაზრდილი.

დიაგრამა №9. საინვესტიციო შემოსავალი (2008-2013 წ.)



წყარო: სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური. სადაზღვევო ბაზრის ფინანსური მაჩვენებლები. ვებ-გვერდი. <http://insurance.gov.ge/Page3.htm>.

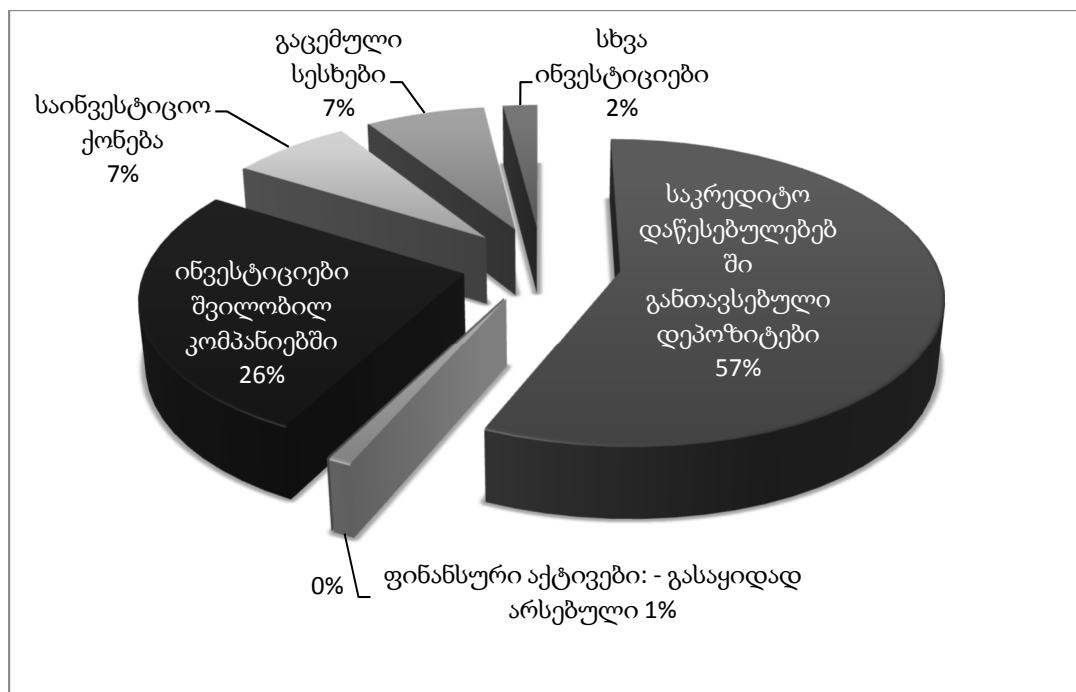
კვლევის საანგარიშგებო პერიოდის განმავლობაში (2008-2013 წ.), საქართველოს სადაზღვევო სექტორის საინვესტიციო აქტივების შესწავლის საფუძველზე ვლინდება, რომ სადაზღვევო საინვესტიციო ინსტრუმენტების ყველაზე დიდი ნაწილი (57 %) მიმართულია საბანკო ანგარიშებზე დეპოზიტებში (იხ. დიაგრამა №10). 26 %-ს შეადგენს შვილობილ კომპანიებში განხორციელებული ინვესტიციები და სადაზღვევო აქტივებში საინვესტიციო ინსტრუმენტების განთავსების თვალსაზრისით, იკავებს მე-2 პოზიციას. ამის საპირისპიროდ, მკვეთრად დესტრუქციული ტენდენცია ახასიათებს მეკავშირე კომპანიებში განხორციელებულ ინვესტიციებს, რომელიც 2013 წლის მონაცემებით - 1,07 მლნ. ლარს შეადგენს და კვლევის საანგარიშგებო პერიოდის განმავლობაშიც (2008-2013 წ.), ეს მონაცემი არის უარყოფითი, რაც 251 180 ლარს უტოლდება (იხ. ცხრილი №1). შედეგად, მისი წილი სადაზღვევო საინვესტიციო აქტივებში 0 %-იანია. 7-7 % ნაწილდება საინვესტიციო ქონებასა და გაცემულ სესხებზე. ხოლო, გასაყიდად არსებულ ფინანსურ აქტივებსა და სხვა დანარჩენ ინვესტიციებს უმნიშვნელო ნაწილი, 1 % და 2 %, უკავია სადაზღვევო საინვესტიციო აქტივებში.

ცხრილი №1. შემოსავალი საინვესტიციო საქმიანობიდან (2008-2013 წ.)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	სულ
საკრედიტო დაწესებულებებში განთავსებული დეპოზიტები	2640 330	5323 529	9341 248	6706 533	6944 339	5746 170	36702 149
ფინანსური აქტივები: - გასაყიდად არსებული	(12 696)	59 534	(12 126)	815 789	(10 367)	(44 641)	795 494
ფინანსური აქტივები: - დაფარვის ვადამდე მფლობელობაში არსებული	-	-	-	-	-	-	-
ფინანსური აქტივები: - რეალური ღირებულებით ასახული მოგებაში ან ზარალში ასახვით			-	-	-	-	-
ინვესტიციები მეკავშირე კომპანიებში	-	-	1 046	6 323	808 533	1067 082	251 180
ინვესტიციები შვილობილ კომპანიებში			2387 366	7736 980	359 064	7 041 257	16 806 539
საინვესტიციო ქონება	46 800	18 101	12 652	979 553	3635 349	-	4 692 455
გაცემული სესხები	174 142	401 533	1020 385	1071 997	785 124	1 404 983	4 858 164
სხვა ინვესტიციები	-	1169 802	-	83 780	137 000	-	1 390 582
შემოსავალი ინვესტიციებიდან	2848 576	6972 499	12750 572	17400956	11940915	13080 687	64 994 204

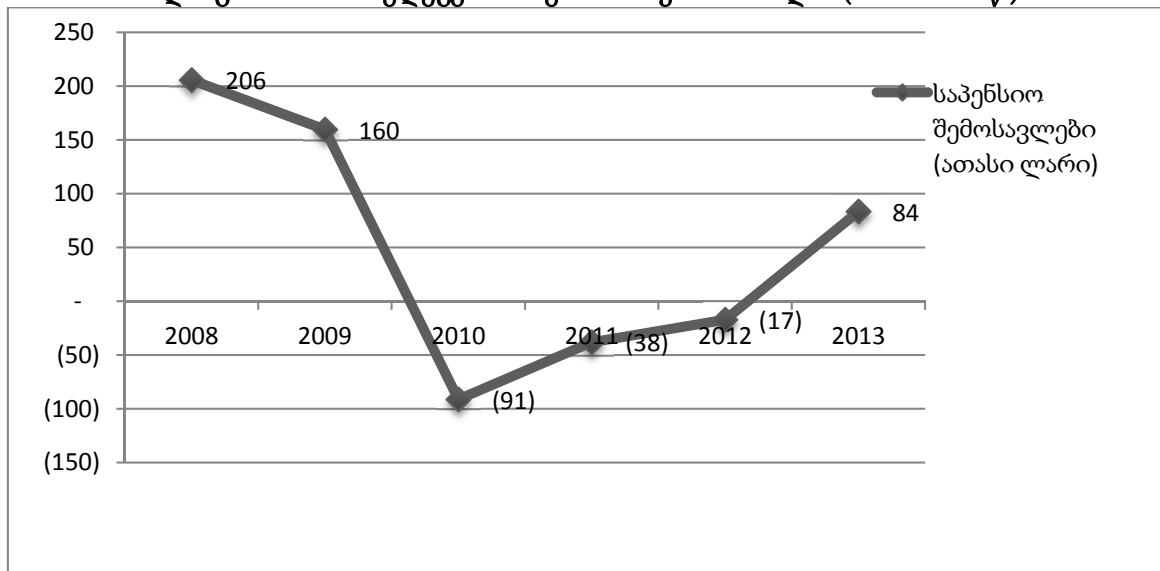
წყარო: სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური. სადაზღვევო ბაზრის ფინანსური მაჩვენებლები. ვებ-გვერდი. <http://insurance.gov.ge/Page3.htm>.

დიაგრამა №10. სადაზღვევო ინვესტირების ალოკაცია (2008-2013 წ.)



კვლევის ფარგლებში, საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის ფინანსურ მონაცემებზე დაყრდნობით, განხორციელდა საპენსიო საქმიანობიდან მიღებული შემოსავლების შესწავლა, რომლის საფუძველზეც გამოვლინდა, რომ მას განვითარების არასტაბილური ტენდენცია ახასიათებს (იხ. დიაგრამა №11). საპენსიო შემოსავლები 2010-2012 წლებში უარყოფითია, რომელიც 2013 წელს, მართალია, 84 ათასს აღწევს, მაგრამ კვლევის საანგარშგებო პერიოდის განმავლობაში (2008-2013 წ.), 59 %-ით არის შემცირებული.

დიაგრამა №11. შედეგები საპენსიო საქმიანობიდან (2008-2013 წ.)



წყარო: სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური. სადაზღვევო ბაზრის ფინანსური მაჩვენებლები.

2008-2013 წლებში საპენსიო საქმიანობიდან წმინდა საკომისიო შემოსავალმა 1,71 მლნ. ლარი შეადგინა, ხოლო საკომისიო ხარჯებმა - 1,57 მლნ ლარი (იხ.

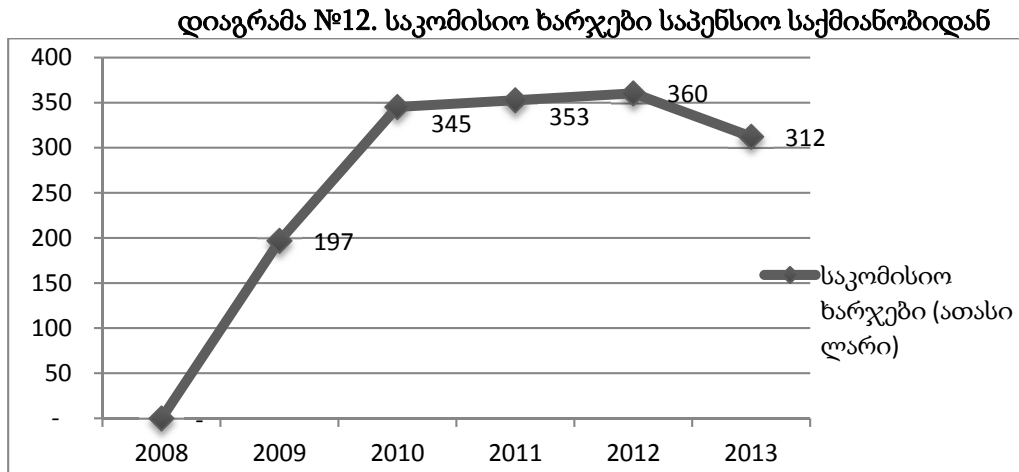
ცხრილი №2).

ცხრილი №2. საპენსიო საქმიანობა (2008-2013 წ.)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	სულ
საკომისიო შემოსავალი	98 793	300 582	254 099	314 831	343 325	395 871	1 707 501
საკომისიო ხარჯები	-	196 956	345 324	352 866	360 460	312 306	1 567 911
სხვა პირდაპირი შემოსავლები	122 894	74 216					197 110
სხვა პირდაპირი ხარჯები	15 918	18 154					34 072
საპენსიო საქმიანობის საინვესტიციო საქმიანობიდან წარმოშობილი ზარალი			-	-	-	-	-
შედეგი საპენსიო საქმიანობიდან, წმინდა	205 769	159 688	(91 225)	(38 035)	(17 134)	83 565	302 628

წყარო: საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური. სადაზღვევო ბაზრის ფინანსური მაჩვენებლები.

საპენსიო საქმიანობიდან მიღებულ შემოსავლებსა და ხარჯებს შორის სხვაობა ძალიან მცირეა. იგი გამოწვეულია საკომისიო ხარჯების ზრდით (იხ. დიაგრამა №12). კვლევის საანგარიშგებო პერიოდის დასაწყისიდან, 2008 წლიდან, საკომისიო ხარჯების ნულოვანი მაჩვენებელი დღეისათვის, 2013 წლის მდგომარეობით, 312 ათასს აღწევს. 2008-2012 წლებში საკომისიო ხარჯები მზარდია. მცირედით იკლებს (13 %-ით) 2013 წელს წინა წლის შესაბამის მაჩვენებელთან შედარებით.

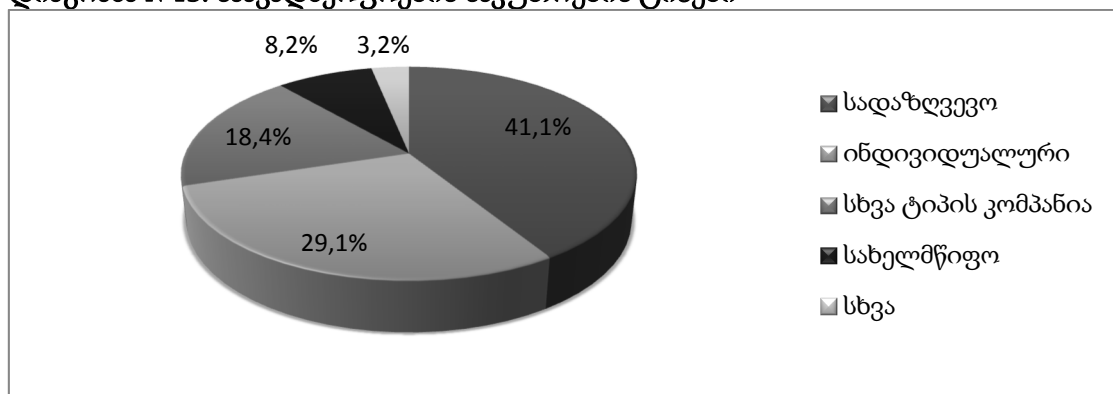


წყარო: სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური. სადაზღვევო ბაზრის ფინანსური მაჩვენებლები.

სადაზღვევო სექტორის ინვესტიციები ქართულ ეკონომიკაში

საქართველოს მთავრობის 2007 წლის 26 იანვრის №11 დადგენილების, ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმის ფარგლებში, 100 ახალი საავადმყოფოს მშენებლობის პროექტში ჩართვა ხელისუფლებამ სადაზღვევო კომპანიებსაც შესთავაზა (ლიბერალი თ. გ.). საქართველოში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, პრივატიზაციისა და ჰოსპიტალურ პროგრამაში სადაზღვევო კომპანიების ჩართვის შემდეგ, 2012 წლის მდგომარეობით, ქვეყანაში მოქმედი საავადმყოფოების 41 % სადაზღვევო კომპანიების მფლობელობაშია (იხ. დიაგრამა №13) (საერთაშორისო გამჭვირვალობა - საქართველო 2012).

დიაგრამა №13. საავადმყოფოების საკუთრების ტიპები

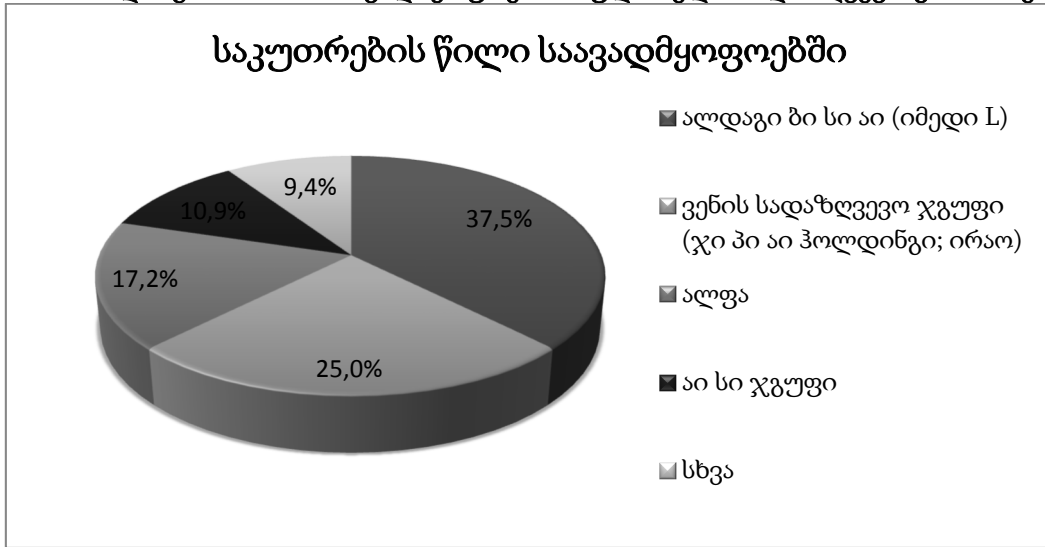


წყარო: საერთაშორისო გამჭვირვალობა - საქართველო. საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი. 2012 თბილისი.

ჩატარებული კვლევის მიხედვით, როგორც ნაჩვენებია დიაგრამა №13-ზე, საქართველოში ჰოსპიტალური სექტორის ყველაზე დიდი წილი (41 %) სადაზღვევო ორგანიზაციების საკუთრებაშია. სადაზღვევო კომპანიების მფლობელობაში არსებული საავადმყოფოების საკუთრების ანალიზის საფუძველზე კი გამოვლინდა, რომ მათ 80 %-ზე

მეტს 5 კომპანია, „ალდაგი ბი სი აი“, „ჯი პი აი ჰოლდინგი“, „ირაო“, „აი სი ჯგუფი“ და „ალფა“ ფლობს (იხ. დიაგრამა №14).

დიაგრამა №14. საავადმყოფოების მფლობელი სადაზღვევო კომპანიები



წყარო: საერთაშორისო გამჭვირვალობა - საქართველო. საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი. 2012 თბილისი

მოცემული კვლევის ფარგლებში, გათვალისწინებული იყო სიღრმისეული ინტერვიუს მეთოდით, ხსენებული ხუთი სადაზღვევო კომპანიის („ალდაგი ბი სი აი“, „ჯი პი აი ჰოლდინგი“, „ირაო“, „აი სი ჯგუფი“, „ალფა“) ფინანსური მენეჯერების გამოკითხვა, მაგრამ, რამდენადაც, მათგან მონაწილეობა მხოლოდ ერთმა მიიღო, საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების გენერალური გეგმის ფარგლებში, განხორციელებული სადაზღვევო ინვესტიციების შესახებ, არსებობს მხოლოდ ერთი კომპანიის მინაცემი, რაც შეადგენს, დაახლოებით, 32 მლნ. ლარის ინვესტიციას 10 რეგიონულ საავადმყოფოზე. მართალია, ინტერვიუს ფარგლებში, მოხდა ფართოდ განზოგადება საქართველოში მიმდინარე სადაზღვევო ინვესტიციების შესახებ, თუმცა, რაიმე სტატისტიკის დადგენა და გარკვეული ფაქტორების გამოვლენა, რაც გავლენას ახდენს სადაზღვევო ინვესტიციებზე და აყალიბებს მის თავისებურებებს საქართველოში, მოცემულ შემთხვევაში, შეუძლებელია, რადგან არარელევანტურია, რომ შედეგები ეყრდნობოდეს ერთი კომპანიის მონაცემებს.

საქართველოს სადაზღვევო სექტორის საინვესტიციო პოტენციალის ანალიზი

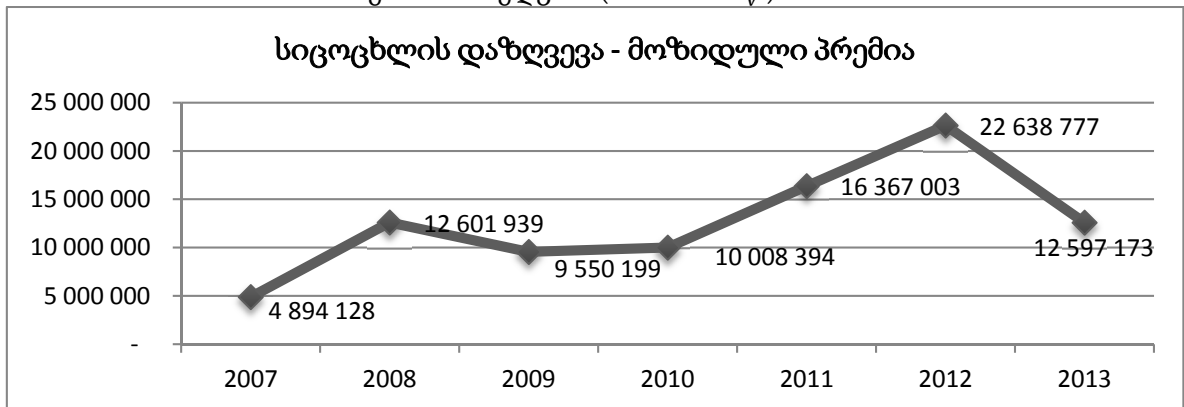
სიცოცხლის და საპენსიო დაზღვევის ბაზრების განვითარება საქართველოში

სადაზღვევო სექტორში ყველაზე დიდი საინვესტიციო პოტენციალი გააჩნია სიცოცხლის დაზღვევას და საპენსიო ფონდებს. კერძოდ, ხდება გრძელვადიანი რესურსების აკუმულირება და მათი დიდი ნაწილის ინვესტირება ეკონომიკაში. საქართველოში ჩატარებული კვლევები მოწმობს, რომ სიცოცხლის დაზღვევის ბაზარი განუვითარებელია და შესაბამისად, ვერ უზრუნველყოფს სადაზღვევო სექტორის საინვესტიციო პორტფელს გრძელვადიანი რესურსებით (სტუდენტური კვლევები 2012). საჭიროა, რომ შეიქმნას სრულყოფილი საკანონმდებლო სისტემა სიცოცხლის დაზღვევის სფეროში, რომელიც უნდა ეფუძნებოდეს პოლისის მფლობელის და სადაზღვევო კომპანიის დაბალანსებულ ინტერესებს.

დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის 2013 წლის მონაცემების მიხედვით, საქართველოში ცხრა სადაზღვევო კომპანია - „ალდაგი ბი სი აი“, „ჯი პი აი ჰოლდინგი“, „არქიმედეს გლობალ ჯორჯია“, „ირაო“, „აი სი ჯგუფი“, „ალფა“, „პსპ

სამედიცინო დაზღვევა“, „ქართუ“, „ტაო“ — აწარმოებს სიცოცხლის დაზღვევას (სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური 2014). სადაზღვევო ბაზრის სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, 2010 წლიდან მართალია იზრდება მოზიდული პრემიის ოდენობა, მაგრამ 2013 წლიდან კვლავ იკლებს 44 %-ით წინა წლის მაჩვენებელთან შედარებით (იხ. დიაგრამა №15). ამასთანავე, მოზიდული პრემიის მოცულობა საკმაოდ მცირეა, შესაბამისად, დაბალია როგორც სიცოცხლის დაზღვევის წილი ბაზარზე - 2013 წლის მონაცემებით იგი მხოლოდ 2,67 %-ს შეადგენს (იხ. ცხრილი №3), ასევე სიცოცხლის დაზღვევის მოზიდული პრემიის წილი მშპ-ში — 2013 წლის მონაცემებით, მისი წილი მშპ-ში განისაზღვრება 0,05 %-ით (იხ. დიაგრამა №16 და დიაგრამა №17).

დიაგრამა №15. სიცოცხლის დაზღვევის ბაზრის განვითარების დინამიკა მოზიდული პრემიის მიხედვით (2007-2013 წ.)



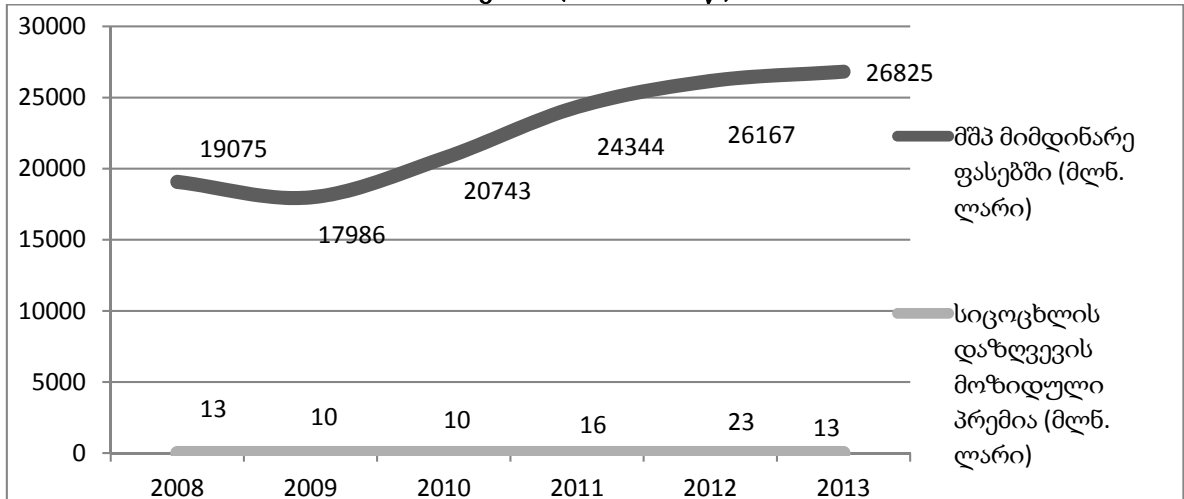
წყარო: სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური. ვებ-გვერდი. სადაზღვევო ბაზრის სტატისტიკური მაჩვენებლები. <http://insurance.gov.ge/Page3.htm>.

ცხრილი №3. სიცოცხლის დაზღვევის ბაზრის სტრუქტურა (2007-2013 წ.)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
მოზიდული პრემია (ლარი)	4 894 128	12 601 939	9 550 199	10 008 394	16 367 003	22 638 777	12 597 173
წილი ბაზარზე	4,12 %	4,63 %	2,65 %	2,77 %	5,10 %	4,39 %	2,67 %

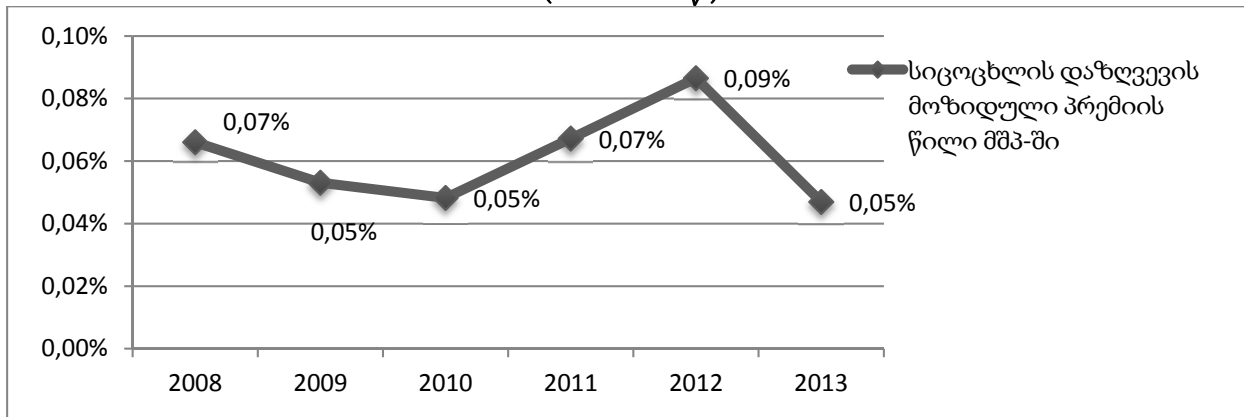
წყარო: სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური. ვებ-გვერდი. სადაზღვევო ბაზრის სტატისტიკური მაჩვენებლები.

დიაგრამა №16. სიცოცხლის დაზღვევის მოზიდული პრემიის სტრუქტურა მშპ-სთან მიმართებით (2008-2013 წ.)



წყარო: საქსტატი. მშპ და ეროვნული შემოსავალი.

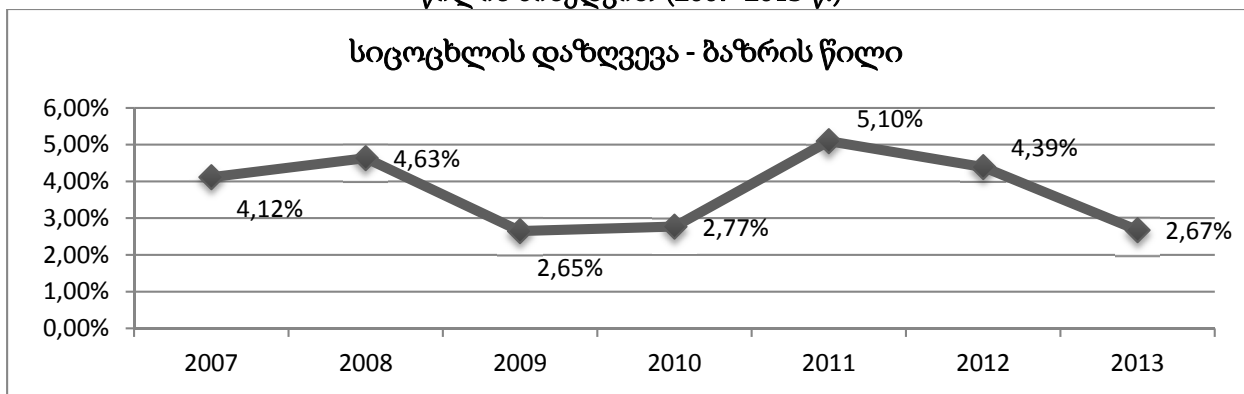
დიაგრამა №17. სიცოცხლის დაზღვევის მოზიდული პრემიის წილი მშპ-ში (2008-2013 წ.)



წყარო: საქსტატი. მშპ და ეროვნული შემოსავალი. ვებ-გვერდი. http://geostat.ge/?action=page&p_id=115&lang=geo.

სადაზღვევო ბაზრის ბოლო 7 წლის მონაცემები ცხადყოფს, რომ სიცოცხლის დაზღვევის ბაზრის განვითარების არასტაბილური ტენდენცია ახასიათებს. მართალია, 2011 წელს ბაზრის წილი 54 %-ით იზრდება წინა წელთან შედარებით და 7 წლიანი სტატისტიკის განმავლობაში, ფიქსირდება ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი, 2012-2013 წლებში კვლავ მცირდება, შესაბამისად 14%-ით და 39%-ით (იხ. დიაგრამა №18).

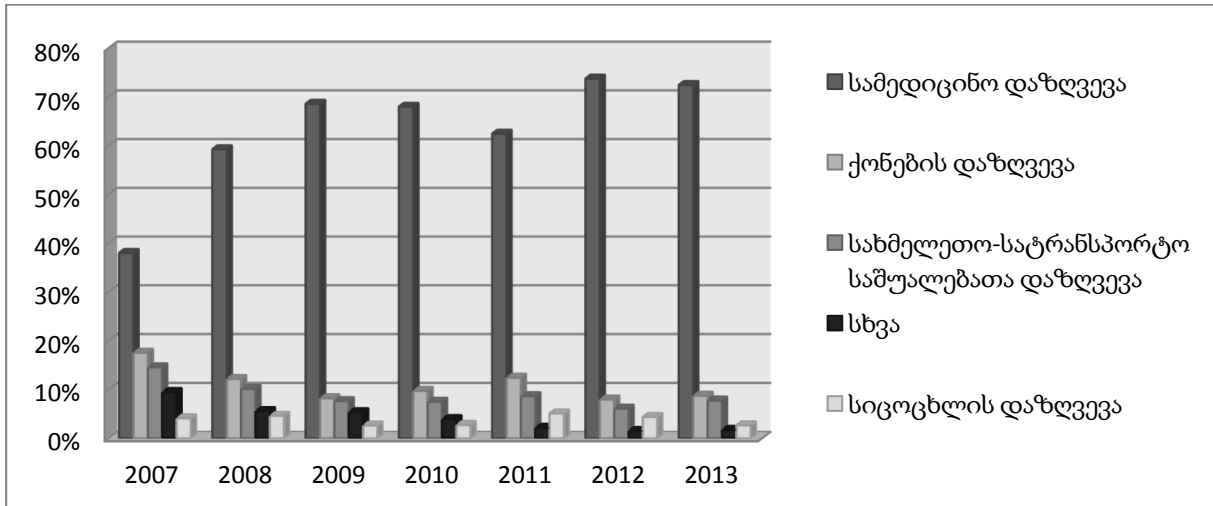
დიაგრამა №18. სიცოცხლის დაზღვევის ბაზრის განვითარების დინამიკა ბაზრის წილის მიხედვით (2007-2013 წ.)



წყარო: სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური. ვებ-გვერდი. სადაზღვევო ბაზრის სტატისტიკური მაჩვენებლები.

საქართველოს დაზღვევის ზედამხედველობის სამსახურის მონაცემებით, 2013 წლისთვის საქართველოს სადაზღვევო ბაზარზე დაზღვევის 18 სახეობაა წარმოდგენილი. დაზღვევის სახეობებს შორის, საერთო რეიტინგში, სიცოცხლის დაზღვევა 2011-2013 წლებში მე-4 პოზიციაზე იმყოფება სამედიცინო, ქონების და სახმელეთო-სატრანსპორტო საშუალებათა დაზღვევის შემდეგ, რაც გარკვეულწილად დადებითი ტენდენციაა, გამომდინარე იქიდან, რომ შესაბამის რეიტინგში, 2007-2010 წლებში, სიცოცხლის დაზღვევა მე-5 ადგილზე იმყოფება (იხ. დიაგრამა №19).

დიაგრამა №19. დაზღვევო ბაზრის სტრუქტურა დაზღვევის სახეების მიხედვით (2007-2013 წ.)



წყარო: სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური.

საქართველოში სიცოცხლის დაზღვევის ბაზარზე, მიუხედავად გარკვეული დადებითი ტენდენციებისა, ჩატარებული კვლევები ადასტურებს, რომ აღნიშნული ინდუსტრია პრაქტიკულად განუვითარებელია (სტუდენტური კვლევები 2012). კვლევის ფარგლებში გამოკითხული ექსპერტების მიერ, დასახელებულია ძირითადი მიზეზები, რაც აფერხებს საქართველოში სიცოცხლის დაზღვევის განვითარებას:

➤ **„საზოგადოების მენტალიტეტი.** ქართული საზოგადოების დიდი ნაწილი, შეიძლება ითქვას, რომ სკეპტიკურადაა განწყობილი სადაზღვევო ინდუსტრიის მიმართ, განსაკუთრებით კი მაშინ, როდესაც საქმე სიცოცხლის დაზღვევას ეხება, რადგან ის, თავისი არსით, დაზღვევის გრძელვადიან სახეს წარმოადგენს. პოლისის მოქმედება ვრცელდება 10-20 და მეტი წლის განმავლობაში. პოლიტიკური და ეკონომიკური არასტაბილურობის, მაღალი ინფლაციის პირობებში, გრძელვადიანი ინვესტიციები არ არის მოსახლეობისათვის საინტერესო;

➤ **ინფორმაციის ნაკლებობა.** სიცოცხლის დაზღვევის განვითარებას ასევე მნიშვნელოვნად აფერხებს ინფორმაციის ნაკლებობა. არ ხდება საზოგადოების ინფორმირება აღნიშნული სფეროს სარგებლიანობის შესახებ. როდესაც დაზღვეული, სადაზღვევო პრემიის გადახდის შემდეგ, უმოკლეს ვადაში, პირადად არ იღებს სარგებელს, მისთვის ეს ფულის გაფლანგვასთან ასოცირდება. მაშინ, როდესაც კონკრეტული პიროვნების გადაცვალების შემდეგ, სიცოცხლის დაზღვევის პოლისის არსებობისას, მრავალი ფინანსური პრობლემა ეხსნება მისი ოჯახის წევრებს, განსაკუთრებით, ოჯახის მარჩენალის სიკვდილის შემთხვევაში;

➤ **ეკონომიკური მდგომარეობა.** ექსპერტების მოსაზრებების საფუძველზე შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ყველა დასახელებული მიზეზი ერთ ფაქტორს უკავშირდება და შესაბამისად, საქართველოში სიცოცხლის დაზღვევის განვითარებლობის უმთავრეს ბარიერს ეკონომიკური მდგომარეობა წარმოადგენს. საქართველოში მაკროეკონომიკური

ფონიდან გამომდინარე, ვერ ხდება ფინანსური რისკის შეფასება. სიცოცხლის დაზღვევა კი, თავისი არსიდან გამომდინარე, გრძელვადიან პერსპექტივაში ეფუძნება პრემიის სარგებლის მიღებას, რის გარანტიასაც ქართული სადაზღვევო კომპანიები ვერ უზრუნველყოფენ, რაც თავის მხრივ, საზოგადოების უნდობლობას იწვევს სადაზღვევო ინდუსტრიის მიმართ და თავს იჩენს გარკვეული მენტალური პრობლემები.“

ამდენად, სანამ აქტუალურია საქართველოში მწვავე ეკონომიკური და მენტალური პრობლემები და ვიდრე, გარკვეულწილად მაინც, არ მოხდება მათი აღმოფხვრა, ნაკლებად მოსალოდნელია სიცოცხლის დაზღვევის ინდუსტრიის ზრდა.

საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის 2013 წლის მონაცემებით, კერძო საპენსიო დაზღვევას რეგისტრირებული 14 სადაზღვევო კომპანიიდან მხოლოდ ორი, „აღდაგი ბი სი აი“ და „ჯი პი აი ჰოლდინგი“ სთავაზობს მომხმარებლებს. ბოლო ორი წლის განმავლობაში საპენსიო ფონდების რაოდენობის მკვეთრი შემცირება აღნიშნული ბაზრის არასტაბილურობასა და განვითარების დაბალ დონეზე მიუთითებს (იხ. ცხრილი №4).

ჩატარებული კვლევის მიხედვით, მოსახლეობის მხრიდან არასახელმწიფო საპენსიო დაზღვევის მცირე სტიმული შეინიშნება. „ასეთი სადაზღვევო პროდუქტებისთვის საუკეთესო გამოსავალია კომპანიის მხრიდან მათში დიდი ინვესტირების განხორციელება, რაც მოხმარდება პროდუქტის რეკლამირებას, რათა გახდეს უფრო მიმზიდველი მომხმარებლისთვის, რაც თავის მხრივ, გამოიწვევს შესაბამისი ბაზრის ზრდის ტემპის მატებას“ (სტუდენტური კვლევები 2012).

ცხრილი №4. საპენსიო ფონდები საქართველოში (2008-2013 წ.)

	ორგანიზაციის დასახელება	რაოდენობა
2008	სს სადაზღვევო კომპანია აღდაგი ბი სი აი; სს საქართველოს სადაზღვევო და საპენსიო ჰოლდინგი; სს საერთაშორისო სადაზღვევო კომპანია იმედი L; საქართველოს ეროვნული ბანკი (საპენსიო სქემა); შპს სადაზღვევო კომპანია ტაო; შპს დაზღვევის საერთაშორისო კომპანია ირაო; შპს სადაზღვევო კომპანია პარტნიორი.	7
2009	სს სადაზღვევო კომპანია აღდაგი ბი სი აი; სს სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი ჰოლდინგი; სს საერთაშორისო სადაზღვევო კომპანია იმედი L; შპს სადაზღვევო კომპანია ტაო; შპს დაზღვევის საერთაშორისო კომპანია ირაო; შპს სადაზღვევო კომპანია პარტნიორი.	6
2010	სს სადაზღვევო კომპანია აღდაგი ბი სი აი; სს სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი ჰოლდინგი; სს საერთაშორისო სადაზღვევო კომპანია იმედი L;	3
2011	სს სადაზღვევო კომპანია აღდაგი ბი სი აი; სს სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი ჰოლდინგი; სს საერთაშორისო სადაზღვევო კომპანია იმედი L;	3
2012	სს სადაზღვევო კომპანია აღდაგი ბი სი აი; სს სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი ჰოლდინგი;	2
2013	სს სადაზღვევო კომპანია აღდაგი ბი სი აი; სს სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი ჰოლდინგი;	2

წყარო: სებ. ფინანსური სტაბილურობა. არასახელმწიფო საპენსიო სქემების სტატისტიკური მაჩვენებლები. საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური. არასახელმწიფო საპენსიო სქემების სტატისტიკური მაჩვენებლები.

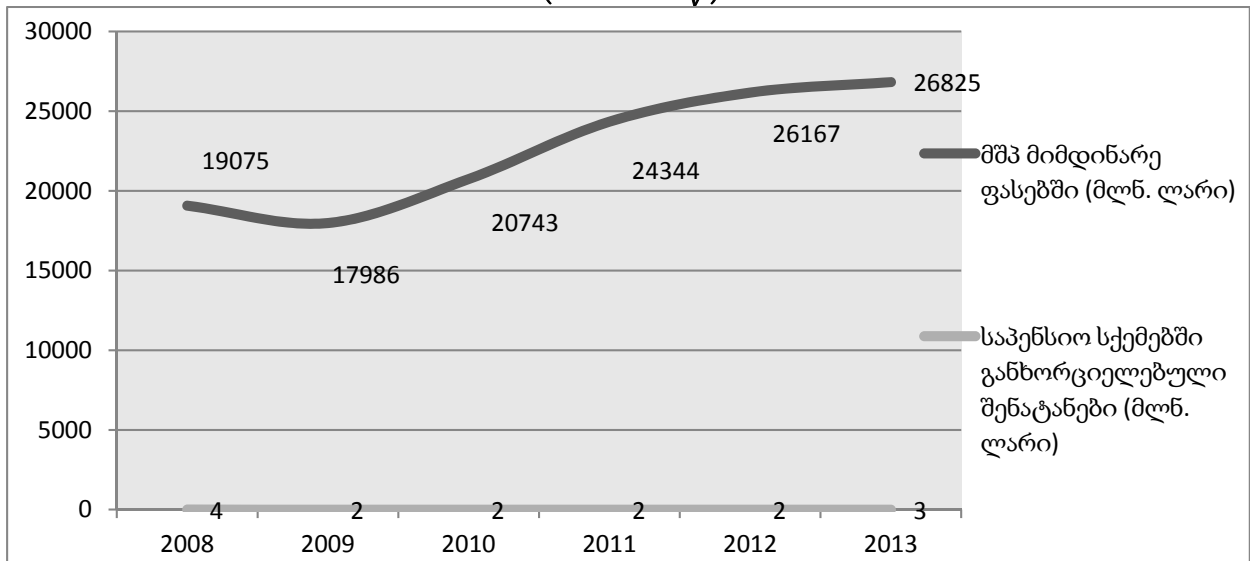
საქართველოს ეროვნული ბანკის მონაცემების მიხედვით, 2008 წლიდან დღემდე საპენსიო სქემებში განხორციელებული შენატანები შემცირებულია 37 %-ით (იხ. ცხრილი №5). ამასთანავე, ძალიან დაბალია საპენსიო შენატანების წილი მშპ-ში, რომლის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი კვლევის საანგარიშგებო პერიოდის დასაწყისში, 2008 წელს ფიქსირდება — 0,02 %, რის შემდეგაც, 2009-2013 წლებში მხოლოდ 0,01 %-ს შეადგენს (იხ. დიაგრამა №20 და დიაგრამა №21).

ცხრილი №5. საპენსიო სქემაში განხორციელებული საპენსიო შენატანები (2008-2013 წ.)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
საპენსიო შენატანები (ლარი)	4 433 849	2 277 894	2 393 288	2 117 817	2 407 256	2 779 415

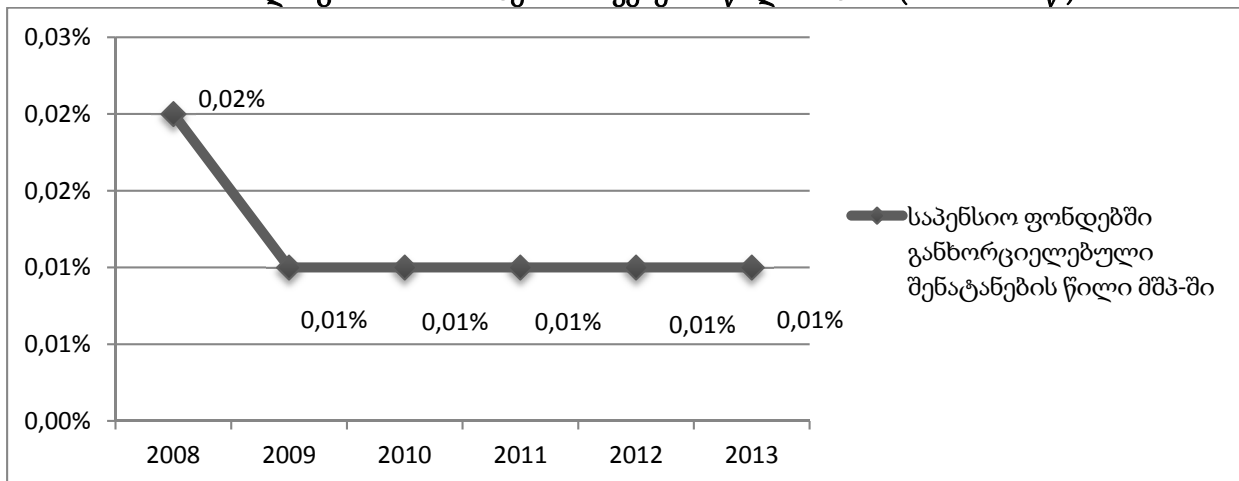
წყარო: სებ. ფინანსური სტაბილურობა. არასახელმწიფო საპენსიო სქემების სტატისტიკური მაჩვენებლები. საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური. არასახელმწიფო საპენსიო სქემების სტატისტიკური მაჩვენებლები.

დიაგრამა №20. საპენსიო შენატანების მოცულობა მშპ-სთან მიმართებით (2008-2013 წ.)



წყარო: საქსტატი. მშპ და ეროვნული შემოსავალი. ვებ-გვერდი. http://geostat.ge/?action=page&p_id=115&lang=geo.

დიაგრამა №21. საპენსიო სქემების წილი მშპ-ში (2008-2013 წ.)



წყარო: საქსტატი. მშპ და ეროვნული შემოსავალი. ვებ-გვერდი.

საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის ფინანსური, კოეფიციენტური ანალიზი

საქართველოს სადაზღვევო სექტორის საინვესტიციო პოტენციალის შეფასებისა და განსაზღვრისთვის, ნაშრომში გამოყენებულია ფინანსური კოეფიციენტური ანალიზი საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის ფინანსური მაჩვენებლების, საბალანსო და მოგება-ზარალის უწყისების საფუძველზე.

კოეფიციენტური ანალიზი, ზოგადად, გულისხმობს საფინანსო ანგარიშგების მუხლებისა და ერთი და იმავე ანგარიშგების განსხვავებული მუხლების უერთიერთკავშირის გამოკვლევას. კოეფიციენტების ორი ტიპი არსებობს: ბალანსური კოეფიციენტი — ინფორმაცია სექტორის ფინანსურ მდგომარეობაზე დროის განსაზღვრულ მომენტში ბალანსის შედგენის დროს და შემოსავლის / ბალანსის ანგარიშგების კოეფიციენტი — ინფორმაცია სექტორის საქმიანობის რაიმე ასპექტზე (კბილცეცხლაშვილი 2012).

კოეფიციენტების საშუალებით შესაძლებელია მოხდეს საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის ფინანსური მდგომარეობის ანალიზი და მისი „სიჯანსაღის“ შეფასება (ახლანდელი კოეფიციენტის წარსულ და მომავალ კოეფიციენტთან შედარება), რათა დადგინდეს სექტორის განვითარების დინამიკა. ქვემოთ მოცემულ ცხრილში წარმოდგენილია საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის ფინანსური მაჩვენებლების ბოლო 6 წლის (2008-2013 წ.) მონაცემები და მათ შესაბამისად დათვლილი კოეფიციენტები. იმისათვის, რომ მოხდეს ზოგადი ფონის ასახვა, კოეფიციენტური ანალიზი ჩატარებულია საშუალო მაჩვენებლებზე (იხ.

ცხრილი №6).

ცხრილი №6. საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის ფინანსური კოეფიციენტები

კოეფიციენტი	კალკულაცია	2008	2009	2010	2011	2012	2013	AVERAGE
ლიკვიდობის კოეფიციენტები:								
მიმდინარე კოეფიციენტი	აქტივები / ვალდებულებები	1,15	1,20	1,26	1,22	1,23	1,30	1,23
სააქციო კაპიტალთან ვალის დამოკიდებულების კოეფიციენტი	მთლიანი ვალი / სააქციო კაპიტალი	6,99	6,60	7,83	5,89	5,95	4,34	6,26
ვალის და მთლიანი აქტივების დამოკიდებულების კოეფიციენტი	მთლიანი ვალი / მთლიანი აქტივები	0,87	0,83	0,79	0,82	0,81	0,77	0,82
აქტიურობის კოეფიციენტები:								
დიტორული მოთხოვნების ბრუნვა (RT)	წმინდა სადაზღვევო შემოსავალი / მოთხოვნები დაზღვევიდან და გადაზღვევიდან	1,23	1,60	0,03	0,07	0,04	0,07	0,51
დებიტორული მოთხოვნების ბრუნვა დღეებში	365 / RT							718
მომგებიანობის კოეფიციენტები:								
მოგება ინვესტიციაზე ROI	წმინდა მოგება / მთლიანი აქტივები	(0,03)	0,05	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01
მოგება საკუთარ კაპიტალზე ROE	წმინდა მოგება / მთლიანი კაპიტალი	(0,26)	0,32	0,02	0,03	0,03	0,05	0,03

წყარო: სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური. ვებ-გვერდი. სადაზღვევო ბაზრის ფინანსური მაჩვენებლები. <http://insurance.gov.ge/Page3.htm>.

ლიკვიდობის კოეფიციენტები:

მიმდინარე კოეფიციენტი — ასახავს ვალების დაფარვის შესაძლებლობას აქტივებით. მოცემულ შემთხვევაში, კოეფიციენტი 1,23 იმის მაჩვენებელია, რომ საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის 1 ლარის ვალდებულების დაფარვა ხდება 1,23 ლარის აქტივით.

სააქციო კაპიტალთან ვალის დამოკიდებულების კოეფიციენტი — ასახავს ვალით და საკუთარი კაპიტალით დაფინანსების დამოკიდებულებას. მოცემულ შემთხვევაში, კოეფიციენტი 6,26 იმის მაჩვენებელია, რომ, საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის აქტივების დაფინანსება, დაახლოებით, 6-ჯერ მეტი ნასესხები კაპიტალით ხდება.

ვალის და მთლიანი აქტივების დამოკიდებულების კოეფიციენტი — ასახავს ჩარჩოებს, რომელშიც ხდება ნასესხები კაპიტალის გამოყენება. მოცემულ შემთხვევაში, კოეფიციენტი 0,82 იმის მაჩვენებელია, რომ საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის ფარგლებში, 1 ლარის აქტივი დაფინანსებულია 80 თეთრი ნასესხები კაპიტალით.

აქტიურობის კოეფიციენტები:

დებიტორული მოთხოვნების ბრუნვა (RT) — ასახავს რამდენჯერ მოხდა ვალდებულებების ბრუნვა (ნაღდი ფულით) წლის განმავლობაში; იძლევა ინფორმაციას ვალდებულებების ხარისხზე. შესაბამისად, მოცემული კოეფიციენტი 0,51 (ნაკლები 1-ზე) იმის მაჩვენებელია, რომ საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის მიერ, მოვალეებისგან დებიტორული დავალიანების ამოღება ხდება, დაახლოებით ორ წელიწადში ერთხელ.

დებიტორული მოთხოვნების ბრუნვა დღეებში (RTD) — ასახავს მოთხოვნის ამოღების დღეების საშუალო რაოდენობას. მოცემულ შემთხვევაში, დებიტორული მოთხოვნის ბრუნვადობა არის 718 დღე.

მოგებიანობის კოეფიციენტები:

მოგება ინვესტიციაზე ROI — ასახავს არსებული აქტივებით მოგების მიღების მთლიან ეფექტურობას; ინვესტირებული კაპიტალის გამომუშავების სიმძლავრე.

მოგება საკუთარ კაპიტალზე ROE — ასახავს გამომუშავების სიმძლავრეს აქციონერების ნარჩენი ღირებულების ინვესტიციაზე.

რენტაბელობის კოეფიციენტები ROI და ROE, რომელთა საფუძველზეც ხდება ინვესტირებული კაპიტალის გამომუშავების სიმძლავრის და გამომუშავების სიმძლავრის აქციონერების ინვესტიციაზე ნარჩენი ღირებულების გამოთვლა, მოცემულ შემთხვევაში ტოლია, შესაბამისად, 0,01 და 0,03. ეს მონაცემები ძალიან მცირეა, რაც იმის მაჩვენებელია, რომ საქართველოს სადაზღვევო ბაზარი დაბალლიკვიდურია.

შედეგების ინტერპრეტაცია და დისკუსია

საერთაშორისო საინვესტიციო მოდელის შესწავლის შედეგად გამოვლინდა, რომ სადაზღვევო კომპანიებმა და საპენსიო ფონდებმა მოახდინეს ცენტრალიზება განვითარებულ ბაზრებზე. დიდ ბრიტანეთსა და აშშ-ში, სადაც ინსტიტუციური ინვესტორები არიან უფრო დიდი, ვიდრე კონტინენტურ ევროპაში, ისტორიულად, უფრო ნაკლებად იყვნენ შეზღუდულები რეგულაციებით და მათ ხელი შეუწყვეს ლიკვიდური და დახვეწილი ფასიანი ქაღალდების ბაზრის ჩამოყალიბებას. მათმა ღრმა და სტაბილურმა „პულმა“ შეამცირა არასტაბილურობა. აშშ-ში მათ ასევე მნიშვნელოვნად შეუწყვეს ხელი კორპორატიული ობლიგაციების ბაზრის ზრდას.

კონტინენტური ევროპის უმეტეს ნაწილში ვრცელი საპენსიო PAYG სისტემამ შეზღუდა საპენსიო ფონდები. ამას გარდა, საპენსიო ფონდებისა და სადაზღვევო კომპანიების ინვესტიციები რეგულირდებოდა უფრო მძიმედ და იქმნებოდა ტენდენცია, რომ ფოკუსირებული ყოფილიყო სახელმწიფო ობლიგაციები. ბანკები დომინირებდა ფინანსურ სისტემას, მაშინაც კი, როდესაც აქტივებისა და კორპორატიული ობლიგაციების ბაზარი განუვითარებელი იყო.

ტენდენციურად კონტინენტური ევროპა მიყვებოდა აშშ-ს და დიდ ბრიტანეთს. საპენსიო ფონდები იზრდება სწრაფად, რადგან მთავრობა მიზნად ისახავს PAYG სისტემიდან გადასვლას. ასევე, მოსალოდნელია, რომ რეგულაციები გახდეს ნაკლებად შემზღვევადი, ხოლო აქტივები უფრო დივერსიფიცირებული, რის შედეგადაც დაფინანსების სისტემაში საბანკო სექტორი ჩანაცვლდება აქციებითა და ობლიგაციებით.

განვითარებული ბაზრების გამოცდილება ასახავს, თუ რა დიდი და სასარგებლო ეფექტი შეიძლება იქონიოს საპენსიო ფონდებმა და სადაზღვევო კომპანიებმა კაპიტალის ბაზრის განვითარებაზე. დიდ ბრიტანეთსა და აშშ-ში საპენსიო ფონდებისა და სადაზღვევო კომპანიების ზრდა მართავს ლიკვიდური და სტაბილური საფონდო ბაზრის წარმოქმნას და ხვეწს კორპორატიული ობლიგაციების ბაზარს. კონტინენტურ ევროპაში, ისტორიულად, ინსტიტუციური ინვესტორები უფრო მეტად მცირე როლს ასრულებდნენ, მაგრამ ბოლო პერიოდში მათი მნიშვნელობა გაიზარდა და რამდენადმე შეამცირა საბანკო დაფინანსება.

საქართველოს საფონდო ბაზარზე, ამ ეტაპზე, არც ერთი სადაზღვევო კომპანია არ არის წარმოდგენილი. კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, მათი საინვესტიციო პოტენცილიც, მოცემული მომენტისთვის, ძალიან მცირეა იმისათვის, რომ შეასრულონ მნიშვნელოვანი როლი და ხელი შეუწყონ საფონდო და კორპორატიული ობლიგაციების ბაზრის განვითარებას და სტაბილიზაციას. აღნიშნულის ძირითადი მიზეზი მოზიდული პრემიის სიმცირეში მდგომარეობს. 2013 წლის მონაცემებით, მთლიანი ბაზრის მოზიდული პრემიის წილი მშპ-ში მხოლოდ 1,76 %-ს შეადგენს, რაც საბჭოთა პერიოდის მაჩვენებელზეც, 3,3 %-ზე დაბალია. ზოგადად, სოციალისტური წყობიდან საბაზრო ეკონომიკაზე გარდამავალი პერიოდი საქართველოს ფინანსურ სისტემაზე მწვავედ აისახა. თუმცა, კრიზისული პერიოდი საკრედიტო დაწესებულებებმა, ბანკებმა, დაძლიეს და დღეისათვის წარმატებით ფუნქციონირებენ, რაც მოცემულ კვლევაშიც დასტურდება სადაზღვევო კომპანიებისა და კომერციული ბანკების შედარების საფუძველზე.

გასათვალისწინებელია სახელმწიფოს როლი ფინანსური ინსტიტუტების გამართულად ფუნქციონირებაში. 1990 წლის ჰიპერინფლაციისა და 2008 წლის აგვისტოში რუსეთის მიერ, საქართველოში განხორციელებული შეიარაღებული საბრძოლო მოქმედებების შემდეგ, მწვავე ფინანსური კრიზისი დამლევამდე დიდი წვლილი მიუძღვის სახელმწიფოს, რომელმაც უზრუნველყო ომისშემდგომ კომერციული ბანკების ჩვეულ სამუშაო რეჟიმში დაბრუნება. საბანკო სექტორისგან განსხვავებით, სადაზღვევო კომპანიებში სახელმწიფოს მხრიდან ლობისტური პოლიტიკის პრეცედენტი არ არსებობს.

აღსანიშნავია, რომ საქართველოში სადაზღვევო ინვესტიციების მთავარი რესურსები, სიცოცხლის და საპენსიო დაზღვევა, პრაქტიკულად განუვითარებელია. კვლევის შედეგიდან გამომდინარე, მათი ზრდა მოსალოდნელია, რამდენადაც გაჯანსაღდება ქვეყნის ეკონომიკური კლიმატი, ამალდება ცხოვრების დონე და მოსახლეობისთვის სადაზღვევო პროდუქტების (სიცოცხლის დაზღვევა, საპენსიო დაზღვევა) როლი ფუფუნების საგნიდან ტრანსფორმირდება აუცილებელ საჭიროებად.

კვლევის შედეგად გამოვლინდა, რომ სადაზღვევო აქტივების ძალიან დიდი ნაწილი განთავსებულია საბანკო დეპოზიტებზე. ეს გარემოება, თავისთავად, უინტერესოს ხდის მოსახლეობისთვის სიცოცხლის დაზღვევას და შესაბამისად, აფერხებს სადაზღვევო ინვესტიციების განვითარებას. ეკონომიკური არასტაბილურობის და მაღალი ინფლაციის პირობებში მოსახლეობისთვის ნაკლებად მიმზიდველია გრძელვადიანი ინვესტიციები და ისინი არჩევენ საბანკო პროდუქტებს, სადაც პირდაპირ, მესამე „პირის“ შუამავლობის გარეშე, შესაძლებელია ანაზრის გახსნა და რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, უფრო დიდი საპროცენტო სარგებელის მიღება, ვიდრე ამას სიცოცხლის დაზღვევის პოლისის სთავაზობს.

ანალოგიური სიტუაციაა საპენსიო დაზღვევის ბაზარზეც. კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე, საპენსიო ფონდებში განხორციელებული შენატანების წილი მშპ-ში ბოლო 5 წლის განმავლობაში, 2009-2013 წლებში, ტენდენციურად შეადგენს 0,01 %-ს. ეს ფაქტი

თავისთავად ადასტურებს და ცხადყოფს, რომ საქართველოში საპენსიო დაზღვევა პრაქტიკულად არ ვითარდება.

კვლევის ფარგლებში ჩატარებული საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის ფინანსური „აუდიტი“, კოეფიციენტური ანალიზის საფუძველზე, ვერ იძლევა სადაზღვევო ინვესტიციების პოტენციალის დადებითად შეფასების საშუალებას. ანალიზმა აჩვენა, რომ კაპიტალში ძალიან მაღალია ნასესხები თანხის ოდენობა, რაც იმის მანიშნებელია, რომ ქართულ სადაზღვევო კომპანიებში ვერ ხდება აქტივებისა და ვალდებულებების დაბალანსება. ამ პრობლემის აღმოსაფხვრელად კი აუცილებელია, რომ დაიხვეწოს ფინანსური სისტემა, ხოლო ფინანსურმა მენეჯერებმა შეიძინონ გამოცდილება, განვითარებული ბაზრების ტენდენციების შესაბამისად.

დასკვნა და რეკომენდაციები

სადაზღვევო სექტორი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ქვეყნის ეკონომიკაში. საერთაშორისო გამოცდილების გათვალისწინებით, სადაზღვევო კომპანიები გრძელვადიან დაფინანსებას, ძირითადად, კაპიტალის ბაზრის მეშვეობით უზრუნველყოფს. ჩატარებული კვლევა ცხადყოფს, რომ ქართულ სადაზღვევო სექტორს შედარებით მცირე წვლილი შეაქვს ქვეყნის ეკონომიკის ინვესტირებაში.

საქართველოში სადაზღვევო კომპანიების საინვესტიციო ფონდები, ამჟამად, არ არის მიმართული საფონდო ბაზარზე და იმ საინვესტიციო პროგრამებზე, რაც უზრუნველყოფს, ეკონომიკის ინვესტირებას. თუმცა, ამასთანავე, აუცილებლად გასათვალისწინებელია ის ფაქტიც, რომ საქართველოში, ეკონომიკური არასტაბილურობის პირობებში, საბანკო დეპოზიტების გარდა, პრაქტიკულად, არც არსებობს სხვა, სტაბილურ შემოსავლიანი საინვესტიციო ინსტრუმენტები, რაშიც შესაძლებელი იქნება კაპიტალის დაბანდება.

კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ სიცოცხლის და საპენსიო დაზღვევა, რაც მსოფლიოში წარმოადგენს ინვესტირების მთავარ წყაროს, საქართველოში მცირედ არის განვითარებული. სიცოცხლის და საპენსიო დაზღვევის აქტივების მცირე მოცულობა და მშპ-ში დაბალი წილი, საშუალოდ 0,06 % (სიცოცხლის დაზღვევა) და 0,01 % (საპენსიო დაზღვევა) მეტყველებს რომ სადაზღვევო სექტორის როლი დაბალია ქვეყნის ეკონომიკის ინვესტირებაში. სტატისტიკური ანალიზი ცხადყოფს, რომ საქართველოს ეკონომიკაში სადაზღვევო სექტორის საინვესტიციო პოტენციალი დაბალია და ქართული სადაზღვევო კომპანიები არ წარმოადგენენ ინსტიტუციურ ინვესტორებს, რომ უზრუნველყონ ინვესტიციების შემოდინება და ხელი შეუწყონ ქვეყანაში საფონდო ბაზრის განვითარებას. სადაზღვევო კომპანიები თანხების კონცენტრირებას არ ახდენენ საფონდო ბაზარზე და ძირითადად, მიმართულია საბანკო სექტორში, რომელიც ფინანსურ ბაზარზე მთავარი მოთამაშეა. განვითარების ამ ეტაპზე, საქართველოს სადაზღვევო სექტორის საინვესტიციო საქმიანობა უმნიშვნელოა. მთავარი მიზეზი კი, სიცოცხლის და საპენსიო დაზღვევის განუვითარებლობაშია, რადგან, როგორც კვლევის შედეგად დადგინდა, განვითარებულ ბაზრებზე, სადაზღვევო აქტივებში, სწორედ, მათი წილი ჭარბობს, რაც დასავლურ სადაზღვევო კომპანიებს საშუალებას აძლევს, რომ შექმნან გრძელვადიანი პორტფელები და უზრუნველყონ მნიშვნელოვანი და გრძელვადიანი ინვესტიცია ნაციონალურ და გლობალურ ეკონომიკაში.

კვლევის მიხედვით, ქართული სადაზღვევო სექტორის განვითარებაზე უარყოფითად მოქმედებს საზოგადოების უნდობლობა სადაზღვევო კომპანიის მიმართ, რაც აბრკოლებს სიცოცხლის და საპენსიო დაზღვევის განვითარებას. ასევე მნიშვნელოვანია, რომ განვითარებულ ქვეყნებთან შედარებით საქართველოში სახელმწიფო ძალიან მცირე როლს თამაშობს სიცოცხლის და საპენსიო დაზღვევის განვითარების ხელშეწყობაში. ქვეყანაში სიცოცხლის და საპენსიო დაზღვევის განვითარების ხელშეწყობის მიზნით მიზანშეწონილია მათზე გარკვეული საგადასახადო შეღავათების დაწესება.

აბსტრაქტი

შესავალი: მსოფლიოში საფონდო ბაზრებზე სადაზღვევო კომპანიები და საპენსიო ფონდები ერთ-ერთი ძირითადი მონაწილეები არიან და მნიშვნელოვან ინვესტიციებს ახორციელებენ ფასიანი ქაღალდების ყიდვა-გაყიდვის ოპერაციებით. ნაშრომის მიზანია, საქართველოს სადაზღვევო სექტორის საინვესტიციო საქმიანობის ანალიზი და მისი სამომავლო პერსპექტივების განსაზღვრა, რათა გამოვლინდეს სადაზღვევო კომპანიების საინვესტიციო პოტენციალი ქვეყნის ეკონომიკის განვითარებისათვის. **მეთოდოლოგია:** აღწერითი კვლევის საფუძველზე მოხდა სადაზღვევო ინვესტიციების თეორიული ბაზისის შესწავლა და საერთაშორისო საინვესტიციო მოდელების განხილვა. **რაოდენობრივი კვლევის** ფარგლებშიც მოხდა საქართველოს სადაზღვევო სექტორის საინვესტიციო საქმიანობის ანალიზი და სადაზღვევო კომპანიების, როგორც ინსტიტუციური ინვესტორების როლის განვითარების პერსპექტივების შეფასება. კვლევის **თვისებრივი კომპონენტის** ფარგლებში განხორციელდა ქართული სადაზღვევო კომპანიების ფინანსური მენეჯერების გამოკითხვა სიღრმისეული ინტერვიუების მეთოდით. **შედეგები:** საქართველოში სადაზღვევო სექტორს, გლობალური ტენდენციებისგან განსხვავებით, აქვს გაცილებით უფრო დაბალი კაპიტალიზაცია, ვიდრე საკრედიტო დაწესებულებებს (ბანკებს), რომელთა საშუალო მაჩვენებელი 2008-2013 წ. შესაბამისად ტოლია: ერთი სადაზღვევო კომპანია — საშუალოდ, 6 მლნ. ლარი სააქციო კაპიტალი, ერთი კომერციული ბანკი - საშუალოდ, 2 015 მლნ. ლარი სააქციო კაპიტალი. რაც შეეხება აქტივების მოცულობას, 2008-2013 წლებში, საშუალოდ, ერთი კომერციული ბანკის აქტივები, თითქმის 45-ჯერ აღემატება ერთი სადაზღვევო კომპანიის აქტივების საშუალო მაჩვენებელს. ამის გამო, საქართველოში საბანკო სექტორი ფინანსური ბაზრის მთავარი მოთამაშეა. **შედეგების ინტერპრეტაცია:** სადაზღვევო ინვესტიციების როლის განვითარებას აფერხებს ქვეყნის ეკონომიკური ფონი და საინვესტიციო გარემო, სადაც არ არსებობს არეალი კაპიტალდაბანდების განსახორციელებლად. ასევე დაბალია სიცოცხლისა და საპენსიო დაზღვევის ბაზრების განვითარების დონე, რაც გამოწვეულია საზოგადოების უნდობლობით სადაზღვევო ინდუსტრიის მიმართ. **დასკვნა:** საქართველოს ეკონომიკაში სადაზღვევო სექტორის საინვესტიციო პოტენციალი არის დაბალი. გამომდინარე იქიდან, რომ სადაზღვევო სექტორისათვის უმთავრეს საინვესტიციო წყაროს წარმოადგენს სიცოცხლის და საპენსიო დაზღვევა, მიზანშეწონილია მათი განვითარების ხელშეწყობის მიზნით დაზღვევის ამ სახეებზე გარკვეული საგადასახადო შეღავათების დაწესება.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: ინვესტიციები, სადაზღვევო ინვესტიციები, კაპიტალის ბაზარი, ეკონომიკის ინვესტირება, საინვესტიციო პოტენციალი.

Perspectives of Insurance Companies, as a Source to Finance National Economic

Teona Eliashvili, Tengiz Verulava

Abstract

Introduction: Insurance companies and pension funds in the stock markets are one of the main participants and are carrying out significant investments by the securities purchase and sale transactions. Paper aims to analyze the insurance sector in the current investment activities and to define its future prospects, in order to identify investment opportunities of Insurance companies in the country's economic development. **Methodology:** according to the purpose of the work was undertaken: Descriptive study, based on which were studied theoretical basis of the insurance investments and was reviewed international investment models. Within quantitative study was held the analysis of the insurance sector investment activities and the rate of insurance companies, as institutional investors on the role of development. Within the qualitative component of the study was carried out a survey of Georgian insurance companies' financial managers, in-depth interviewing method. Results: In Georgia the insurance sector in contrast of the global trends has a much lower

market capitalization than credit institutions (Banks). With an average rate during the study period (2008-2013.) respectively equal to: One insurance company - on average 6 million Gel share capital, a commercial bank - on average 2 015 million Gel share capital. As for the volume of assets, in the years 2008-2013, on average, one of the bank's assets were almost 45 times higher than the average indicator of the insurance company's assets. Therefore, the banking sector is the main player in the financial market in Georgia. **Interpretation of Results:** A major reason, which hinders the development of the role of the insurance investment of the country's economic situation and investment environment, where there is no scope for the implementation of capital. The development level of life and pension insurance markets is also low, due to the public distrust for the insurance industry. **Conclusion:** investment potential of the insurance sector in the economy is low, due to the fact that the insurance sector is the main source of investment for life and pension insurance. In order to promote the development of certain types of insurance it is recommended to introduce tax advantages.

Key Words: Insurance Investment, Capital Market, Finance Economic, Investment Potential.

ბიბლიოგრაფია

- City of London Corporation. "Insurance companies and pension funds as institutional investors: global investment patterns." London, 2011.
- "Council of Europe." 3rd General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1992.
- Wyman, Oliver. Funding the future - Insurers' role as institutional investors. Brussels, June 2013.
- Азарченков, Артем Борисович. Страхование кредитных рисков торговых операций. Москва, 2007.
- Бажанов, Глеб Сергеевич. Перспективы использования страховых фондов как источника инвестирования экономики России. Ростов-на-Дону, 2012.
- «Знай страхование!» Глава 7. Страхование кредитов.
<http://www.znay.ru/guide/gdv/02-07-1.shtml> (дата обращения: 26 Ноября 2009 г.).
- ვერულავა, თენგიზ. სალექციო კურსი "სადაზღვევო საქმე". სადაზღვევო რეზერვები. თბილისი, 2012.
- კბილცეცხლაშვილი, თეა. სალექციო კურსი "ჯანდაცვის და სადაზღვევო საქმის ფინანსური მენეჯმენტი". კოეფიციენტების ანალიზი. თბილისი, 2012.
- „ლიბერალი.“ ახალი "100 ახალი საავადმყოფო". <http://www.liberali.ge/> (წვდომილი 2010 წლის 24 თებერვალი).
- მაცნე, საქართველოს საკანონმდებლო. "ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტი." 05 25, 2000.
- საერთაშორისო გამჭვირვალობა - საქართველო. „საქართველოს ჰოსპიტალური სექტორი.“ თბილისი, 2012.
- "საქართველოს ეროვნული ბანკი." სადაზღვევო ბაზრის სტატისტიკური მონაცემები. მარტი 2013. <https://www.nbg.gov.ge/index.php?m=531>.
- „საქართველოს ეროვნული ბანკი.“ არასახელმწიფო საპენსიო სქემების სტატისტიკური მაჩვენებლები. 2014 წლის მაისი. <https://www.nbg.gov.ge/index.php?m=2>.
- "საქართველოს ეროვნული ბანკი." კომერციული ბანკების ფინანსური მაჩვენებლები. მაისი 2014. <https://www.nbg.gov.ge/index.php?m=404>.
- საქართველოს ეროვნული ბანკი. "წლიური ანგარიში." თბილისი, 2013.

- „საქართველოს საფონდო ბირჟა.“ საბროკერო კომპანიები. 2014 წლის მაისი. http://www.gse.ge/default_GEO.asp.
- "საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური." საგარეო ვაჭრობა. მარტი 2013. http://geostat.ge/?action=page&p_id=136&lang=geo.
- „საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური.“ მშპ და ეროვნული შემოსავალი. 2014 წლის მაისი. <http://geostat.ge/>.
- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო. 2014 წლის მაისი. <http://www.moh.gov.ge/>.

ექიმთა პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევა საქართველოში

ბექა დანგაძე, ლევან სოფრომაძე¹

შესავალი

სამედიცინო პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევა საქართველოში მცირე დროის პერიოდია რაც არსებობს, მედია საშუალებებით ხშირად ვრცელდება ინფორმაცია ექიმების შეცდომების შესახებ. შესაბამისად, საინტერესოა, თუ რამდენად განვითარებულია საქართველოში პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევა.

ჩვენი კვლევის მიზანია, საქართველოში არსებული სადაზღვევო კომპანიების მიერ შემოთავაზებული პროფესიული პასუხისმგებლობის სადაზღვევო პაკეტების შესწავლა, მათი შედარებითი ანალიზი, პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის მხრივ არსებული პრობლემების გამოვლენა. აღნიშნული ხელს შეუწყობს საქართველოში პროფესიული პასუხისმგებლობით დაზღვეულთა რაოდენობის ზრდას, რაც თავის მხრივ, გააუმჯობესებს ექიმთა დაცვას და დადებით გავლენას მოახდენს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარებაზე.

ლიტერატურული მიმოხილვა

სამედიცინო სფეროში პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევას საფუძველი მეოცე საუკუნის დასაწყისში ჩაეყარა. ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევა აღმოცენდა ამერიკის შეერთებულ შტატებში და შემდგომში განვითარდა და გავრცელდა სხვადასხვა ქვეყნებში, ზოგიერთ ქვეყანაში კი აღნიშნულმა დაზღვევამ სავალდებულო ფორმა მიიღო.

აშშ-ში, თავდაპირველად, ექიმთა ასოციაციები ცდილობდნენ დაეცვათ მათი კოლეგები საჩივრებისაგან. ამ ტიპის დაზღვევა, დღევანდელი ფორმით, 1960-იანი წლების შემდეგ განვითარდა. 1980-იან წლებში გარკვეული პრობლემები შეიქმნა ექიმთა პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის ფინანსური ხელმისაწვდომობის თვალსაზრისით (1). 1990-იანი წლების ბოლოს სადაზღვევო პრემიების სიდიდის კატასტროფული ზრდის გამო, აშშ-ის სამმა ყველაზე დიდი ზომის პროფესიული პასუხისმგებლობის სადაზღვევო კომპანიამ ბაზარი დატოვა (2).

პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის ბაზარი ასევე კარგადაა განვითარებული ევროპაში, რომლის ზომაც აშშ-ის ბაზრის ზომაზე დაახლოებით ორჯერ მცირეა. ამასთან, ევროპაში ექიმთა პროფესიული დაზღვევა სხვა პროფესიებთან შედარებით უფრო მეტადაა განვითარებული, ხოლო მეორე ადგილზეა არქიტექტურისა და საინჟინრო სფეროს პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევა (3)¹.

იაპონიაში სამედიცინო პასუხისმგებლობის სადაზღვევო სისტემა 1961 წლიდან არსებობს და მას შემდეგ მნიშვნელოვანი წინსვლა განიცადა. ამ მხრივ, განსაკუთრებით აღსანიშნავია 1972 წელს განხორციელებული რეფორმები. კერძოდ, ჩამოყალიბდა იაპონიის სამედიცინო ასოციაცია, რომლის ერთ-ერთ მიზანს შეადგენდა ექიმების ინტერესების დაცვა. შემუშავდა მექამიზმები, რომელთა მეშვეობით საექიმო შეცდომების შეფასება შესაძლებელი

¹ ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამაგისტრო პროგრამის „ჯანდაცვის პოლიტიკა და დაზღვევა“ მაგისტრები

გახდა სასამართლოს გარეშე, პროფესიული პასუხისმგებლობის საბჭოს კოოპერაციის მეშვეობით სადაზღვეო კომპანიებთან და ლოკალურ სამედიცინო ასოციაციებთან (4).

2015 წელს ამერიკის შეერთებულ შტატებში სამედიცინო პასუხისმგებლობის დაზღვევის ზარალმა 3.9 მილიარდი დოლარი შეადგინა (5). ყველაზე მაღალი ზარალი აშშ-ს სადაზღვეო სისტემამ 2003 წელს განიცადა, როდესაც ამ რიცხვმა 4.8 მილიარდ დოლარს მიაღწია (6).

ყველაზე მეტ შეცდომას ამერიკელი ექიმები დაავადების დიაგნოზის დასმაში უშვებენ (შემთხვევათა 33%), მეორე ადგილზე ქირურგიული შეცდომებია (შემთხვევათა 24%). საექიმო შეცდომების 30% პაციენტების სიკვდილით მთავრდება (5).

აღსანიშნავია, რომ 2009-2013 წლებში აშშ-ში განხილული საჩივრების საშუალოდ 48.2% შემთხვევაში მოხდა თანხის გადახდა სადაზღვეო კომპანიის მიერ და საშუალოდ ერთ შემთხვევაზე ეს თანხა 212 ათას დოლარს შეადგენდა (7).

ექიმთა სპეციალობათა კუთხით ამერიკის შეერთებულ შტატებში ყველაზე დიდი რაოდენობით საჩივრები არის ოჯახის ექიმების წინააღმდეგ, შემდეგ მოდიან გადაუდებელი სამედიცინო პერსონალი, ზოგადი ქირურგები, ტრავმატოლოგები და გინეკოლოგები. აღნიშნული ხუთი პროფესიის ექიმთა წინააღმდეგ საჩივრების რაოდენობა საჩივრების საერთო რაოდენობის 52.7%-ს შეადგენს (7).

ასევე ზრდადი ტენდენცია შეინიშნება იაპონიის ბაზარზეც, სადაც 1996-დან 2004 წლამდე ექიმების წინააღმდეგ საჩივრების რაოდენობა თითქმის ორჯერ გაიზარდა. აშშ-სგან განსხვავებით იაპონიაში სხვა პროფესიის ექიმებს შორის საჩივრების რაოდენობით ლიდერობენ შინაგანი მედიცინის სპეციალისტები, მეორე ადგილს იკავებენ ზოგადი ქირურგები, ხოლო მესამე და მეოთხე ადგილებზე არიან კოსმეტიკური, პლასტიკური ქირურგები და გინეკოლოგები. დანარჩენი სპეციალობის ექიმების წინააღმდეგ საჩივრების რაოდენობა საერთო მაჩვენებლის მხოლოდ 19.8%-ია (4).

საქართველოში მედიკოსების პასუხისმგებლობის დაზღვევა ჯერ კიდევ საწყის სტადიაზეა. მართალია, რამდენიმე კომპანია სთავაზობს მომხმარებლებს პროფესიული პასუხისმგებლობის სადაზღვეო პაკეტებს, მაგრამ ქართველ ექიმებს ჯერ კიდევ არ აქვთ გათვითცნობიერებული მისი მნიშვნელობა.

მეთოდოლოგია

დასახული მიზნების მისაღწევად, თვისებრივი კვლევის ფარგლებში, დოკუმენტების ანალიზისა და მეორადი ინფორმაციის შესწავლის მეთოდებით, განხორციელდა სამედიცინო პერსონალის პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის საკითხებზე საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის და მოქმედი კერძო საპენსიო კომპანიების ბაზების, სხვადასხვა ჟურნალებში გამოქვეყნებული სტატიებისა და პუბლიკაციების, სამთავრობო და არასამთავრობო სტრუქტურების მიერ ჩატარებული კვლევების შედეგების შესწავლა.

შედეგები

საქართველოში ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევა ნაკლებადაა განვითარებული და შეიძლება ვთქვათ, რომ ახლა იკიდებს ფეხს (8).

ოფიციალურად, 2001 წლის საქართველოს კანონში საექიმო საქმიანობის შესახებ (მუხლი 97. პროფესიული შეცდომის დაზღვევის უფლება) მოცემულია, რომ

დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტს უფლება აქვს დააზღვიოს პროფესიული შეცდომა, რომლის შედეგადაც პაციენტს მიაღება ქონებრივი ან არაქონებრივი ზიანი (16).

2015 წლის მონაცემებით, საქართველოში მოქმედი 14 სადაზღვევო კომპანიიდან 6 მათგანი სთავაზობს ექიმებს პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევას, ესენია „ჯი-პი-აი ჰოლდინგი“, „არდი ჯგუფი“, „უნისონი“, „სტანდარტ დაზღვევა საქართველო“ „ალდაგი ბი სი აი“ და „აი სი ჯგუფი“. შესაბამისად, სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობის დაზღვევას საქართველოში განვიხილავთ აღნიშნული კომპანიების მონაცემებით. (8)

აღნიშნული 6 სადაზღვევო კომპანიიდან ინდივიდუალური პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის მომსახურებას თავაზობს 4 სადაზღვევო კომპანია: „ჯი-პი-აი ჰოლდინგი“, „არდი ჯგუფი“, „სტანდარტ დაზღვევა საქართველო“ „ალდაგი“, ხოლო 2 მათგანი: „აი სი ჯგუფი“ და „უნისონი“ კონცენტრირებულია მხოლოდ კორპორატიულ კლიენტებზე.

2014 წლის მონაცემებით სადაზღვევო კომპანია “არდი ჯგუფი” ლიდერია ქართულ სადაზღვევო ბაზარზე ექიმთა პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის მიმართულებით და ფლობს ბაზრის თითქმის 70%-ს. დღეისათვის, „არდი ჯგუფის“ მიერ დაზღვეულია 5000-ზე მეტი სხვადასხვა სპეციალობის ექიმი მთელი საქართველოს მასშტაბით 135 სამედიცინო დაწესებულებაში (10).

“არდი ჯგუფი” -ს მიერ სამედიცინო პერსონალი დაყოფილია 4 კატეგორიად, რის მიხედვითაც ვარირებს სადაზღვევო პაკეტების თვისობრიობა და ღირებულება. პირველ კატეგორიაში შედიან: ქირურგები, რენიმატოლოგები, ინვაზიონისტები, სადიაგნოსტიკო მიმართულების სამედიცინო პერსონალი. II კატეგორიას მიეკუთვნებიან თერაპიული მიმართულების სამედიცინო პერსონალი. III კატეგორიაში არიან პლასტიკური ქირურგები. ხოლო ბოლო კატეგორიაში შედიან ექთნები და დამხმარე სამედიცინო პერსონალი. (10)

I, II და III კატეგორიის პერსონალს აქვს არჩევანი 4 ტიპის სადაზღვევო პაკეტს შორის. A, B და C ტიპის პაკეტები მოიცავს პაციენტის გარდაცვალებას, ჯანმრთელობის გაუარესებას, მატერიალური ზიანს, ექიმის სერტიფიკატის შეჩერებას ან გაუქმებას, ადვოკატის მომსახურების ხარჯებს, უბედური შემთხვევის დაზღვევას, სერტიფიკატის შეჩერებას ან გაუქმების მოდულის გაფართოებას და სამოგზაურო დაზღვევის ანაზღაურებას. ზემოთ აღნიშნული პაკეტების გარდა თითოეულ კლიენტს შეუძლია არჩევანი გააკეთოს VIP პაკეტზე, რომელზეც ტარიფი და ანაზღაურების პირობები განისაზღვრება ინდივიდუალურად, დაზღვეულის მოთხოვნის მიხედვით. IV კატეგორიის სამედიცინო პერსონალს არჩევანი მხოლოდ 2 სადაზღვევო პაკეტს შორის აქვს. პაკეტი “სტანდარტი” შეიცავს მხოლოდ პაციენტის გარდაცვალების, ჯანმრთელობის გაუარესების, მატერიალური ზიანისა და ადვოკატის მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებას. ხოლო პაკეტი VIP იმავე პირობებით გამოირჩევა, როგორც სხვა კატეგორიის პერსონალის შემთხვევაში: მისი ტარიფი და ანაზღაურების პირობები განისაზღვრება ინდივიდუალურად, დაზღვეულის მოთხოვნილების მიხედვით. (10)

“არდი ჯგუფი”-ს სადაზღვევო პოლისით ანაზღაურებას ექვემდებარება შემდეგი შემთხვევები, თუ სამედიცინო დაწესებულების სამედიცინო პერსონალის მიერ დაშვებული იქნა უნებლიე შეცდომა (მცდარი სამედიცინო ქმედება) ან დაუდევრობა: უშუალოდ დიაგნოზის დასმის დროს, ამბულატორიული მკურნალობის დროს, სტაციონარული მკურნალობის დროს, სხვადასხვა სამედიცინო მანიპულაციის ჩატარების დროს, პაციენტის ბინაზე მომსახურების დროს, თუ ვიზიტი არის ოფიციალურად განხორციელებული. (10)

სამედიცინო პერსონალის პასუხისმგებლობის დაზღვევის ანაზღაურებადი რისკებს “არდი ჯგუფ”-ში წარმოადგენს: პაციენტის გარდაცვალების შემთხვევაში კომპენსაციის გაცემის ხარჯები, პაციენტის მდგომარეობის გაუარესებასთან დაკავშირებული ხარჯები, პაციენტისათვის მიყენებული მატერიალური ზიანი (ხარჯები), იურიდიული ხარჯები და საქმიანობის ლიცენზიის შეჩერების ან გაუქმების შემთხვევაში ხელფასის გარკვეული ოდენობის ხარჯები. (10). ანაზღაურების გასაცემად აუცილებელი პირობაა: სამედიცინო პერსონალის ბრალეულობა (არა-განზრახი), მოქმედება სერტიფიკატით ნებადართულ ფარგლებში, პაციენტის მიმართვის აღრიცხვა სამედიცინო დაწესებულების დოკუმენტაციაში, პასუხისმგებლობის დადგენა სასამართლოს მიერ ან აღიარება მზღვეველთან შეთანხმებით. (10)

“არდი ჯგუფი”-მა სამედიცინო პერსონალის პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის ფარგლებში 2012-2013 წლებში ანაზღაურა 138 შემთხვევა, რომელშიც 103 შემთხვევა მოდის I კატეგორიაზე, 24 შემთხვევა - II კატეგორიაზე, 6 შემთხვევა - III კატეგორიაზე, ხოლო 5 შემთხვევა - V კატეგორიაზე. (10) ახალი მონაცემებით 2015 წელს “არდი ჯგუფი”-ს მიერ ანაზღაურდა 76 შემთხვევა. (17)

„ჯი-პი-აი ჰოლდინგი“-ს ექიმების პასუხისმგებლობის დაზღვევა განკუთვნილია ოჯახის ექიმებისთვის, ქირურგებისთვის, ვიწრო პროფილის სპეციალისტებისთვის (კარდიოლოგი, გინეკოლოგი, პედიატრი, სტომატოლოგი და ა.შ.), ექთნებისთვის და სხვა სამედიცინო პერსონალისთვის. ანაზღაურდება ექიმის ან სამედიცინო პერსონალის შეცდომით ან დაუდევრობით პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებასთან დაკავშირებული ხარჯები, მომხდარი შემდეგ შემთხვევებში: პაციენტის დიაგნოზის დასმისას, პაციენტის მკურნალობის დროს, ქირურგიული ოპერაციების ჩატარების დროს, სამედიცინო მანიპულაციებისას, სტომატოლოგიური მომსახურების გაწევისას, პაციენტის სპეციალური სატრანსპორტო საშუალებით ტრანსპორტირების დროს. (11)

ექიმების და სამედიცინო პერსონალის პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის პოლისით ანაზღაურდება: ექიმის ან სამედიცინო პერსონალის შეცდომით ან დაუდევრობით პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებასთან დაკავშირებული ფინანსური ხარჯები და ადვოკატისა და იურიდიული მომსახურების ხარჯები. დამატებითი პაკეტის „სერტიფიკატის შეჩერების/გაუქმების დაზღვევა“ შეძენის შემთხვევაში ასევე ანაზღაურდება ხელფასი 6 თვის განმავლობაში (საექიმო სერტიფიკატის შეჩერების შემთხვევაში) ან ფულადი კომპენსაცია (სერტიფიკატის გაუქმების შემთხვევაში). (11)

„ჯი-პი-აი ჰოლდინგ“-ში არსებობს ექიმის პასუხისმგებლობის დაზღვევის პოლისის 4 პაკეტი, ესენია „სტანდარტი“, „ოპტიმალი“, „კლასიკი“ და „პრემიუმი“. ასევე ხელმისაწვდომია 4 ტიპის დამატებითი პაკეტი. ამ სადაზღვეო პაკეტებს აქვთ განსხვავებული ფასი და ანაზღაურების ლიმიტი. (11)

დისკუსია, დასკვნები

სამედიცინო პერსონალის პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის განვითარება ძალზედ მნიშვნელოვანია ისეთი განვითარებადი ქვეყნისათვის, როგორც საქართველოა. პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის ბაზარი საქართველოში ხასიათდება დაბალი ზრდის ტემპით. დღევანდელ სადაზღვეო ბაზარზე მოქმედი 14 სადაზღვეო კომპანიიდან ექვს სადაზღვეო კომპანიას გააჩნია ექიმების პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევა და მათგან მხოლოდ ოთხი თავაზობს პაკეტებს ინდივიდუალურ პირებს, რაც მიგვანიშნებს,

რომ ეს ბიზნესი ჯერ კიდევ ჩამოყალიბების პროცესშია და სადაზღვეო კულტურაც ახლა ვითარდება. ამჟამინდელი მონაცემებით, სადაზღვეო კომპანია “არდი ჯგუფი” ლიდერია ქართულ სადაზღვეო ბაზარზე ექიმთა პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის მიმართულებით და ფლობს ბაზრის თითქმის 70%-ს. დღეისათვის, „არდი ჯგუფის“ მიერ დაზღვეულია 5000-ზე მეტი სხვადასხვა სპეციალობის ექიმი მთელი საქართველოს მასშტაბით 135 სამედიცინო დაწესებულებაში. ასევე გასათვალისწინებელია ის გარემოებაც, რომ სამედიცინო პერსონალის მხრიდან პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის არცთუ დიდი სტიმული შეინიშნება, რაც მის არასათანადო პოპულარიზაციაზე მიგვანიშნებს. ასეთი სადაზღვეო პროდუქტებისთვის საუკეთესო გამოსავალია კომპანიის მხრიდან მათში დიდი ინვესტირების ჩადება, რაც მოხმარდება ამ პროდუქტის მარკეტინგს, რათა ის უფრო მიმზიდველი გახდეს მომხმარებლისთვის, რაც თავის მხრივ გამოიწვევს ამ პროდუქტის ბაზრის ზრდის ტემპის მატებას. თუ ექიმთა პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის ბაზრის ზრდის ტემპი გაიზრდება მაშინ ეს პროდუქტი მიმზიდველი გახდება სხვა კომპანიებსთვისაც და კონკურენციაც შესაბამისად გაიზრდება, ეს კი თავის მხრივ გამოიწვევს ექიმთა დაცვის გაძლიერებას, რაც ქართული ჯანდაცვის სისტემის განვითარებისათვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია.

აბსტრაქტი

შესავალი: სამედიცინო პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევა საქართველოში დროის მცირე პერიოდია რაც არსებობს. კვლევის მიზანია საქართველოში არსებული სადაზღვეო კომპანიების მიერ შემოთავაზებული პროფესიული პასუხისმგებლობის სადაზღვეო პაკეტების შესწავლა, მათი შედარებითი ანალიზი, პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის მხრივ არსებული პრობლემების გამოვლენა. **მეთოდოლოგია:** თვისებრივი კვლევის ფარგლებში გამოყენებულ იქნა დოკუმენტების ანალიზისა და მეორადი ინფორმაციის შესწავლის მეთოდი. **შედეგები:** სამედიცინო პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის ბაზარი საქართველოში ხასიათდება დაბალი ზრდის ტემპით. დღევანდელ სადაზღვეო ბაზარზე მოქმედი 14 სადაზღვეო კომპანიიდან ექვს სადაზღვეო კომპანიას გააჩნია ექიმების პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევა და მათგან მხოლოდ ოთხი თავაზობს პაკეტებს ინდივიდუალურ პირებს. სადაზღვეო კომპანიებს შორის “არდი ჯგუფი” ლიდერია ქართულ სადაზღვეო ბაზარზე ექიმთა პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის მიმართულებით და ფლობს ბაზრის 70%-ს. **დისკუსია, დასკვნა:** სამედიცინო პერსონალის პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის ბიზნესი საქართველოში ჯერ კიდევ ჩამოყალიბების პროცესშია. მიზანშეწონილია აღნიშნული სადაზღვეო მომსახურების პოპულარიზაცია, მზღვეველების მიერ მათში ინვესტიციების განხორციელება, რაც თავის მხრივ, გააუმჯობესებს ექიმთა დაცვას და დადებით გავლენას მოახდენს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემის განვითარებაზე.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: დაზღვევა, ექიმების დაზღვევა, პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევა.

Medical Professional Liability Insurance in Georgia, Comparisson of Insurance Packages of Georgian Insurance Companies

Beka Dangadze, Levani Sopromadze

Abstract

Introduction: Medical professional liability insurance has a short history in Georgia. Furthermore, media often spreads the information about medical malpractices. Because of these facts, it is important to find out, how developed medical professional liability insurance is in Georgia, what kind of insurance packages do insurance companies offer and how often do Georgian doctors insure their professional liability. **Methodology:** Analysis of documents and secondary information were used as research method to solve the given objectives. **Results:** Medical professional liability market has a low growth rate in Georgia. From active 14 insurance companies 6 have medical professional liability insurance and only four of them offers insurance packages for individuals. Insurance company “Ardi Group” is a leader of Georgian insurance market within the scope of medical professional liability insurance and owes 70% of the whole market. **Discussion, conclusion:** Professional liability insurance system of medical staff in Georgia is still under development. It is worth to advertise and popularize mentioned service and to invest big amount of resources from the insurance companies, in order to increase the safety of Georgian doctors that is extremely important for the sustainability of Georgian medical system.

Keywords: Insurance, Medical Professional Liability Insurance, Georgia

ბიბლიოგრაფია

1. William M. Sage, "The Forgotten Third: Liability Insurance And The Medical Malpractice Crisis", Health Affairs, 23, no.4 (2004):10-21
2. Patricia Munch Danzon, Andrew J. Epstein, Scott J. Johnson, "The "Crisis" in Medical Malpractice Insurance", Brookings-Wharton Papers on Financial Services, 2004, pp. 55-96 | 10.1353/pfs.2004.0006 2004
3. Finnacord, "Risks in underwriting professional indemnity insurance: a European overview", 2014
4. Katsuyuki Kinoshita, "Professional Liability Insurance Program of the Japan Medical Association", JMAJ 50(5): 390-396, 2007
5. Diederich Healthcare, "2015 Medical Malpractice Payout Analysis", 2015
6. Diederich Healthcare, "2012 Medical Malpractice Payout Analysis", 2012
7. Mike Kreidler, "2014 Medical Malpractice Annual Report", 2014
8. სოფიკო ბარბაქაძე, "ექიმის პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევა საქართველოში", 2014
9. საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური, სტატისტიკა <http://www.insurance.gov.ge/Statistics.aspx>
10. ექიმების და სამედიცინო პერსონალის პროფესიული პასუხისმგებლობის დაზღვევის პროგრამა, საქართველოს დაზღვეულ მედიკოსთა სააგენტო, 2014 <http://gima.ge/admin/ckeditor/ckfinder/userfiles/files/Offer%20Liability%20Insurance.pdf>

სავალდებულო ავტოდაზღვევის შემოღებისადმი მძღოლების დამოკიდებულება

თენგიზ ვერულავა, თამთა ლომჯარია, მარიამ კოშაძე, ნინო ბექაური

შესავალი

საქართველოში მრავალი სადაზღვეო კომპანია სთავაზობს მძღოლებს ავტოდაზღვევას. იგი ავტოტრანსპორტის მფლობელს საშუალებას აძლევს თავიდან აიცილოს ავტოტრანსპორტის დაზიანების/განადგურების შედეგად წარმოქმნილი ფინანსური დანახარჯები. ავტოდაზღვევასთან ერთად სადაზღვეო კომპანია მომხმარებელს სთავაზობს ავტომფლობელის სამოქალაქო პასუხისმგებლობის დაზღვევას. იგი გულისხმობს უფლებამოსილი მძღოლის სამოქალაქო პასუხისმგებლობას, რომელიც დგება დაზღვეული ავტოტრანსპორტის მართვის შედეგად მესამე პირთა გარდაცვალების ან მათი ჯანმრთელობის/ქონების დაზიანების შედეგად.

მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში სატრანსპორტო საშუალებების რიცხვმა ბოლო წლებში საგრძნობლად მოიმატა, ავტომობილების დაზღვევის პოტენციური ბაზრის მხოლოდ მცირედი ათვისებული. შინაგან საქმეთა სამინისტროს 2012 წლის მონაცემებით, სულ დარეგისტრირებულია 806 323 ავტომანქანა, დაზღვევას ექვემდებარება დაახლოებით 300 000, სულ დაზღვეულია 36 420¹.

საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის (2013 წლის 6 თვის) სტატისტიკური მონაცემებიდან გამომდინარე დაზღვეულ ავტოსატრანსპორტო საშუალებათა რაოდენობამ შეადგინა დასაზღვევი ბაზრის დაახლოებით 12%, ხოლო, casco-ს წილი მთლიან ბაზარზე შეადგენს 9,92%-ს².

უმრავლეს ქვეყნებში, მათ შორის ევროკავშირში ავტოდაზღვევა და ავტომფლობელთა პასუხისმგებლობის დაზღვევა სავალდებულოა. მძღოლის დაუდევრობის, უყურადღებობის, არასაკმარისი ცოდნის, ავტომანქანის არასათანადო მოვლა-პატრონობის და სხვადასხვა მიზეზების გამო, იზრდება საგზაო-სატრანსპორტო შემთხვევების და გაუთვალისწინებელი შედეგების ალბათობა. როდესაც ავტოდაზღვევა სავალდებულოა საგზაო-სატრანსპორტო შემთხვევის ყველა მონაწილე, მათ შორის ქვეითად მოსიარულეც, იღებს გარანტიას, რომ დაცულნი იქნებიან მათ ჯანმრთელობაზე, სიცოცხლეზე და ქონებაზე მიყენებული ზიანის დროს.

საქართველოში ავტოტრანსპორტის მფლობელთა პასუხისმგებლობის დაზღვევა სავალდებულო არ არის. თუმცა, მას შემდეგ, რაც 2014 წელს საქართველომ ხელი მოაწერა ევროკავშირთან ასოცირების შეთანხმებას, დადგა საქართველოს კანონმდებლობის ევროკავშირის კანონმდებლობასთან ჰარმონიზაციის საკითხი. იგი გულისხმობს იმას, რომ ჩვენი კანონმდებლობა მაქსიმალურად უნდა დაუახლოვდეს ევროკავშირის კანონმდებლობას.

ექსპერტთა გარკვეული ნაწილის აზრით, ავტომფლობელის სამოქალაქო პასუხისმგებლობის სავალდებულო დაზღვევა ევროპასთან ასოცირების შეთანხმების ერთ-ერთი მთავარი მოთხოვნაა; თუმცა ოპონენტების განაცხადით, ევროკავშირს საქართველოსთვის მსგავსი მოთხოვნა არ წაუყენებია³. „ახალი ეკონომიკური სკოლა - საქართველოს“ პრეზიდენტის პაატა შეშელიძეს განცხადებით, „ავტომფლობელის სამოქალაქო

¹ ავტოპარკი 2012. შინაგან საქმეთა სამინისტრო, საინფორმაციო-ანალიტიკური დეპარტამენტი.

² სადაზღვეო ბაზრის სტატისტიკური მონაცემები. საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური. 2013 წ.

³ დევი ხეჩინაშვილი. „ავტომფლობელის პასუხისმგებლობის დაზღვევის სისტემაში მხოლოდ გამოცდილ კომპანიებს დაუშვებთ“. საქართველოს სადაზღვეო კომპანიათა ასოციაცია. 09.05.2014

პასუხისმგებლობის სავალდებულო დაზღვევის სისტემის შემოღებას არც ევროკავშირი ითხოვს და არც ლოგიკა. ადამიანს უნდა ჰქონდეს არჩევანის თავისუფლება - თუ უნდა დაზღვევა, იყიდოს, თუ არ უნდა, ძალით არ უნდა აყიდინო“¹.

სადაზღვევო ასოციაციის თავმჯდომარის, დევი ხეჩინაშვილის აზრით, „ევროკავშირი არ ითხოვს ავტომფლობელის სამოქალაქო პასუხისმგებლობის დაზღვევის სავალდებულო სისტემის დაუყოვნებლივ ამოქმედებას. ევროკავშირთან ასოცირების შეთანხმებაზე ხელმოწერიდან 6 თვის განმავლობაში საქართველომ უნდა წარადგინოს დღის წესრიგი, ანუ სამოქმედო გეგმა, სადაც გაწერილი იქნება შეთანხმების ფარგლებში აუცილებლად შესასრულებელი ვალდებულებები და ამ ვალდებულებების შესრულების ვადები. ცხადია, ერთ-ერთი მთავარი ვალდებულება ავტომფლობელის სამოქალაქო პასუხისმგებლობის დაზღვევის სისტემის შემოღება იქნება“².

საქართველოს მთავრობის განცხადებით 2015 წლიდან საქართველოში ავტომობილების დაზღვევა სავალდებულო გახდება. პარლამენტი უკვე მუშაობს საკანონმდებლო ცვლილებებზე, რის შემდეგაც დამტკიცდება საკანონმდებლო ცვლილებათა პაკეტი.

ექსპერტები ასევე ხაზს უსვამენ, რომ მიზანშეწონილია სავალდებულო ავტოდაზღვევის ბაზარზე მრავალი სადაზღვევო კომპანიის მონაწილეობა, რომელთაგანაც მძლოლი სურვილისამებრ აირჩევს მისთვის სასურველს³. ექსპერტთა აზრით, კანონში უნდა ჩაიდოს ნორმა და ავტომფლობელის სამოქალაქო პასუხისმგებლობის დაზღვევის სისტემაში დაშვება ჰქონდეთ მხოლოდ იმ კომპანიებს, რომლებსაც გარკვეული გამოცდილება აქვთ ავტოდაზღვევაში⁴

ავტომანქანის მფლობელთა სამოქალაქო პასუხისმგებლობის ნებაყოფლობითი დაზღვევა მნიშვნელოვნად განსხვავდება სავალდებულო დაზღვევისგან. მაგალითად, ნებაყოფლობით დაზღვევაში მნიშვნელობა აქვს ბრალეულობას. თუ ნასვამ მდგომარეობაში მყოფმა მძღოლმა მიაყენა ზარალი მესამე პირს, სადაზღვევო კომპანიამ სადაზღვევო ხელშეკრულების მიხედვით შეიძლება არ აანაზღაუროს ზარალი, მაგრამ სავალდებულო ავტოდაზღვევის დროს დაზარალებული ამ შემთხვევაშიც დაცულია. სწორედ ეს არის სავალდებულო დაზღვევის სპეციფიკა, რომელიც ყოველთვის იცავს დაზარალებულს.

სავალდებულო დაზღვევა ძალიან მნიშვნელოვანი განტვირთვის მექანიზმია სახელმწიფოსთვისაც. სახელმწიფოს ძალიან ხშირად პირდაპირ, თუ ირიბად უწევს ავტოსაგზაო შემთხვევების შედეგების ანაზღაურება, როდესაც მას ვერ იხდის დამზარალებელი. როგორც წესი, ავტოავარიების შედეგად დაზარალებული ადამიანები ფინანსური დახმარებისთვის ხშირად სწორედ სახელმწიფოს მიმართავენ. მაგალითად, თუ ავტოავარიის შედეგად მოქალაქემ დაკარგა შრომის უნარი, სახელმწიფო მას უნიშნავს პენსიას.

ექსპერტთა ვარაუდით, სავალდებულო ავტოდაზღვევის შემოღების შედეგად, ავტოსაგზაო შემთხვევისას გარდაცვალების დროს გათვალისწინებული იქნება დაახლოებით 17-18 ათასი ლარის გადახდა, მკურნალობაზე კი 15 ათას ლარამდე თანხა გამოიყოფა⁵. ეკონომიკურად სუსტი ქვეყნებისგან განსხვავებით, ეკონომიკურად ძლიერ ქვეყნებში ზარალის ასანაზღაურებლად დადგენილი სადაზღვევო თანხა გაცილებით დიდია. მაგალითად, სადაზღვევო პრაქტიკიდან შეიძლება მოვიყვანოთ ასეთი შემთხვევა: გერმანიაში მანქანა შეეჯახა ბენზინ გადამტან ცისტერნას, ცისტერნა გადავარდა ხიდიდან და აფეთქდა,

¹ დევი ხეჩინაშვილი. „ავტომფლობელის პასუხისმგებლობის დაზღვევის სისტემაში მხოლოდ გამოცდილ კომპანიებს დავუშვებ“. საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაცია. 09.05.2014.

² დევი ხეჩინაშვილი. „ავტომფლობელის პასუხისმგებლობის დაზღვევის სისტემაში მხოლოდ გამოცდილ კომპანიებს დავუშვებ“. საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაცია. 09.05.2014.

³ იქვე.

⁴ იქვე.

⁵ ბაირახტარი პაატა, როდის და რა პირობებით გახდება სავალდებულო ავტოდაზღვევა. ბანკები და ფინანსები. 06.05.2014.

ხიდი გაცხელდა და ჩამოინგრა. უამრავი მანქანა და ადამიანი დაშავდა, იყვნენ დაღუპულებიც. სადაზღვევო კომპანიამ ამ ავტოსაგზაო შემთხვევის შედეგად 120 მილიონზე მეტი აანაზღაურა¹.

ამ დროისათვის უცნობია, თუ რა ეღირება სავალდებულო ავტოდაზღვევის პაკეტი. ექსპერტთა აზრით, იგი უნდა იყოს მომხმარებლებისათვის ფინანსურად ხელმისაწვდომი, რათა მძღოლს შეეძლოს სადაზღვევო პრემიის გადახდა. ექსპერტთა გათვლებით, ავტომფლობელის სამოქალაქო პასუხისმგებლობის დაზღვევა თვეში დაახლოებით 12-15 ლარის ფარგლებში უნდა მერყეობდეს². მათი აზრით, ასევე მიზანშეწონილია სავალდებულო მინიმალური პაკეტის არსებობა. მაგალითად, თუ მატერიალური ზარალის ანაზღაურების ლიმიტი იქნება 20 000 ლარი, ხოლო დაზღვეულმა პირმა დააზიანა ძვირადღირებული, 50000 ლარიანი მანქანა, დამზარალელებს უნდა დაეკისროს ამ სხვაობის დაფარვა³.

გარდა სავალდებულო ავტოდაზღვევისა, სახელმწიფოს ასევე განზრახული აქვს სავალდებულო ტექდათვალიერების აღდგენა, რომლის საფასური, ექსპერტთა ვარაუდით, დაახლოებით 48 ლარი იქნება⁴. ამ მხრივ აღსანიშნავია, რომ ავტოპარკის ასაკი საქართველოში ძალიან ხანდაზმულია. არსებული ავტომანქანების ნახევარზე მეტი 20 წელს გადაცილებული ავტომანქანაა. ერთი შეხედვით, შეიძლება ითქვას, რომ სავალდებულო ტექდათვალიერების შემოღებით ავტომანქანები მეტნაკლებად გაიმართება, რაც ხელს შეუწყობს სავალდებულო ავტოდაზღვევის შედარებით უმტკივნეულოდ შემოღებას, რადგან ამით მომზადდება ნიადაგი, რომ სადაზღვევო კომპანიებს შედარებით ნაკლები ზარალი მიადგეთ. თუმცა, ექსპერტთა აზრით, სავალდებულო ტექდათვალიერების შემოღება და ამით სადაზღვევო კომპანიების ნაკლები ზარალიანობა, ეს ორი მოვლენა ერთმანეთთან პირდაპირკავშირში არ არის⁵. ეს ორი სრულიად განსხვავებული ინსტრუმენტია, მაგრამ ავტომფლობელის პასუხისმგებლობის დაზღვევა ერთგვარად იხეირებს იმით, თუ გამართული მანქანები იმოდრავებენ, იმიტომ რომ ავტოსაგზაო შემთხვევების რაღაც ნაწილი გაუმართავი მანქანების გამო ხდება, თუმცა ეს მიზეზი არ არის დომინანტი. ავტოდაზღვევაში უფრო მეტად გასათვალისწინებელია სხვა რისკ-ფაქტორები: სიჩქარის გადაჭარბება, მთვრალ მდგომარეობაში ავტომანქანის მართვა და ა.შ.⁶.

კვლევის მიზანია სავალდებულო ავტოდაზღვევის შემოღებისადმი მძღოლების დამოკიდებულების შესწავლა.

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია ავტოდაზღვევის საკითხებზე არსებული ქართული და უცხოური ლიტერატურა, საქართველოს საკანონმდებლო აქტები, სამთავრობო დადგენილებები, საქართველოს სტატისტიკი სეროვნული სამსახურის მასალები. კვლევა მოიცავდა რაოდენობრივ კომპონენტს. მიზნობრივ ჯგუფად განისაზღვრა ავტომობილების მფლობელები. იმის გამო, რომ კვლევა ტარდებოდა შეზღუდულ დროში, კვლევის არეალს წარმოადგენდა ქ. თბილისი, კონკრეტულად კი სავაჭრო და გასართობი ცენტრი „თბილისი

¹ ინტერვიუ სადაზღვევო ასოციაციის თავმჯდომარე დევი ხეჩინაშვილთან. ჟურნალი „თბილისელები“, 26.05.2014

² დევი ხეჩინაშვილი. „ავტომფლობელის პასუხისმგებლობის დაზღვევის სისტემაში მხოლოდ გამოცდილ კომპანიებს დაუშვებთ“. საქართველოს სადაზღვევო კომპანიათა ასოციაცია. 09.05.2014

³ ინტერვიუ სადაზღვევო ასოციაციის თავმჯდომარე დევი ხეჩინაშვილთან. ჟურნალი „თბილისელები“, 26.05.2014

⁴ ბაირახტარი პაატა, როდის და რა პირობებით გახდება სავალდებულო ავტოდაზღვევა. ბანკები და ფინანსები. 06.05.2014.

⁵ ინტერვიუ სადაზღვევო ასოციაციის თავმჯდომარე დევი ხეჩინაშვილთან. ჟურნალი „თბილისელები“, 26.05.2014

⁶ ინტერვიუ სადაზღვევო ასოციაციის თავმჯდომარე დევი ხეჩინაშვილთან. ჟურნალი „თბილისელები“, 26.05.2014

მოლი“ და სავაჭრო ცენტრი „თბილისი ცენტრალი“. აღნიშნული ობიექტების შერჩევა განაპირობა იმ გარემოებამ, რომ ჩამოთვლილი სავაჭრო ცენტრები წარმოადგენენ ერთ-ერთ ყველაზე ხალხმრავალ ადგილებს, შესაბამისად, უფრო მოსახერხებელია ავტოსადგომებზე მომლოდინე მძღოლებთან შედარებით მშვიდ გარემოში ინტერვიუს ჩამორთმევა. კვლევაში გამოყენებული იქნა პირისპირ ინტერვიუების მეთოდი. ინტერვიუ ჩატარდა სპეციალური სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. თითოეული კითხვარი შეიცავდა ღია და დახურულ კითხვას. კვლევა მიმდინარეობდა 2014 წლის ოქტომბერი - დეკემბრის პერიოდში. ბენეფიციართა ინტერვიუს ხანგრძლივობა იყო დაახლოებით 30-45 წუთი.

შედეგები

250 შერჩეული პირიდან გამოკითხვაში მონაწილეობაზე დათანხმდა 240 ბენეფიციარი (96%). 10-მა პირმა უარი განაცხადა მონაწილეობის მიღებაზე, მათგან 7 იყო მამაკაცი და 3 ქალი.

გამოკითხულთაგან 154 (64%) არის მამაკაცი, ხოლო 86 (36%) ქალი. რესპოდენტთა უმეტესი ნაწილის ასაკი შეადგენდა 36-45 წლის ასაკის პირებს (43.3%).

ცხრილი №1

რესპოდენტთა ასაკობრივ-სქესობრივი შემადგენლობა

ასაკი	მამაკაცი	ქალი	სულ
	154 (64%)	86 (36%)	240
18 წელზე ნაკლები	0 (0%)	1 (0.42)	1 (0.42%)
18-25 წლის	28 (11.67%)	6 (2.5%)	34 (14.17%)
26-35 წლის	24 (10%)	15 (6.25%)	39 (16.25%)
36-45 წლის	62 (25.82%)	42 (17.5%)	104 (43.33%)
46-55	25 (10.42%)	21 (8.75%)	46 (19.17%)
55 წელს ზევით	15 (6.25%)	1 (0.42%)	16 (6.67%)

გამოკითხულ რესპოდენტთაგან ავტომანქანა დაზღვეული ჰყავს მხოლოდ 35 პირს (15%), მათ შორის მამაკაცი შეადგენდა 60%-ს, ხოლო ქალი - 40%-ს. ავტომანქანა დაუზღვეველი ჰყავდა გამოკითხულთა 85%-ს, მათ შორის 65% მამაკაცია, ხოლო 35% ქალი.

ცხრილი №2

გამოკითხულ რესპოდენტთაგან დაზღვეული ავტომანქანების რაოდენობა

ასაკი	დაზღვეული ჰყავს			არ ჰყავს დაზღვეული		
	მამაკაცი	ქალი	სულ	მამაკაცი	ქალი	სულ
	21 (60%)	14 (40)	35 (15%)	133 (65%)	72 (35%)	205(85%)
18 წელზე ნაკლები	0	0	0%	0	1	0.41%
18-25 წლის	5	2	2.91%	57	40	40.42%
26-35 წლის	8	5	5.42%	17	16	13.75%
36-45 წლის	0	3	1.25%	24	12	15%
46-55	5	4	3.75%	23	2	10.42%
55 წელს ზევით	3	0	1.25%	12	1	5.42%

გამოკითხულ რესპოდენტთა ნეტ ნაწილს ავტომანქანა დაზღვეული ჰყავს სადაზღვევო კომპანია „ჯი პი აი ჰოლდინგში“ (37%), შემდეგ მოდის ალდაგი ბი სი აი (26%).

ცხრილი №3:

დაზღვეულ ავტომანქანების განაწილება სადაზღვევო კომპანიების მიხედვით

სადაზღვევო კომპანია	რაოდენობა	%
ჯიპი აი ჰოლდინგი	13	37%
ალდაგი ბისიაი	9	26%
უნისონი	1	3%
არდი	1	3%
ირაო	2	6%
ალფა	4	11%
ტაო	2	6%
სხვა (ქართუ, პსპ დაზღვევა)	3	8%
	35	100%

გამოკითხულ რესპოდენტთა უმეტესი ნაწილი ავტოდაზღვევაში იხდის თვეში 60 ლარს (19.5%), 50 ლარს (14%), 70 ლარს (11.5%). (იხ. ცხრილი 4)

ცხრილი №4

დაზღვეული ავტომანქანების განაწილება თვიური პრემიის მიხედვით

თანხა	პირთა რაოდენობა	%
15 ლარი	3	9%
20 ლარი	2	6%
25 ლარი	2	6%
28 ლარი	3	8.5%
35 ლარი	2	6%
50 ლარი	5	14%
60 ლარი	7	19.5%
65 ლარი	1	2.5%
70 ლარი	4	11.5%
80 ლარი	2	6%
90 ლარი	2	6%
100 ლარი	1	2.5%
110 ლარი	1	2.5%

რესპოდენტთა 51% კმაყოფილია ავტოდაზღვევის პირობებით, აღსანიშნავია რომ სადაზღვევო პაკეტით უკმაყოფილო არავინ აღმოჩნდა.

ცხრილი №5

გამოკითხულთა კმაყოფილება ავტომობილის დაზღვევის პირობებით

	რაოდენობა	%
კი	18	51%
არა	0	0%
მეტნაკლებად	14	40%
მიჭირს პასუხის გაცემა	3	9%

რესპოდენტებს, რომლებსაც ჰქონდათ ავტოდაზღვევა, შესაბამისი ქულით უნდა შეეფასებინათ კმაყოფილება (მაქსიმალური - 10 ქულა, მინიმალური - 1 ქულა). რესპოდენტთა უმეტესმა ნაწილმა 9 ქულით შეაფასა ავტოდაზღვევით კმაყოფილება (34%), 8 და 10 ქულით 17-17%-მა.

გამოკითხულთა კმაყოფილების განაწილება შეფასების ქულების მიხედვით

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 (ადამიანი)	0	0	2	5	2	2	6	12	6

რესპოდენტებს, რომლებსაც ჰქონდათ ავტოდაზღვევა, ყველაზე მეტად მოსწონდათ სადაზღვევო შემთხვევის შედეგად ზარალის ანაზღაურების პირობები (11%), ევაკუატორის უფასო მომსახურება ავტოსაგზაო შემთხვევის დროს (11%), დაცულობა (6%), სადაზღვევო კომპანიის სანდოობა (6%), დამატებითი პაკეტები (6%), სხვადასხვა საჩუქრები, უფასო სერვისები (6%).

რესპოდენტების მიერ გამოთქმული მოსაზრებები თუ რა მოსწონთ ავტოდაზღვევის პაკეტში

ზარალის ანაზღაურება	4	11%
თავს უფრო დაცულად ვგრძნობ	2	6%
უსაფრთხოება	1	3%
სანდოობა	2	6%
ყველა პირობა	3	9%
სწრაფი მომსახურება	1	3%
დაფარვები	1	3%
დამატებითი პაკეტები	2	6%
ავტომობილის ჩანაცვლება	1	3%
ძველი ავტომობილის დაზღვევა	1	3%
გადახდის ჯერადობა	2	6%
მძღოლების დაზღვევა შეუზღუდავია	1	3%
სტიქიური მოვლენებისგან მიყენებული ზარალის ანაზღაურება	3	9%
ავტოსაგზაო შემთხვევის დრო როცა თანხა არ აღემატება 1000 ლარს ანაზღაურება ხდება ხელზე	2	6%
ევაკუატორის უფასო მომსახურება ავტოსაგზაო შემთხვევის დროს	4	11%
შემთხვევის დროს საწვავის ადგილზე მიტანა	1	3%
სხვადასხვა საჩუქრები, უფასო სერვისები	2	6%
24 საათიანი ავტო-ასისტანსი	1	3%
ავტოავარიის დროს დაზიანებული ხალხის დაზღვევა	1	3%

რესპოდენტებს, რომლებსაც ჰქონდათ ავტოდაზღვევა, ყველაზე მეტად არ მოსწონდათ სადაზღვევო პაკეტის ფასი (31%), ანაზღაურების წესი (20%), მხოლოდ ავტოავარიის ხარჯების ანაზღაურება (14%).

რესპოდენტთა აზრი ავტოდაზღვევის პაკეტში მათთვის უარყოფით ასპექტებზე

ის რომ მხოლოდ ავტოავარიის ხარჯებს ანაზღაურებს	5	14%
ფასი	11	31%
ანაზღაურება	7	20%
არ მახსენდება	2	6%
მომსახურების დონე	4	11%
დაზღვევაზე უფლებამოსილ მძღოლად ითვლება 23 წელს გადაცილებული ადამიანი	4	11%
მიჭირს პასუხის გაცემა	2	6%
სულ	35	100%

ცხრილი №9

რესპოდენტების აზრი სადაზღვევო პაკეტში მათთვის სასურველი ცვლილებების განხორციელებაზე

დავამატებდი სხვა რისკების დაზღვევას	1	3%
დავამატებდი სხვა მოდულს	1	3%
სადაზღვევო შენატანს შევცვლიდი	13	38%
ყველა პირობას	3	8%
არაფერს	7	20%
დაზღვევაზე უფლებამოსილ მძღოლის ასაკს	2	6%
მომსახურების ხარისხს	4	11%
დავამატებდი მანქანის უფასო რეცხვას	4	11%
სულ	35	100%

რესპოდენტებმა, რომლებსაც არ ჰყავთ ავტომანქანა დაზღვეული, დაუზღვეველობის უმთავრეს მიზეზად მოიხსენიეს სადაზღვევო პაკეტის სიძვირე (41%), სადაზღვევო კომპანიისადმი უნდობლობა (29%).

ცხრილი №10

რესპოდენტთა აზრი ავტომობილის დაუზღვეველობის მიზეზებზე.

	გამოკითხულთა რაოდენობა	%
არ მომწონს შემოთავაზებული პირობები	25	12%
ფინანსური პრობლემების გამო (ძვირია)	85	41%
არ ვენდობი სადაზღვევო კომპანიას	59	29%
მიჭირს პასუხის გაცემა	36	18%
სულ	205	100%

სავალდებულო ავტოდაზღვევის შემოღებას სრულიად არ ეთანხმება რესპოდენტთა უმეტესი ნაწილი (35%), ნაწილობრივ ეთანხმება 31%, ხოლო სრულიად ეთანხმება მხოლოდ 11%.

ცხრილი №11

რესპოდენტთა აზრი სავალდებულო ავტოდაზღვევის შემოღების თაობაზე

სრულიად ვეთანხმები	27	11%
ნაწილობრივ ვეთანხმები	74	31%
სრულიად არ ვეთანხმები	83	35%
ნაწილობრივ არ ვეთანხმები	26	11%
მიჭირს პასუხის გაცემა	30	12%

სავალდებულო ავტოდაზღვევის შემოღების შემთხვევაში რესპოდენტთა უმეტესი ნაწილი მიიჩნევს, რომ მათთვის უფრო სასურველია სადაზღვევო კომპანიებს შორის თავისუფალი არჩევანის გაკეთება, ვიდრე არაკონკურენტული გარემო, სადაც მომხმარებელს არ აქვს თავისუფალი არჩევანის უფლება და იძულებულია დაეზღვიოს ერთ სადაზღვევო კომპანიაში (65%), არაკონკურენტულ სადაზღვევო ბაზარს, ანუ მხოლოდ ერთი სადაზღვევო კომპანიაში დაზღვევის უფლებას ეთანხმება გამოკითხულთა 18%.

ცხრილი №12

რესპოდენტების აზრი ერთი თუ მრავალი სადაზღვევო კომპანიის არსებობაზე, სავალდებულო ავტოდაზღვევის შემთხვევაში

ერთ სადაზღვევო კომპანია	44	18%
მრავალი კერძო სადაზღვევო კომპანიიდან სასურველის არჩევის უფლების მინიჭება	156	65%
მიჭირს პასუხის გაცემა	40	17%

რესპოდენტთა აზრით, სავალდებულო ავტოდაზღვევის გადასახადი უნდა დაწესდეს ავტომობილის მდგომარეობის მიხედვით (37%), ავტომობილის საბაზრო ღირებულების მიხედვით (25%), ავტომობილის წლოვანების მიხედვით (17%).

ცხრილი №13

სავალდებულო ავტოდაზღვევის გადასახადის დაწესების ფორმები (შესაძლებელია რამოდენიმე ფორმის შერჩევა)

ავტომობილის წლოვანების მიხედვით	67	17%
ავტომობილის მარკის მიხედვით	32	8%
ავტომობილის მდგომარეობის მიხედვით	152	37%
ავტომობილის საბაზრო ღირებულების მიხედვით	102	25%
არაფერზე არ უნდა იყოს დამოკიდებული და ყველასათვის ერთნაირი უნდა იყოს	52	13%

რესპოდენტთა უმრავლესობის აზრით, სავალდებულო ავტოდაზღვევის ღირებულება უნდა შეადგენდეს დაახლოებით 5 ლარს (64.2 %), 6-დან 10 ლარს (31.7%).

ცხრილი №14

რესპოდენტთა აზრი სავალდებულო ავტოდაზღვევის ღირებულებაზე

5 ლარი	6-10ლარი	11-15 ლარი	16-20 ლარი	21-25 ლარი	26-30 ლარი	30 ლარზე მეტი
154 (64.2%)	76 (31.7%)	9 (3.8%)	1 (0.4%)	0	0	0

დისკუსია, დასკვნები

საქართველოს მიერ ევროკავშირთან ასოცირების შეთანხმების ხელმოწერის შედეგად დადგა საქართველოს კანონმდებლობის ევროკავშირის კანონმდებლობასთან ჰარმონიზაციის საკითხი. ავტომფლობელის სამოქალაქო პასუხისმგებლობის სავალდებულო დაზღვევის სისტემის შემოღება ევროპასთან ასოცირების შეთანხმების ერთ-ერთი ვალდებულება იქნება. საქართველოს მთავრობის განცხადებით 2015 წლიდან საქართველოში ავტომობილების დაზღვევა სავალდებულო გახდება.

ჩატარებული კვლევა აჩვენებს, რომ გამოკითხულთა უმრავლესობას მანქანა დაზღვეული არ ჰყავს (85%). დაუზღვეველობის უმთავრესი მიზეზია ფინანსური პრობლემები, სადაზღვევო პაკეტის სიძვირე. გამოკითხვიდან ჩანს, რომ დაზღვეულთა მეტი ნაწილი ავტოდაზღვევის პაკეტის შესაძენად იხდის 60 ლარს (19.5%), რაც რესპოდენტთა უმრავლესობისთვის ხელმიუწვდომელია. აღნიშნული ფაქტი გათვალისწინებულ უნდა იქნას სავალდებულო ავტოდაზღვევის შემოღების შემთხვევაში სადაზღვევო ტარიფის დაწესებისას. სავალდებულო ავტოდაზღვევის სადაზღვევო შენატანი ქვეყანაში არსებული მძიმე ეკონომიკური მდგომარეობის შესაბამისი უნდა იყოს.

როგორც მოსალოდნელი იყო, სავალდებულო ავტოდაზღვევის შემოღება ქართველი მძღოლების უმრავლესობისთვის არ არის მისაღები (35%). სავალდებულო ავტოდაზღვევის მიმართ რესპოდენტთა ასეთი დამოკიდებულება არ უნდა იყოს ძნელი გასაგები, რადგან არავის მოსწონს რაიმე სახის გადასახადის გადახდა. ამასთან დაკავშირებით, მნიშვნელოვანია იმის გარკვევა თუ რის მიხედვით მოხდება სავალდებულო სადაზღვევო შენატანის დაწესება. ამ მხრივ, გამოკითხულთა უმრავლესობის აზრით, სადაზღვევო შენატანი სიდიდე უნდა განისაზღვრებოდეს ავტომობილის მდგომარეობის მიხედვით (37%), ან ავტომობილის საბაზრო ღირებულების მიხედვით (25%).

სავალდებულო ავტოდაზღვევის შემოღების შემთხვევაში რესპოდენტთა უმეტესი ნაწილი მიიჩნევს, რომ მომხმარებელს უნდა ჰქონდეს სადაზღვევო კომპანიების თავისუფალი არჩევანის უფლება (65%). მათთვის მიუღებელია სავალდებულო ავტოდაზღვევის ბაზარზე არაკონკურენტული გარემოს შექმნა და შედეგად სახელმწიფოს მხრიდან ერთი მზღვეველის მონოპოლიის ხელშეწყობა.

საბოლოო ჯამში, მსგავსი ხასიათის კვლევები, ძალიან მნიშვნელოვანია, როგორც მძღოლებისთვის, ასევე ქვეყნისთვისაც, რადგან იგი ხელს შეუწყობს ავტოდაზღვევის სფეროში სწორი გადაწყვეტილებების მიღებას. მიზანშეწონილია ავტოდაზღვევის მიმართ მძღოლების დამოკიდებულების უფრო ღრმად და შედარებით უფრო მეტი მამტაბით კვლევის ჩატარება.

აბსტრაქტი

შესავალი: საქართველოს მიერ ევროკავშირთან ასოცირების შეთანხმების ხელმწიორის შედეგად დადგა საქართველოს კანონმდებლობის ევროკავშირის კანონმდებლობასთან ჰარმონიზაციის საკითხი. ავტომფლობელის სამოქალაქო პასუხისმგებლობის სავალდებულო დაზღვევის სისტემის შემოღება ევროპასთან ასოცირების შეთანხმების ერთ-ერთი ვალდებულება იქნება. **საქართველოს მთავრობის განცხადებით 2015 წლიდან საქართველოში ავტომობილების დაზღვევა სავალდებულო გახდება.** პარლამენტი უკვე მუშაობს საკანონმდებლო ცვლილებებზე, რის შემდეგაც დამტკიცდება საკანონმდებლო ცვლილებათა პაკეტი. კვლევის მიზანია სავალდებულო ავტოდაზღვევის შემოღებისადმი მძღოლების დამოკიდებულების შესწავლა. **მეთოდოლოგია:** გამოყენებულ იქნა ავტოდაზღვევის საკითხებზე არსებული ლიტერატურა, სტატისტიკური მასალები. რაოდენობრივი კომპონენტის ფარგლებში წინასწარ სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით გამოკითხულ იქნენ ავტომობილების მფლობელები. **შედეგები:** გამოკითხულ რესპოდენტთაგან (240 პირი) ავტომანქანა დაზღვეული ჰყავს მხოლოდ 15%-ს, რომელთაგან უმეტესი ნაწილი (19.5%) ავტოდაზღვევაში იხდის თვეში 60 ლარს. რესპოდენტთა უმრავლესობა კმაყოფილი, ან მეტნაკლებად კმაყოფილია ავტოდაზღვევის პირობებით (91%). მათთვის ყველაზე მეტად მისაღებია სადაზღვევო შემთხვევის შედეგად ზარალის ანაზღაურების პირობები (11%), ევაუატორის უფასო მომსახურება ავტოსაგზაო შემთხვევის დროს (11%), დაცულობა (6%), სადაზღვევო კომპანიის სანდოობა (6%), თუმცა უარყოფით მხარედ დასახელებულ იქნა სადაზღვევო პაკეტის სიძვირე, რაც, თავის მხრივ, მიჩნეულ იქნა დაუზღვეველობის უმთავრეს მიზეზად (41%). რესპოდენტთა უმეტესი ნაწილი სრულიად არ ეთანხმება სავალდებულო ავტოდაზღვევის შემოღებას (35%). სავალდებულო ავტოდაზღვევის შემოღების შემთხვევაში რესპოდენტთა უმეტესი ნაწილი მიიჩნევს, რომ მათთვის უფრო სასურველია სადაზღვევო კომპანიებს შორის თავისუფალი არჩევანის უფლების მინიჭება. რესპოდენტთა აზრით, სავალდებულო ავტოდაზღვევის გადასახადი უნდა დაწესდეს უმთავრესად ავტომობილის მდგომარეობის მიხედვით (37%) ან ავტომობილის საბაზრო ღირებულების მიხედვით (25%), ხოლო სავალდებულო ავტოდაზღვევის ღირებულება უნდა შეადგენდეს დაახლოებით 5 – 10 ლარს (95.9%). **დისკუსია, დასკვნა:** კვლევამ აჩვენა, რომ სავალდებულო ავტოდაზღვევის შემოღება ქართველი მძღოლების უმრავლესობისთვის არ არის მისაღები, ხოლო კერძო ავტოდაზღვევა სადაზღვევო პაკეტის სიძვირის გამო რესპოდენტთა უმრავლესობისთვის ხელმიუწვდომელია. აღნიშნული ფაქტი გათვალისწინებულ უნდა იქნას სავალდებულო ავტოდაზღვევის შემოღების შემთხვევაში სადაზღვევო ტარიფის დაწესებისას. სავალდებულო ავტოდაზღვევის სადაზღვევო შენატანი ქვეყანაში არსებული მძიმე ეკონომიკური მდგომარეობის შესაბამისი უნდა იყოს. სავალდებულო ავტოდაზღვევის შემოღების შემთხვევაში მომხმარებელს უნდა ჰქონდეს სადაზღვევო კომპანიების თავისუფალი არჩევანის უფლება, რაც გამორიცხავს სავალდებულო ავტოდაზღვევის ბაზარზე სახელმწიფოს მხრიდან ერთი მზღვეველის მონოპოლიის ხელშეწყობას.

Car owners' outlook on the new “compulsory vehicle insurance” policy

Tengiz Verulava, Tamta Lomjaria, Mariam Koshadze, Nino Bekauri

As stated by the Georgian government, from 2015 year car insurance becomes compulsory. Parliament already is working on it. The purpose of the research is to study Vehicle owners' point of view. 240 people were interviewed. 15 % of them had their cars insured and 19.5% of this people paid 60 Gel monthly. Majority of the respondents are satisfied or at least mostly satisfied with their insurance products (91%). This survey and analysis show that the greater part of the Georgian vehicle owners do not support the idea of the compulsory vehicle insurance (35%). The pricing should be set according to the condition of the vehicle (37%), or on market price of the vehicle (25%). Respondents said that the price should be between 5 – 10 Gel. This fact must be taken into the consideration while setting the price for the compulsory vehicle insurance. The cost must be affordable by Georgian citizens considering the hard economic time in the country . The customer must have a freedom to choose between companies and monopoly on vehicle insurance must be prevented by the government.

ბიბლიოგრაფია:

- ბაირახტარი პაატა, როდის და რა პირობებით გახდება სავალდებულო ავტოდაზღვევა. ბანკები და ფინანსები. 06.05.2014
http://bfm.ge/index.php?newsid=7951#.VGpC_J8QPu0
- კოტორაშვილი თამარ. რას გულისხმობს სავალდებულო ავტოდაზღვევა? სააგენტო ici.ge. 09.05.2014. <http://ici.ge/news/ras-gulisxmobs-savaldebulo-avtodazrveva.html>
- ხაჩიძე ნინო, ინტერვიუ სადაზღვევო ასოციაციის თავმჯდომარე დევი ხეჩინაშვილთან. ჟურნალი „თბილისელები“, 26.05.2014
http://tbiliselebi.ge/?mas_id=268441412&year=2014&rubr_id=1&jurn_id=21
<http://www.commersant.ge/index.php?menuid=88&id=14721&lang=1>
- ევროპა საქართველოსთვის. ინტერვიუ სადაზღვევო ასოციაციის თავმჯდომარე დევი ხეჩინაშვილთან. 09.05. 2014
<http://www.eugeorgia.info/index.php/2014-03-13-12-45-27/22-დაზღვევა>

დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის სასურველი ორგანიზაციული ფორმა

ქეთი ზურაბიშვილი¹

შესავალი

დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ საქართველოში მიმდინარე ეკონომიკურმა რეფორმებმა და სადაზღვევო სისტემის განვითარების აუცილებლობამ განაპირობა 1997 წელს „დაზღვევის შესახებ“ კანონის მიღება, რომელიც რიგი ცვლილებებით დღესაც მოქმედებს. ამ კანონისა და საქართველოს პრეზიდენტის 1997 წლის 29 ივნისის ბრძანებულების თანახმად, სადაზღვევო საქმიანობის ზედამხედველობისა და რეგულირებისათვის შეიქმნა დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური. იგი საწყის ეტაპზე წარმოადგენდა დამოუკიდებელი სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულებას (4).

2001 წლის 20 ივნისის „დაზღვევის შესახებ“ საქართველოს კანონში გატარებული ცვლილებებისა და ამავე წლის 16 სექტემბრის საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულებით დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური საქვეუწყებო დაწესებულებიდან გარდაიქმნა საჯარო სამართლის იურიდიულ პირად (4).

2007 წლის 11 ივლისს „დაზღვევის შესახებ“ საქართველოს კანონში გატარებული ცვლილებების თანახმად სამსახურმა, როგორც დამოუკიდებელმა საჯარო სამართლის იურიდიულიმა პირმა, ამგვარი ფორმით შეწყვიტა ფუნქციონირება და მის სამართალმემკვიდრედ გამოცხადდა საჯარო სამართლის იურიდიულ პირი – საქართველოს ფინანსური მონიტორინგის სამსახური (4).

2008 წლის 14 მარტს კვლავ განხორციელდა ცვლილება–დამატებები „დაზღვევის შესახებ“ საქართველოს კანონში და სადაზღვევო სექტორზე საზედამხედველო ფუნქციები შეითავსა საქართველოს საფინანსო ზედამხედველობის სააგენტომ – „საქართველოს ეროვნული ბანკის შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონით შექმნილი ორგანომ, რომელიც ახორციელებდა ზედამხედველობას ზოგადად საფინანსო სექტორზე (4).

2009 წლის 24 სექტემბერს გატარდა ცვლილება–დამატებები „დაზღვევის შესახებ“ საქართველოს კანონში და სადაზღვევო სექტორზე საზედამხედველო ფუნქცია შეითვისა საქართველოს ეროვნულმა ბანკმა, ხოლო დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური გადაიქცა ეროვნული ბანკის ერთ-ერთ სტრუქტურულ ქვედანაყოფად (დეპარტამენტი)..

ექსპერტთა გარკვეული ნაწილის აზრით (1), დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის ეროვნულ ბანკში გაერთიანებამ განაპირობა უარყოფითი შედეგი, კერძოდ არ ხდებოდა სადაზღვევო კომპანიების სათანადო დონეზე რეგულირება. აღნიშნული განსაკუთრებით შეინიშნებოდა სადაზღვევო კომპანიების მიერ სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების უზრუნველყოფასთან დაკავშირებით. ისინი ვერ ასრულებდნენ ნაკისრ ვალდებულებას, აგვიანებდნენ სამედიცინო დაწესებულებების მიერ შესრულებული სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებას. შედეგად შემცირდა მოსახლეობის და სამედიცინო პერსონალის ნდობა სადაზღვევო კომპანიებისადმი. მათი აზრით, შექმნილი

¹ ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბიზნესის ფაკულტეტის ბაკალავრი

მდგომარეობის გამოსასწორებლად გადაწყდა სადაზღვევო ზედამხედველობის სამსახურის დამოუკიდებელ საჯარო სამართლის იურიდიულ პირად ჩამოყალიბება (2; 3).

2012 წელს პარლამენტის საფინანსო-საბიუჯეტო კომიტეტის თავჯდომარემ დავით ონოფრიშვილმა განიხილა საკანონმდებლო ინიციატივა დამოუკიდებელი დაზღვევის ზედამხედველობის ორგანოს შექმნის შესახებ, რომლის მიხედვითაც, ეროვნულ ბანკს უნდა ჩამორთმეოდა სადაზღვევო ბაზრის რეგულირების ფუნქცია და შექმნილიყო დამოუკიდებელი საზედამხედველო ორგანო. (4)

2013 წლის 20 მარტს „დაზღვევის შესახებ“ საქართველოს კანონში შევიდა ცვლილებები და დამატებები, რომელთა საფუძველზე დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური საქართველოს ეროვნული ბანკის ერთ-ერთი სტრუქტურული ერთეულიდან (დეპარტამენტი) გარდაიქმნა საჯარო სამართლის იურიდიულ პირად და ჩამოყალიბდა როგორც დამოუკიდებელი ეროვნული მარეგულირებელი ორგანო.

საქართველოს მთავრობის დადგენილებით 2013 წლის 02 მაისს დამტკიცდა სამსახურის დებულება, რომლის თანახმადაც განისაზღვრა, რომ სამსახური თავის საქმიანობაში დამოუკიდებელია და ანგარიშვალდებულია საქართველოს მთავრობის წინაშე. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ სამსახურმა მთლიანად შეითავსა ეროვნული ბანკის უფლება-მოვალეობები დაზღვევისა და საპენსიო სქემების ზედამხედველობის საკითხებში.

დაზღვევის საზედამხედველო სამსახურის მთავარი მიზანია სადაზღვევო ბაზრის სრულყოფილი ფუნქციონირების, მისი გადახდისუნარიანობის და სტაბილურობის უზრუნველყოფის ხელშეწყობა, ევროკავშირის სტანდარტებთან შესაბამისობის უზრუნველყოფა, ადგილობრივი ბაზრის ინტერესების - სადაზღვევო კომპანიებისა და მომხმარებლის უფლებების დაცვა. (2)

დაზღვევის ზედამხედველობის სამსახური თავის საქმიანობაში დამოუკიდებელია, თუმცა ანგარიშვალდებულია საქართველოს მთავრობის წინაშე. იგი ხელმძღვანელობს საქართველოს კონსტიტუციით, საერთაშორისო ხელშეკრულებებითა და შეთანხმებებით, საქართველოს საკანონმდებლო და სხვა ნორმატიული აქტებით. მას აქვს დამოუკიდებელი ბალანსი, საბანკო ანგარიში, აგრეთვე იურიდიული პირის სხვა რეკვიზიტები.

ზედამხედველობის სამსახურის მიზნები და ფუნქციებია:

- დაზღვევის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის გატარება;
- სადაზღვევო ბაზრის ფინანსური სტაბილურობისათვის ხელის შეწყობა;
- მომხმარებელთა უფლებების დაცვა, საკუთარი კომპეტენციის ფარგლებში;
- სადაზღვევო ორგანიზაციების ქმედითუნარიანობისა და გადახდისუნარიანობის უზრუნველყოფა;
- კონკურენტუნარიანი გარემოს შექმნა, რისთვისაც იგი ახორციელებს სადაზღვევო საქმიანობის განზოგადებას;
- კომპეტენციის ფარგლებში ნორმატიული და მეთოდოლოგიური ბაზის შექმნა და მისი შესრულების კონტროლი;
- ახალი კანონპროექტებისა და სხვა პროექტების, ასევე არსებულებში ცვლილების შეტანის თაობაზე პროექტების შემუშავება;
- სახელმწიფო ხელისუფლების და/ან ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების მიერ ინიცირებული სახელმწიფო, მუნიციპალური და დარგობრივი სადაზღვევო პროგრამების შეთანხმება.

როგორც ვხედავთ, წლების განმავლობაში, დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურმა, რომელიც შეიქმნა სადაზღვევო საქმიანობის

ზედამხედველობისა და რეგულირებისათვის, რამდენჯერ განიცადა რეორგანიზაცია. საწყის ეტაპზე იგი წარმოადგენდა დამოუკიდებელი სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულებას. შემდგომ გახდა საქართველოს ეროვნული ბანკის ერთ-ერთ სტრუქტურული ქვედანაყოფი. ამჟამად იგი ისევ დამოუკიდებელი საჯარო სამართლის იურიდიულ პირია. კვლევის მიზანია, გავარკვიოთ დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის რომელი ორგანიზაციული ფორმაა ეფექტური?

მეთოდოლოგია

კვლევის დროს მოცემული ამოცანების გადასაჭრელად გამოყენებულ იქნა დოკუმენტების შესწავლისა და თვისობრივი კვლევის მეთოდები. თვისობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდება ეკონომიკისა და სადაზღვევო სფეროში მოღვაწე ექსპერტების გამოკითხვა.

შედეგები

წლების განმავლობაში, დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის ორგანიზაციულ ფორმასთან დაკავშირებით, ექსპერტებს შორის სხვადასხვა აზრი არსებობს. ზოგიერთი მათგანი მიიჩნევს, რომ აუცილებელია იგი რაიმე სტრუქტურას იყოს დაქვემდებარებული. სხვების აზრით, დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის სრულყოფილი საქმიანობისთვის უმჯობესია, მისი საჯარო სამართლის იურიდიულ პირად არსებობა. გარდა ამისა, სრულიად განსხვავებული შეხედულებაც გვხვდება, რომლის მიხედვითაც დაზღვევის ზედამხედველობის სამსახურის ორგანიზაციული ფორმის მიუხედავად იგი მაინც არ ფუნქციონირებს ეფექტურად. თითოეული ექსპერტი თავისი აზრის სისწორეს გარკვეული არგუმენტებით ადასტურებს.

ექსპერტთა ერთი ნაწილის აზრით, ვინაიდან სადაზღვევო ორგანიზაციები წარმოადგენენ ფინანსურ ინსტიტუტებს უმჯობესია მათ აკონტროლებდეს საქართველოს ეროვნული ბანკი. ზოგადად, ცალკე მარეგულირებელი ორგანოები გამოირჩევიან და ხასიათდებიან მაღალხარჯიანობით, ეს პირდაპირ უწყობს ხელს ბიუჯეტის არაეფექტურ ხარჯვას. არაეფექტურს იმიტომ რომ სადაზღვევო ბაზარი არ არის საკმარისად კარგად განვითარებული, მიუხედავად მისი მრავალწლიანი არსებობისა. აუცილებელია ერთიანი სისტემის შექმნა, რომელსაც დაექვემდებარება ყველა მარეგულირებელი ორგანო, რომელიც უზრუნველყოფს ხარჯების დაზოგვას და ამასთან ნაკლებად იქნება კორუფციის, გარიგებებისა და ლობირების საშიშროება.

ექსპერტთა გარკვეული ნაწილის აზრით, საქართველოში სადაზღვევო ბაზარს მცირე ხნის ისტორია აქვს. საწყის ეტაპზე სადაზღვევო ბაზრის უკეთ განვითარებისთვის მიზანშეწონილია დაზღვევის ზედამხედველობის სამსახურის ინსტიტუციური გაძლიერება. გასათვალისწინებელია, რომ დაზღვევის ზედამხედველობის სამსახური სადაზღვევო კომპანიების ლობირებასთან ერთად დაზღვეულთა უფლებების დაცვაზეც უნდა ფიქრობდეს. იმ პერიოდში, როდესაც დაზღვევის ზედამხედველობის სამსახური ეროვნული ბანკის დაქვემდებარებაში იმყოფებოდა, იგი უფრო მეტად ლობირებდა სადაზღვევო კომპანიის ინტერესებს და უგულვებელყოფდა დაზღვეულთა უფლებებს. მათი მტკიცებით, საზოგადოებისთვის უცნობია, თუნდაც ერთი პრეცედენტი, როდესაც დაზღვევის ზედამხედველობის სამსახურს სადაზღვევო კომპანია არასწორი ქმედების გამო დაეჯარიმებინა, ან შეეზღუდა მისი მონოპოლიური მდგომარეობა. შესაბამისად, სადაზღვევო ბაზრის უკეთ განვითარებისთვის მიზანშეწონილია დაზღვევის ზედამხედველობის

სამსახურის, როგორც დამოუკიდებელი ერთეულის ჩამოყალიბება, რომელიც სრულად განახორციელებს სადაზღვევო ბაზრის რეგულირებას და მონიტორინგს.

ექსპერტთა გარკვეული ნაწილის აზრით, მიუხედავად საქართველოს დაზღვევის ზედამხედველობის სამსახურის ორგანიზაციული ფორმისა, ის ვერ ახორციელებს თავის საქმიანობას ეფექტურად. სადაზღვევო ბაზრის ჩამოყალიბების შემდეგ ზედამხედველობის ორგანიზაციული ფორმა წლების განმავლობაში იცვლებოდა მაგრამ ამას ზეგავლენა არ მოუხდენია ბაზრის განვითარებაზე. სამწუხაროა ის ფაქტიც, რომ დღემდე არც ერთი პრეცედენტი არ არსებობს რომლის მიხედვითაც რომელიმე სადაზღვევო კომპანია დაჯარიმებულიყო, მიუხედავად რეალურად არსებული არაერთი დარღვევისა. საკუთარი გამოცდილებითაც თამამად შეიძლება ითქვას, რომ სადაზღვევო კომპანიები ხშირად არ ასრულებენ თავიანთ ვალდებულებებს და სამწუხაროდ ამას სრულიად არ აკონტროლებს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური.

დისკუსია, დასკვნა

სადაზღვევო ბაზრის განვითარება აუცილებელია ჩვენი ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად. ეს დარგი ზრდის ნელი ტემპით ხასიათდება, თუმცა აქვს ძალიან დიდი პერსპექტივა და მას ხელშეწყობა სჭირდება. ყველანი ვთანხმდებით რომ აუცილებელია სადაზღვევო ბაზრის მარეგულირებელი ორგანოს არსებობა, თუმცა რა ორგანიზაციული ფორმით ეს საკამათოა. მთავარია სადაზღვევო ბაზარი განვითარდეს და აღმოიფხვრას ყველა დარღვევა სადაზღვევო ორგანიზაციების მხრიდან. ასევე აუცილებელია მომხმარებლის ნდობისა და კეთილგანწყობის ამაღლება, ამისათვის კი სადაზღვევო ორგანიზაციებმა უნდა შეასრულონ თავიანთი ვალდებულებები და გაზარდონ საკუთარი საქმიანობის ეფექტურობა. ცნობილია, რომ არაერთ ევროპულ ქვეყანაში მსგავსი ორგანიზაციები წარმოადგენენ საჯარო სამართლის იურიდიულ პირს და ისინი ძალიან წარმატებით ახორციელებენ თავიანთ საქმიანობას. თუმცა, საქართველოში არსებული მძიმე ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით, დაზღვევის ზედამხედველობის სამსახურის დამოუკიდებელ სუბიექტად ფუნქციონირება დანახარჯების ზრდის გამო არახარჯთეფეტურია. შესაბამისად, მიზანშეწონილია დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური წარმოდგენილ იქნას ეროვნული ბანკის ერთ-ერთ სტრუქტურულ ქვედანაყოფად..

აბსტრაქტი

შესავალი: დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურმა, რომელიც შეიქმნა სადაზღვევო საქმიანობის ზედამხედველობისა და რეგულირებისათვის, წლების განმავლობაში რამდენჯერ განიცადა რეორგანიზაცია. საწყის ეტაპზე იგი წარმოადგენდა დამოუკიდებელი სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულებას. შემდგომ გახდა საქართველოს ეროვნული ბანკის ერთ-ერთ სტრუქტურული ქვედანაყოფი. ამჟამად იგი ისევ დამოუკიდებელი საჯარო სამართლის იურიდიულ პირია. კვლევის მიზანია, გავარკვიოთ დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის რომელი ორგანიზაციული ფორმაა ეფექტური? **მეთოდოლოგია:** თვისობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდება ეკონომიკისა და სადაზღვევო სფეროში მოღვაწე ექსპერტების გამოკითხვა. **შედეგები:** დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის ორგანიზაციულ ფორმასთან დაკავშირებით, ექსპერტებს შორის სხვადასხვა აზრი არსებობს. ერთი ნაწილის აზრით, აუცილებელია იგი რაიმე სტრუქტურას იყოს დაქვემდებარებული. სხვების აზრით,

დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის სრულყოფილი საქმიანობისთვის უმჯობესია, მისი საჯარო სამართლის იურიდიულ პირად არსებობა. გარდა ამისა, სრულიად განსხვავებული შეხედულებაც გვხვდება, რომლის მიხედვითაც დაზღვევის ზედამხედველობის სამსახურის ორგანიზაციული ფორმის მიუხედავად იგი მაინც არ ფუნქციონირებს ეფექტურად. **დასკვნა, რეკომენდაცია:** საქართველოში არსებული მძიმე ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით, დაზღვევის ზედამხედველობის სამსახურის დამოუკიდებელ სუბიექტად ფუნქციონირება დანახარჯების ზრდის გამო არახარჯთეფეტურია. შესაბამისად, მიზანშეწონილია დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური წარმოდგენილ იქნას ეროვნული ბანკის ერთ-ერთ სტრუქტურულ ქვედანაყოფად.

ბიბლიოგრაფია:

1. ლოლაშვილი მარიამ. საინფორმაციო ანალიტიკური პორტალი For.ge. "დაზღვევის სფეროს სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური გააკონტროლებს". 2013.05.09 http://www.for.ge/view.php?for_id=23438&cat=3
2. საინფორმაციო ანალიტიკური სააგენტო „ივერიონი“. დავით ონოფრიშვილი: დამოუკიდებელი დაზღვევის საზეიმო ზედამხედველობის სამსახურის შექმნა აუცილებელია! 17.12.2012 <http://iverioni.com.ge/2935-davith-onofrishvili-damoukidebeli-dazghvevis-sakhelmtsfo-zedamkhedvelobis-samsakhuris-sheqmna-aucilebelia.html>
3. სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური. (მოძიებულია 20/11/2015) <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=886227751443047&set=pb.100001674928334.-2207520000.1448107978.&type=3&theater>
4. სსიპ საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახური. დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის განვითარების მოკლე ისტორია. <http://www.insurance.gov.ge/About-Us.aspx>
5. ბუთბაია მაია. საინფორმაციო სამსახური, რადიო „კომერსანტი“. დაზღვევის საზეიმო დამოუკიდებელი სამსახურის ახალი უფროსი ჰყავს. 06.01.2015. http://commerciant.ge/?m=5&news_id=17762&cat_id=5

უმუშევრობის დაზღვევა საქართველოში

მაკა ონიაშვილი, იულია ჩხუტიაშვილი¹

შესავალი

საქართველოში, ისევე როგორც ბევრ განვითარებად ქვეყნებში, მწვავედ დგას უმუშევრობის პრობლემა. უმუშევრობით გამოწვეული სირთულეების შემსუბუქების ერთ-ერთ საშუალებას წარმოადგენს უმუშევრობის დაზღვევა. იგი განსაკუთრებით გამოიყენება იმ პერიოდში, როდესაც ადამიანი სამუშაო ადგილის შეცვლის, ერთი ქალაქიდან მეორეში გადაადგილდების, კონტრაქტით აღებული სამუშაოს ან სასწავლებლის დამთავრების გამო ეძებს სამუშაოს. ასეთი სახის უმუშევრობას უწოდებენ ფრიქციულ უმუშევრობას (1).

სახელმწიფო ამ ეტაპზე არ განიხილავს უმუშევრობის დაზღვევის პროდუქტის დანერგვას (2). ექსპერტთა შეფასებით, უმუშევრობის დაზღვევა სოციალური დაზღვევის ერთ-ერთი სეგმენტია და მისი შემოღება აუცილებელია, რადგან სამსახურის დაკარგვის შემდეგ ადამიანის სრულიად უსახსროდ დატოვება სახელმწიფოს მხრიდან უპასუხისმგებლობაა (2). მთავრობის წარმომადგენლები არ უარყოფენ უმუშევრობის დაზღვევის მნიშვნელობას, მაგრამ საკმარისი სახსრების უქონლობის გამო, შეუძლებლად მიაჩნიათ ამ ეტაპზე მისი განხორციელება (2).

დაზღვევის ზედამხედველობის სამსახურის უფროსის ლაშა ნიკოლაძის განმარტებით, უმუშევრობის დაზღვევა უფრო სოციალური ტიპის პროდუქტია, შესაბამისად იგი მოითხოვს მასობრივ მოცვას (2).

დღეისათვის, სადაზღვევო კომპანიები არ ყიდნიან უმუშევრობის სადაზღვევო პაკეტს. თუმცა, მასთან ძალიან ახლოს დგას საკრედიტო შენატანების დაზღვევა, რომელსაც სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი ჰოლდინგი უზრუნველყოფს (3). თუ მსესხებელმა სესხის აღების შემდეგ სამსახური დაკარგა, სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი ჰოლდინგი მას სესხის დასაფარად შესატან თანხას აუნაზღაურებს 6 თვის განმავლობაში (3). აღნიშნული პროდუქტის მეშვეობით დაზღვეული სესხის დაფარვის პერიოდში მაქსიმალურადაა დაცული რისკებისაგან. მსესხებლებისთვის განკუთვნილი სადაზღვევო პაკეტით იზღვევა (3):

- უბედური შემთხვევით გამოწვეული სრული ან ნაწილობრივი შრომისუუნარობა, ან გარდაცვალება;

- მსესხებლის უმუშევრობა (მუდმივი სამსახურიდან დათხოვნა).

უმუშევრობის დაზღვევა ფართოდ არის გავრცელებული მსოფლიოში. სხვადასხვა ქვეყანაში დაზღვევის სხვადასხვა პირობები არსებობს. უმუშევრად დარჩენის შემთხვევაში ბენეფიციარს კონკრეტული დროის განმავლობაში ფულადი დახმარება ეძლევა, მაგალითად აშშ-ში ეს დრო 6 თვემდე გრძელდება, ევროპაში კი ვადა გაცილებით ხანგრძლივია და 2-4 წლის ფარგლებში მერყეობს. ხშირ შემთხვევაში თანხა ხელფასის ოდენობას ემთხვევა. დახმარების თანხა არ ანაზღაურდება, თუ თანამშრომელმა სამსახური საკუთარი ნებით დატოვა, თუმცა, არსებობს სხვა გამონაკლისი შემთხვევებიც (2).

ცენტრალური და აღმოსავლეთ ევროპის ბევრ ქვეყანაში უმუშევრობის დაზღვევა დამსაქმებლებისა და დასაქმებულთა შენატანებით ფინანსდება. ზოგ ქვეყნებში (ლატვია, ლიტვა, პოლონეთი, სლოვაკეთი, რუმინეთი) შერეული დაფინანსების მოდელს იყენებენ, სადაც დამსაქმებლებისა და დასაქმებულთა შენატანების გარდა გამოიყენება სახელმწიფო დაფინანსებაც. ზოგიერთ ქვეყანაში (სლოვენია) უმუშევრობის დაზღვევის დაფინანსება თითქმის მთლიანად სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ხდება (90%) (4).

¹ ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბიზნესის ფაკულტეტის ბაკალავრები

უმუშევრობის დაზღვევის განსახორციელებლად საჭიროა დადგინდეს კრიტერიუმები თუ ვისზე გავრცელდება ამ პროდუქტით მოცვა. ამ მხრივ, სხვადასხვა ქვეყნებში სხვადასხვა მიდგომები არსებობს.

სლოვაკეთში უმუშევრობის შემწეობას იღებს პირი, რომელიც სამუშაოს დაკარგვამდე, ბოლო ოთხი წლის განმავლობაში დასაქმებული იყო და სულ მცირე 36 თვე იხდიდა სადაზღვევო გადასახადს. რუმინეთში დროის ეს პერიოდი 6 თვიდან ერთ წლამდე შეადგენს. შვედეთში უმუშევრობის სტატუსის მიღება შესაძლებელია, თუ პირი 6 თვის განმავლობაში მაინც არის ნამუშევარი ანაზღაურებად სამუშაოზე (4). კანადაში უმუშევრობის დახმარება ეძლევა პირებს, რომელთა სამუშაო დრო კვირაში 15 სთ-ზე ნაკლებია, ან გამოიმუშავენ კვირაში 113 კანადურ დოლარზე ნაკლებს. ამერიკის შეერთებულ შტატებში უმუშევრობის დაზღვევა მიეცემა მხოლოდ იმ პირებს, რომლებიც თავისი ნებით არ წამოსულან სამსახურიდან. ამასთან, დახმარება გაიცემა მანამ, სანამ პირი არ მოძებნის ახალ სამუშაოს; რუსეთში უმუშევრობის დახმარება ენიშნებათ მოქალაქეებს სამსახურიდან განთავისუფლების მიზეზის მიუხედავად. (4).

პოლონეთში უმუშევრობის თანხა ფიქსირებულია – 132 ევრო, რომელსაც ემატება გარკვეული ოდენობა კვალიფიკაციის პერიოდიდან გამომდინარე. ლიტვაში, უმუშევრობის შემწეობა ფიქსირებულია – 59 ევრო. რუმინეთში უმუშევრობის შემწეობის ძირითად ნაწილი შეადგენს მინიმალური ხელფასის 75%-ს, რომელსაც ემატება ინდივიდუალური შემოსავლის 10%. ამერიკის შეერთებულ შტატებში უმუშევრობის დაზღვევა დაკარგული ხელფასის ადეკვატურია; შვედეთში უმუშევრობის დაზღვევა ბოლო ხელფასის 80%-ის ტოლია; რუსეთში უმუშევრობის დამხმარების ოდენობა დამოკიდებულია სამუშაო სტაჟზე (4).

შვედეთში უმუშევრობის დაზღვევა 300 სამუშაო დღის განმავლობაში ვრცელდება; თუ 300 სამუშაო დღის გასვლის შემდეგ უმუშევარმა ვერ შეძლო სამსახურის დაწყება, მაშინ მას შესთავაზებენ პროფესიული გადამზადების კურსებს, ან ჩართავენ მსუბუქ საზოგადოებრივ საქმიანობაში (4).

აზერბაიჯანში უმუშევრის სტატუსს იღებს მხოლოდ შრომისუნარიანი მოქალაქე, რომელსაც ამჟამად არ გააჩნია სამსახური და არ აქვს არანაირი შემოსავალი. ასეთმა პირმა „დასაქმების ცენტრში“ უნდა წარადგინოს ცნობა საგადასახადო სამსახურიდან და დოკუმენტი მიწის ნაკვეთის არარსებობის შესახებ. ამას გარდა, უმუშევრის სტატუსი ეკუთვნის მას, ვისაც „დასაქმების ცენტრი“ ვერ სთავაზობს პროფილის მიხედვით ორ ვაკანტურ ადგილს მაინც. უმუშევრის სტატუსის მიღებისას შემდეგ უმუშევარს 6 თვის განმავლობაში მიეცემა დახმარება, რომელიც დამოკიდებულია მისი ბოლო ანაზღაურების ოდენობაზე; თუ ამ დროის გასვლის შემდეგ კვლავ უმუშევარი დარჩა, მიეცემა დახმარების მინიმალური ოდენობა (4).

მეთოდოლოგია

კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა სამეცნიერო ნაშრომები, კვლევები, პუბლიკაციები, სტატიები, ინტერნეტით მოძიებული მონაცემები, საქართველოს საკანონმდებლო აქტები, მთავრობის დადგენილებები. თვისებრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ექსპერტებთან ჩაღრმავებული ინტერვიუ, რითაც განხორციელდა უმუშევრობის დაზღვევის საკითხებთან დაკავშირებით მოსაზრებების იდენტიფიცირება. კვლევა ჩატარდა 2015 წლის ოქტომბერ-დეკემბერში, თბილისში. ჩაღრმავებული ინტერვიუს ხანგრძლივობა შეადგენდა დაახლოებით 60-75 წუთს.

შედეგები, ინტერპრეტაცია

კვლევის მიზნებიდან გამომდინარე ჩატარდა ექსპერტთა გამოკითხვა. ექსპერტთა აზრით, უმუშევრობის დაზღვევა მნიშვნელოვანია ისეთი განვითარებადი ქვეყნისათვის, როგორც საქართველო. ქვეყანაში უმუშევრობის დაზღვევის განსავითარებლად საჭიროა სახელმწიფოს მხარდაჭერა.

ექსპერტთა მტკიცებით, უმუშევრობის დაზღვევა უნდა გავრცელდეს იმ პირებზე, რომლებმაც სამუშაო დაკარგეს არა საკუთარი ნებით, არამედ დამსაქმებლის მიერ დასაქმებულის გათავისუფლების, შემცირება/რეორგანიზაციის შედეგად. უმუშევრობის დადგომის დროს გასაცემი თანხის ზომა დამოკიდებული უნდა იყოს სამუშაოს სტაჟზე და უმუშევრობის ხანგრძლივობაზე. იმის გათვალისწინებით, რომ უმუშევრობის ყველაზე რთული პერიოდი არის საწყისი ეტაპი, უმუშევრად დარჩენიდან პირველი 90 დღე პირს უნდა მიეცეს ხელფასის 100 %, შემდგომი პერიოდი კი დამოკიდებული იყოს სამუშაო სტაჟზე. კერძოდ, მიზანშეწონილია, არანაკლებ ერთ წლიანი სამუშაო გამოცდილების საჭიროება იმისთვის, რომ პირზე უმუშევრობის დაზღვევა. შესაბამისად, ერთი წლის სამუშაო სტაჟის მქონე პირს შესაძლოა დაენიშნოს მისი ხელფასის მხოლოდ 30%, ორიდან სამ წლამდე სტაჟის მქონეს ხელფასის 40%, სამი წლიდან 10 წლამდე სტაჟის მქონეს - 70 %, ხოლო 10 წელზე მეტი სამუშაო სტაჟის მქონეს - 100 %.

ექსპერტების მტკიცებით, რადგანაც საქართველოში ფრიქციული უმუშევრობის პერიოდი განისაზღვრება 6 თვით, მიზანშეწონილია უმუშევრობის დაზღვევის პერიოდი განისაზღვროს 6 თვით. საქართველოში არსებული ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით, ექსპერტები უპირატესობას ანიჭებენ შერეული დაფინანსების მოდელს, სადაც დამსაქმებლისა და დასაქმებულთა შენატანების გარდა გამოიყენება სახელმწიფო დაფინანსებაც.

დასკვნა

საქართველოში, სადაც უმუშევართა რაოდენობა საკმაოდ მაღალია, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება უმუშევრობის დაზღვევის განვითარებას, რადგან იგი შეიძლება განვიხილოთ უმუშევრობით გამოწვეული სირთულეების შემსუბუქების ერთ-ერთი საშუალება. უმუშევრობის დაზღვევა უნდა განიხილებოდეს როგორც სოციალური დაზღვევის კომპონენტი, სადაც სახელმწიფოს უმნიშვნელოვანესი როლი ეკისრება.

აბსტრაქტი

შესავალი: საქართველოში, ისევე როგორც ბევრ განვითარებად ქვეყნებში, მწვავედ დგას უმუშევრობის პრობლემა. უმუშევრობით გამოწვეული სირთულეების შემსუბუქების ერთ-ერთ საშუალებას წარმოადგენს უმუშევრობის დაზღვევა. კვლევის მიზანია, რამდენად შესაძლებელია უმუშევრობის დაზღვევა საქართველოში. **მეთოდოლოგია:** თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა ექსპერტთა გამოკითხვა. **შედეგები:** ქვეყანაში უმუშევრობის დაზღვევის განსავითარებლად საჭიროა სახელმწიფოს მხარდაჭერა. იგი უნდა გავრცელდეს იმ პირებზე, რომლებმაც სამუშაო დაკარგეს არა საკუთარი ნებით, არამედ დამსაქმებლის მიერ დასაქმებულის გათავისუფლების, შემცირება/რეორგანიზაციის შედეგად. გასაცემი თანხის ზომა დამოკიდებული უნდა იყოს სამუშაოს სტაჟზე და უმუშევრობის ხანგრძლივობაზე, ხოლო უმუშევრობის დაზღვევის პერიოდი განისაზღვროს 6 თვით. უპირატესობა უნდა მიენიჭოს შერეული დაფინანსების მოდელს. **დასკვნა:** უმუშევრობის დაზღვევა უნდა განიხილებოდეს როგორც სოციალური დაზღვევის კომპონენტი, სადაც სახელმწიფოს უმნიშვნელოვანესი როლი ეკისრება.

ძირითადი საძიებო სიტყვები: უმუშევრობის დაზღვევა

Unemployment insurance in Georgia

Maka Oniashvili, Julia Chkhutiashvili

Abstract

Introduction: Unemployment is one of the most problematic issues in Georgia, as in many developing countries. Unemployment insurance is one of the ways to resolve this problem and relieve the hardships caused by the lack of jobs. This research is aimed to determine if it is possible to implement unemployment insurance in Georgia. **Methodology:** some experts of the corresponding field were interviewed during the qualitative research. **Outcome:** The process of implementing unemployment insurance should be backed by the local government. It should extend to only people who were fired from their jobs and not to those who resigned. The amount of payment should be determined according to the length of service and the unemployment duration. Unemployment insurance term ought to be 6 months. The priority should be given to the mixed type of payment. **Conclusion:** Unemployment insurance should be regarded as a component of the social insurance, where the level of the state's responsibility is high.

Key searching words: unemployment insurance

ბიბლიოგრაფია:

1. ანა აგლაძე. დასაქმება და უმუშევრობა საქართველოში. საქართველოს სტრატეგიისა და საერთაშორისო ურთიერთობების კვლევის ფონდი. 2010 წ. <http://gfsis.org/index.php/ge/activities/projects/view/86/page/109/id/59>
2. სალომე მეცხვარიშვილი. დაპირებულ უმუშევრობის დაზღვევაზე მთავრობაში ჯერჯერობით არ მუშაობენ. კომერსანტი. 2014 წ. http://commerciant.ge/?m=5&news_id=15046&lng=geo&cat_id=7
3. საკრედიტო შენატანების დაზღვევა. ჯი პი აი ჰოლდინგი <https://www.gpih.ge/gpih/tbc/credittbc.php>
4. უმუშევრობის დაზღვევა. ბლოგი ქაოსი. 2015 წ. <https://qaosiii.wordpress.com/2015/01/12/უმუშევრობის-დაზღვევა/>

საყოველთაო ჯანდაცვა და სტუდენტების მოცვის პრობლემები

ეპიტაშვილი თამარი¹

შესავალი

2013 წლის 28 თებერვლიდან ამოქმედდა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ერთ-ერთი მოსარგებლენი არიან სტუდენტები. 2014 წლის პირველი იანვრიდან სტუდენტებზე სერვისების უზრუნველყოფას სოციალური მომსახურების სააგენტო ახორციელებს (1).

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობას იღებს ნებისმიერი სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც აკმაყოფილებს სამედიცინო საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს, გამოთქვამს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს, ეთანხმება პროგრამის პირობებს. პროგრამის მოსარგებლეს უფლება აქვს თავად აირჩიოს სამკურნალო დაწესებულება.

პირველ ეტაპზე საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამა 453 სხვადასხვა ტიპის ნოზოლოგიის, ოჯახის ექიმის მომსახურებისა და ბაზისური ლაბორატორიული ანალიზების დაფინანსებას ითვალისწინებდა. 2013 წლის 1 ივლისიდან საყოველთაო ჯანდაცვის მეორე ეტაპი დაიწყო. საყოველთაო დაზღვევის პაკეტით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურება გაფართოვდა, გადაუდებელ სტაციონარულ და ამბულატორიულ მომსახურებას გეგმური ქირურგიული ოპერაციები, ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობა დაემატა. ასევე პროგრამის ფარგლებში დაიწყო მშობიარობის ხარჯების დაფინანსებაც. ამასთანავე გაფართოვდა პირველადი ჯანდაცვისა და გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურების სპექტრი. (2)

კვლევის მიზანია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შესახებ სტუდენტთა ინფორმირებულობის, სერვისების სარგებლობის სიხშირისა და გაწეული მომსახურებით კმაყოფილების შესწავლა.

მეთოდოლოგია

კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა სამეცნიერო ნაშრომები, კვლევები, პუბლიკაციები, სტატიები, ინტერნეტით მოძიებული მონაცემები, საქართველოს საკანონმდებლო აქტები, მთავრობის დადგენილებები. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში ჩატარდა ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის სტუდენტების გამოკითხვა სტრუქტურირებული კითხვარების მეშვეობით. შერჩევის ბაზის ხელმიუწვდომლობის გამო ოპტიმალურად იქნა მიჩნეული შემთხვევითი ხეტიალის მეთოდის გამოყენება. შერჩეული 180 სტუდენტიდან 150-მა (83.3%) სტუდენტმა განაცხადა თანხმობა კვლევაში მონაწილეობაზე, 30-მა (16.7%) უარი თქვა კვლევაში მონაწილეობაზე.

იმის გამო, რომ კვლევა ტარდებოდა შეზღუდულ დროში, კვლევის არეალს წარმოადგენდა ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის სტუდენტები.

შედეგები

150 გამოკითხული სტუდენტებიდან 82 (54.7%) იყო ქალი და 68 (46.3%) მამაკაცი. გამოკითხული სტუდენტებიდან 18 წლამდე შეადგენდა 24%, 18-21 წლამდე - 41.3%, 21 წელზე მეტის - 37.7% (იხ. ცხრილი 1).

¹ ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბიზნესის ფაკულტეტის ბაკალავრი

ცხრილი 1: გამოკითხული სტუდენტების ასაკობრივი განაწილება

ასაკი	მამაკაცი	ქალი	სულ
18 წლამდე	11 (30.6%)	25 (69.4%)	36 (24%)
18-21	35 (56.5%)	27 (43.5%)	62 (41.2%)
21- ზევით	22 (42.3%)	30 (42.3%)	52 (34.7%)

გამოკითხულ სტუდენტთა 66%-ს შეადგენდნენ I-II კურსის სტუდენტები, ხოლო III- IV კურსის სტუდენტები - 34%-ს.

ცხრილი 2: გამოკითხული სტუდენტების კურსების მიხედვით განაწილება

კურსი	მამაკაცი	ქალი	სულ
I-II კურსი	37	62	99 (66%)
III-IV კურსი	31	20	51 (34%)
სულ	68 (46.3%)	82 (57.4%)	150 (100%)

სტუდენტთა 17% საერთოდ არ ფლობს საყოველთაო ჯანდაცვის შესახებ ინფორმაციას, 69% ფლობს არასრულ ინფორმაციას, ხოლო რესპოდენტთა მხოლოდ 14%-ს გააჩნდა სრული ინფორმაცია.

კითხვაზე, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით თუ რამდენჯერ მიმართავენ სამედიცინო დაწესებულებას, სტუდენტთა 64% საერთოდ არ მიმართავს ექიმს, იშვიათად მიმართავს 17.3%, წელიწადში რამდენჯერმე - 10.7%, ხოლო ხშირად - 8% (იხ. ცხრილი 3).

ცხრილი 3: სტუდენტების ექიმთან მიმართვიანობა

	საერთოდ მიმართავს	არ	იშვიათად	წელიწადში რამდენჯერმე	ხშირად	სულ
მამაკაცი	35		12	9	12	68
ქალი	61		14	7	0	82
	96 (64%)		26 (17.3%)	16 (10.7%)	12 (8%)	150

გამოკითხული სტუდენტების 32%-ს უსარგებლია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამით და მათგან 66% არის კმაყოფილი მომსახურებით, 4%-მა შეიკავა პასუხისგან თავი, გამოკითხულთა 11% არის უკმაყოფილო, ხოლო 19% ნაწილობრივ კმაყოფილი.

დასკვნა

კვლევამ აჩვენა, რომ დაბალია სტუდენტთა ინფორმირებულობის დონე. სტუდენტთა უმრავლესობას არ გააჩნია საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის შესახებ ინფორმაცია ხოლო ვინც იცის მისი არსებობის შესახებ, ისიც არ ფლობს სრულ ინფორმაციას. სტუდენტების უმრავლესობა არ იყენებს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამას. თუმცა ვინც იყენებს, უმეტესი ნაწილი კმაყოფილია მომსახურებით.

როგორც ვხედავთ, უმთავრესი პრობლემა სტუდენტთა არაინფორმირებულობაშია. მიზანშეწონილია სტუდენტთა ინფორმირებულობის ამაღლება სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამების შესახებ, რათა მათ გაიგონ ამ პროგრამით მოცული სერვისების შესახებ და საჭიროების შემთხვევაში სწორად იმოქმედონ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების აღმოსაფხვრელად.

ლიტერატურა:

1. ტაკიძე მარიამ. სტუდენტური დაზღვევა - ვის, როდის და როგორ შეუძლია სარგებლობა? ვებჟურნალი „თავისუფალი ასოციაცია“. 05.07. 2014
<http://www.tavisupali.ge/sazogadoeba/1830-studenturi-dazghveva-vis-rod-is-da-rogor-sheudzlia-sargebloba.html?lang=ka-GE>
2. თეონა აბსანძე. საქართველოს საყოველთაო დაზღვევა. „Forbes Georgia“. 13.05.2014
<http://forbes.ge/news/318/saqarTvelos-sayovelTao-dazRveva>
3. საყოველთაო ჯანდაცვა - მნიშვნელოვანი ნაბიჯი უნივერსალური ხელ-მისაწვდომობისაკენ. ჟურნალი – ქართული პოლიტიკა. 06.06.2015
<http://www.georgianpolitics.com/%E1%83%A1%E1%83%90%E1%83%A7%E1%83%9D%E1%83%95%E1%83%94%E1%83%9A%E1%83%97%E1%83%90%E1%83%9D-%E1%83%AF%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%AA%E1%83%95%E1%83%90-%E1%83%9B%E1%83%9C%E1%83%98/>
4. სოციალური მომსახურების სააგენტო - საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა
http://ssa.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=21

შინაური ცხოველების დაზღვევის თავისებურებები საქართველოში

სალომე ქათამიძე, მარიამ ქურციკიძე, ნინო ინასარიძე¹

შესავალი

შინაური ცხოველების დაზღვევა წარმოადგენს ერთ-ერთ სადაზღვევო პროდუქტს, რომლის წყალობითაც შესაძლებელია დავაზღვიოთ საკუთრებაში არსებული რეგისტრირებული შინაური ცხოველი. დაზღვევა გვცხმარება თავიდან ავიცილოთ მოულოდნელი და ძვირადღირებული ვეტერინარული ხარჯები და საჭიროების შემთხვევაში უზრუნველყოთ ცხოველის მოვლა.

ცხოველთა დაზღვევის პოლისი ბრიტანეთში პირველად გაიყიდა 1947 წელს. აშშ-ში შინაური ცხოველების დაზღვევის პროდუქტი პირველად შეიქმნა 1980 წელს. „America s pet“ იყო პირველი ორგანიზაცია, რომელმაც შექმნა ეს ინოვაციური სადაზღვევო პროდუქტი. დღეს კი შინაური ცხოველების დაზღვევა პოპულარობით სარგებლობს მსოფლიოში.

ხშირად ცხოველის მფლობელები ცხოველთა დაზღვევას ადამიანის ჯანმრთელობის დაზღვევის ვარიანტად თვლიან; თუმცა ცხოველთა დაზღვევა ფაქტიურად არის ქონების დაზღვევის სახეობა. როგორც წესი, ცხოველის მფლობელი ანაზღაურებას იღებს მას შემდეგ რაც მფლობელი შეატყობინებს შემთხვევის შესახებ სადაზღვევო კომპანიას.

შინაური ცხოველების სადაზღვევო პოლისების მეშვეობით ამერიკასა და კანადაში ანაზღაურდება ზარალის სრული ოდენობა, ან ვეტერინარის ღირებულების გარკვეული ნაწილი (70%-100%). ცხოველის მფლობელი ვეტერინარს უხდის და შემდეგ აგზავნის მოთხოვნის ფორმას სადაზღვევო კომპანიას ანაზღაურების მისაღებად. ადრე, უმეტესი ცხოველთა სადაზღვევო პაკეტები არ ფარავდა, პრევენციული მოვლის პირობებს (როგორცაა ვაქცინაცია). თუმცა, არც ისე დიდი ხანია კანადაში ამერიკასა და ბრიტანეთში ზოგიერთი კომპანიები მომხმარებელს სთავაზობენ ცხოველთა რუტინული მოვლის დაფარვას.

საქართველოს ბაზარზე შინაური ცხოველების დაზღვევა 2010 წელს გამოჩნდა და პირველი კომპანიები, რომლებმაც ეს პროდუქტი შესთავაზეს მომხმარებელს იყო „ვესტი“ და „იმედი L“. სადაზღვევო კომპანია „ვესტს“ გეგმაში ჰქონდა ძალის და კატის გარდა, სხვა შინაური ცხოველების დაზღვევაც შეეტანა პაკეტში. თუმცა, ეს ვერ განხორციელდა, რადგან 2011 წელს სადაზღვევო კომპანია „ვესტს“ ლიცენზია შეუჩერეს. „იმედი L“ კი სადაზღვევო კომპანია „ალდაგი“-ს მფლობელობაში გადავიდა.

დღესდღეისობით, „ალდაგი“ არის ერთადერთი სადაზღვევო კომპანია, რომელიც აზღვევს შინაურ ცხოველებს. დაზღვევას ექვემდებარება მხოლოდ კატა და ძაღლი, რომელთა ასაკი დაზღვევის მომენტში 6 თვიდან 7 წლამდეა, და რომლებიც არიან სათანადოდ რეგისტრირებულნი ლიცენზირებულ ვეტერინარულ კლინიკაში და რომლებზეც გაცემულია შესაბამისი საიდენტიფიკაციო დოკუმენტი (პასპორტი).

პროდუქტი ნაკლებად მოთხოვნადია და ამ ეტაპზე მხოლოდ რამდენიმე ათეული დაზღვეულია. სადაზღვევო პაკეტის ღირებულება 25 ლარს შეადგენს. იგი მოკლევადიანი დაზღვევაა, სადაზღვევო პერიოდი შეადგენს ერთ წელს.

სადაზღვევო კომპანია „ალდაგი“-ს სადაზღვევო ხელშეკრულების მიხედვით, დაზღვევის მომენტში შინაური ცხოველი უნდა იყოს ჯანმრთელი, ყოველგვარი ტრავმის გარეშე. დაზღვევის პერიოდის განმავლობაში მფლობელმა უნდა იზრუნოს ცხოველის მოვლა-პატრონობაზე, ჩაუტაროს ყველა აცრა თუ პროცედურა, რომელიც მოთხოვნილი და რეკომენდირებულია ვეტერინარის მიერ, ასევე დაიცვას შინაური ცხოველის შენახვის ყველა სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური, ტექნიკური და უსაფრთხოების ნორმები.

¹ ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამაგისტრო პროგრამის „სადაზღვევო საქმე“ მაგისტრები.

დაზღვევას არ ექვემდებარება შემდეგი ჯიშის შინაური ცხოველები/ძაღლები: შარპის, პიტ-ბულის, ამერიკული პიტ-ბულ ტერიერის, არგენტინული დოგოს, იაპონური ტოსას, ბრაზილიური ფილას ძაღლის ჯიშები, ან ძაღლი, რომელიც შეჯვარებულია ზემოაღნიშნული ძაღლის ჯიშებთან, ასევე ჭარბი აგრესიულობის მქონე ჯიშები.

სადაზღვევო პაკეტის შესაბამისად, პოლისის მფლობელებს უნაზღაურდებათ შემდეგი სერვისები:

- ვეტერინარული ხარჯები, თუ ძაღლს ან კატას დასჭირდა მკურნალობა ტრავმის შედეგად;
- პოვნის ხარჯები თუ შინაური ცხოველი დაიკარგა;
- მესამე პირისათვის გადასახდელი ხარჯები, თუ მას ცხოველმა ზიანი მიაყენა;
- მომვლელის ხარჯები, თუ პატრონის ჰოსპიტალიზაციის გამო მისი აყვანა გახდა საჭირო.

სადაზღვევო კომპანია „ალდაგი“ ვალდებულია დაზღვეულის მიერ პირველი (ერთჯერადი) სადაზღვევო შესატანის (პრემიის) გადახდის შემდეგ, უზრუნველყოს სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემა იმ სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის შემდეგ, რომელიც დადგება სადაზღვევო პაკეტით განსაზღვრული სადაზღვევო დაფარვების მიხედვით. მოცდის პერიოდია ერთი კალენდარული თვე, სადაზღვევო ხელშეკრულების ძალაში შესვლის თარიღიდან.

ცხრილი 1:
შინაური ცხოველების დაზღვევა, სადაზღვევო კომპანია „ალდაგი“

მომსახურება/ სადაზღვევო დაფარვა	სადაზღვევო ლიმიტი/ქველიმიტი* (ლარში)	თანაგადახდა (ჩვენი წილი)
24 საათიანი სატელეფონო კონსულტაცია	შეუზღუდავი	
მესამე პირთა წინაშე წარმოქმნილი სამოქალაქო პასუხისმგებლობის დაზღვევა	5,000.00	100%
ტრამპებთან დაკავშირებული მკურნალობის ხარჯები	5,000.00	
<ul style="list-style-type: none"> - ავტოტრანსპორტთან შეჯახება - სიმალიდან ჩამოვარდნა - ელექტროდების ზემოქმედება - უცხო სხეულის გადაყლაპვა - სხვა ცხოველების მიერ მიყენებული ზიანი - უცხო პირთა მიერ განზრახ მიყენებული ზიანი - ხანძარი 	ქველიმიტი: 1,000.00 500.00 1,000.00 500.00 500.00 500.00 1,000.00	90% 90% 100% 90% 90% 90% 100%
დაკარგული შინაური ცხოველის მოძებნასთან დაკავშირებული განცხადების/რეკლამის განთავსების ხარჯების დაფარვა	1,000.00	80%
დაკარგული შინაური ცხოველის მკვლელობის ფულადი ჯილდოს ხარჯების დაფარვა	500.00	80%
დამზღვევის ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევაში შინაური ცხოველის მომვლელის დაქირავების ხარჯების ანაზღაურება	500.00 (მაგრამ დღიური ქველიმიტი – 50.00 ლარი)	100%

სადაზღვევო ანაზღაურების მისაღებად დამზღვევი ვალდებულია წარუდგინოს კომპანიას დოკუმენტაცია, რომელიც არის მითითებული სადაზღვევო ხელშეკრულებაში.

მაგალითისათვის, შინაური ცხოველის ტრამვის შემთხვევაში, მეპატრონე ვალდებულია წარუდგინოს კომპანიას შემდეგი სახის დოკუმენტაცია: ტრამვის განმაპირობებელი ინციდენტის ხდომილების დამადასტურებელი დოკუმენტი, ვეტერინარული კლინიკის მიერ გაცემული ცნობა, მომსახურების დამადასტურებელი დოკუმენტი და კლინიკისათვის თანხის გადახდის დამადასტურებელი დოკუმენტაცია. ასევე ყველანაირი ზარალის დადგომის შემთხვევაში მას უნდა ერთვოდეს თან სადაზღვევო პოლისი, მეპატრონის პირადობის დამადასტურებელი მოწმობა, შინაური ცხოველის პასპორტი და სხვა დოკუმენტები, რომელსაც მოითხოვს მზღვეველი. ჩამოთვლილი დოკუმენტაციის წარდგენის ვადა არის 20 დღე, აღნიშნული ვადის შემდეგ დამზღვევეს აღარ აქვს უფლება მოითხოვოს სადაზღვევო ანაზღაურება.

სადაზღვევო კომპანია „აღდაგი“-ს სადაზღვევო ხელშეკრულებაში არის მითითებული ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც იგი არ გასცემს არანაირ სადაზღვევო ანაზღაურებას. ასეთი შემთხვევებია, როდესაც ზარალი გამოწვეულია:

- ✓ უხარისხო საკვების გამოყენებით;
- ✓ შინაური ცხოველის ორსულობით და/ან მშობიარობით;
- ✓ შინაური ცხოველის გამოფენაზე გაყვანით ან სხვა სანახაობრივ ღონისძიებაში მონაწილეობით;
- ✓ შინაური ცხოველის რაიმე სახის სატრანსპორტო საშუალებით გადაყვანის შემთხვევაში;
- ✓ სხვა სამედიცინო ჩარევით, რომელიც არა არის განპირობებული ტრავმის მიღებით;
- ✓ თუ შინაური ცხოველი იმყოფება საქართველოს ფარგლებს გარეთ;
- ✓ შინაური ცხოველის გარდაცვალებით.

შინაური ცხოველების სადაზღვევო პაკეტი სტანდარტულად ერთწლიანია, თუმცა შესაძლებელია ვადაზე ადრე გაუქმებაც. ამის საფუძველი შეიძლება გახდეს:

- სადაზღვევო ლიმიტის სრული ამოწურვა;
- დამზღვევის მიერ ნაკისრ ვალდებულებათა შეუსრულებლობა;
- მხარეთა წინასწარი წერილობითი შეთანხმება;
- დაზღვეული შინაური ცხოველის გასხვისება.

ხელშეკრულებაში გაწერილია ზარალის ანაზღაურების სქემები, ხოლო მხარეთა ვალდებულებებში ჩაშლილია ისეთი მუხლები, რომელიც აძლევს უფლებას კომპანიას უარი თქვას ზარალის ანაზღაურებაზე. ხელშეკრულებაში პირდაპირ არის გაწერილი, რომ თუ დამზღვევი არ მიჰყვება იმ ინსტრუქციებს და რჩევებს, რომელიც მიიღო ვეტერინარისგან, შინაური ცხოველის წინა მფლობელისგან, ან სხვა კომპეტენტური პირისგან ზარალი არ ანაზღაურდება. თუმცა კითხვის ნიშნის ქვეშ რჩება, ვინ განსაზღვრავს იმას, მიჰყვა თუ არა ინსტრუქციებს სწორად მეპატრონე. იქნებ ეს მუხლი მხოლოდ იმიტომ არის, რომ არ მოხდეს ზარალის ანაზღაურება. ასევე, დამზღვევი ვალდებულია წინასწარვე შეატყობინოს ზარალის დადგომის შესახებ მესამე პირის მიმართ და თუ ასეთი შეტყობინება არ მოხდა თავიდანვე და მოლაპარაკება აწარმოა საკუთარი ინიციატივით, მზღვეველს აქვს უფლება უარი განაცხადოს ზარალის ანაზღაურებაზე.

კვლევის მიზანია გავარკვიოთ, თუ რატომ არის შინაური ცხოველების დაზღვევა ქართულ სადაზღვევო ბაზარზე ნაკლებად მოთხოვნადი, რა მიზეზები განაპირობებენ შინაური ცხოველების დაზღვევის ნაკლებად განვითარებას საქართველოში.

მეთოდოლოგია

კვლევის მეთოდოლოგიური საფუძველია შინაური ცხოველების დაზღვევის საკითხებზე არსებული ლიტერატურა, მათ შორის სამეცნიერო ნაშრომები, კვლევები, პუბლიკაციები, ასევე პერიოდული ბეჭდვითი გამოცემების სტატიები, ინტერნეტით მოძიებული მონაცემები.

კვლევა მოიცავს რაოდენობრივ და თვისობრივ კვლევას. თვისობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდება სადაზღვევო კომპანიის თანამშრომელთა სიღრმისეული

ინტერვიუერება. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში გამოიკითხება დაზღვეული შინაური ცხოველების მეპატრონეები.

შედეგები, დისკუსია

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა შინაური ცხოველების მეპატრონეების გამოკითხვა. კვლევაში მონაწილეობა მიიღო 50 პირმა. კითხვები ეხებოდა რესპოდენტთა ინფორმირებულობას შინაური ცხოველების დაზღვევის შესახებ, სარგებლობდნენ თუ არა შინაური ცხოველების სადაზღვევო პაკეტით, რამდენად კმაყოფილები იყვნენ დაზღვევით.

გამოკითხულთაგან 36 პირმა (72%) საერთოდ არაფერი იცოდა შინაური ცხოველების დაზღვევაზე. 14 პირს (28%) ჰქონდა მიღებული ინფორმაცია შინაური ცხოველების დაზღვევაზე. 14 პირიდან 8 პირისათვის სადაზღვევო პაკეტის ღირებულება წარმოადგენდა ძვირადღირებულს, ასევე არ აკმაყოფილებდა ის შემოთავაზებები, რასაც მათ მზღვეველი სთავაზობდა. მხოლოდ 6 რესპოდენტს ჰქონდა სურვილი დაეზღვია თავისი შინაური ცხოველი. ასევე ყველა მეპატრონე აღნიშნავდა, რომ მათი ძაღლები/კატები რეგისტრირებულნი იყვნენ ვეტერინარულ კლინიკაში, სადაც უტარდებოდათ აცრები გამოკვლევები საჭიროებისამებრ. შესაბამისად, ისინი თვლიან, რომ დაზღვევა ფულის ფუჭი გადაყრაა და საკუთარ ცხოველს თავად უფრო კარგად მოუვლიდა.

თვისებრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა სადაზღვევო კომპანიის წარმომადგენელთა გამოკითხვა. მათი აზრით, სადაზღვევო კომპანია ალდაგმა ჩაატარა არაერთი აქცია შინაური ცხოველების დაზღვევის ახალი პროდუქტის პროპაგანდისთვის, თუმცა ეს ყველაფერი არ აღმოჩნდა საკმარისი იმისათვის, რომ პოპულარობა მოეტანა პროდუქტისთვის. მართალია, პროდუქტის გაყიდვა დაიწყო ბაზარზე, სადაზღვევო შემთხვევებიც დადგა და სადაზღვევო კომპანიამ საკუთარ თავზე აიღო ანაზღაურების საკითხიც, თუმცა მაინც ვერ განხორციელდა საკმარისი გაყიდვები. იმისათვის რომ პროდუქტის გაყიდვა გაგრძელებულიყო, გამოჩნდა უამრავი ხარვეზი, რაც გახდა მიზეზი იმისა, რომ დღეისათვის სადაზღვევო ბაზარზე გაყიდვაში აღარ არის შინაური ცხოველების დაზღვევა.

ექსპერტთა აზრით, საქართველოში შინაური ცხოველების დაზღვევის ნაკლებად განვითარების ბევრი მიზეზი არსებობს. ერთ-ერთი მიზეზია შინაური ცხოველების დაზღვევის კულტურის არარსებობა. ქვეყანაში სადაც ადამიანს იმის საშუალებაც კი არააქვს, რომ საკუთარი ჯანმრთელობა დააზღვიოს, იქ უკვე შინაური ცხოველების დაზღვევაზე საუბარი ზედმეტია. როდესაც მოთხოვნა არ არის პროდუქტზე საკმარისი, იქ უკვე სადაზღვევო კომპანიც აღარ ცდილობს დახვეწოს პროდუქტი, გამოასწოროს შეცდომები და მაქსიმალურად კლიენტზე ორიენტირებული პროდუქტი შექმნას.

სადაზღვევო კომპანია „ალდაგ“-მა უკვე წელიწადზე მეტია რაც შეწყვიტა შინაური ცხოველების დაზღვევა. უკვე არსებულ პოლისებს კი კეთილსინდისიერად მოემსახურნენ სადაზღვევო პერიოდის ვადის ამოწურვამდე.

ბიბლიოგრაფია:

1. სადაზღვევო კომპანია „ალდაგ“-ს ვებ. გვერდი. შინაური ცხოველების დაზღვევა. <http://www.aldagi.ge/ge/other-products#modal> (4.04.2016)
2. საინფორმაციო ვებ გვერდი „ამბები“. ალდაგიმ ბაზარზე "შინაური ცხოველების დაზღვევა" გამოიტანა <http://www.ambebi.ge/market/91117-qaldagimq-bazarze-qshinaurickhovelebis-dazghvevaq-gamoitana.html>

სამოგზაურო დაზღვევა, სადაზღვევო კომპანია „უნისონის“ შემთხვევის განხილვა

ნიკა ომარაშვილი¹

შესავალი

სამოგზაურო დაზღვევა ერთ-ერთი გავრცელებული სადაზღვევო პროდუქტია. სხვადასხვა ქვეყანაში სამოგზაურო დაზღვევის სხვადასხვა პირობები არსებობს. უმთავრესად იგი გულისხმობს უბედური შემთხვევის დადგომისას დაზღვეულისათვის კონკრეტული დროის განმავლობაში გადაუდებელი ამბულატორიული, სტაციონარული, სტომატოლოგიური ხარჯების ანაზღაურებას, რეპატრაციის ხარჯებს, საჭიროების შემთხვევაში თანმხლები პირის მგზავრობის ღირებულების ანაზღაურებას, ბარგის დაზღვევას.

საქართველოს სადაზღვევო ბაზარზე სამოგზაურო დაზღვევა გააჩნია 9 სადაზღვევო კომპანიას. სამოგზაურო დაზღვევის უნიკალურ პროდუქტს წარმოადგენს იუსტიციის სახლის მიერ შემოთავაზებული სერვისი.

იუსტიციის სახლმა სამოგზაურო დაზღვევის განსახორციელებლად სადაზღვევო კომპანიის შესარჩევად გამოაცხადა საჯარო კონკურსი. კონკურსის პირობებში განისაზღვრა ის ძირითადი მოთხოვნები, რაც უნდა დაეკმაყოფილებინა სადაზღვევო კომპანიას, ასევე, განისაზღვრა იმ კრიტერიუმების ჩამონათვალი, რომლის საფუძველზეც განხორციელდებოდა გამარჯვებული სადაზღვევო კომპანიის გამოვლენა. კერძოდ:

1. იუსტიციის სახლის ფინანსური სარგებელი (ფიქსირებული პროცენტული საკომისიო გაყიდული პოლისების ჯამური სადაზღვევო პრემიიდან) - 30%;
2. სადაზღვევო პოლისის ღირებულება (უპირატესობა ენიჭება დაბალ ფასს) - 20%;
3. პროდუქტის თავსებადობა იუსტიციის სახლის პროცედურებთან - 25%;
4. სადაზღვევო პოლისის პირობები - 15%;
5. სამოგზაურო დაზღვევის მიმართულებით ანაზღაურებული ზარალი - 10%.

იუსტიციის სახლმა, მოცემული კრიტერიუმის მიხედვით, შერჩევაში მონაწილე სადაზღვევო კომპანიების მიერ წარმოდგენილი განცხადებისა და შესაბამისი მოთხოვნილი დოკუმენტაციის/ინფორმაციის საფუძველზე, გამარჯვებულად გამოავლინა შპს „სადაზღვევო კომპანია უნისონი“.²

სადაზღვევო პაკეტი მოიცავს, როგორც სამოგზაუროდ საჭირო რაოდენობის დღეების დაზღვევას, ასევე ერთწლიან მულტიპოლისს. მისი შექმნა შეუძლიათ როგორც საქართველოს, ასევე უცხო ქვეყნის მოქალაქეებსაც. დაზღვევის მისაღებად მხოლოდ პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარდგენაა აუცილებელი.

სამოგზაურო დაზღვევით იფარება ის სადაზღვევო შემთხვევები, რომელიც შეიძლება დადგეს მოგზაურობისას. ძირითად დაფარვას წარმოადგენს გადაუდებელი სამედიცინო ხარჯები, რომელიც შეიძლება გამოიწვიოს უბედურმა შემთხვევამ ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის უეცარმა, მკვეთრმა გაუარესებამ. ასევე ითვალისწინებს ისეთი ხარჯების ანაზღაურებას, რაც დაკავშირებულია დაზღვეულის რეპატრაციასთან მისი გარდაცვალების შემთხვევაში, თავმდგმურის მგზავრობის ხარჯების ანაზღაურებას და სხვა. პოლისი ასევე ითვალისწინებს მოგზაურობისას შექმნილი არაკოფორტულ სიტუაციებსაც: ბარგის დაკარგვის/ დაგვიანების დაზღვევა, ავიაბილეთის გაუქმების რისკის დაზღვევა, პასპორტის დაკარგვის რისკის დაზღვევა³.

¹ ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ბიზნესის ფაკულტეტის ბაკალავრი

² სამოგზაურო დაზღვევა - ახალი სერვისი იუსტიციის სახლში. პირველი არხი. 20.10.2015. <http://1tv.ge/ge/news/view/109457.html>

³ სადაზღვევო კომპანია უნისონის ვებ გვერდი.

მომხმარებელს, რომელიც იუსტიციის სახლში 1 წლიან მულტი პოლისს შეიძენს, საჩუქრად გადაეცემა 1 თვიანი კონსიერჟ ბარათი (მომსახურება მოგზაურთათვის ტურისტული, გასართობი, ბიზნეს ღონისძიებების რეზერვაცია).

პოლისით გათვალისწინებული ხარჯები ანაზღაურდება 50, 000 აშშ/ევრო ლიმიტის ფარგლებში. უნისონში დაზღვეულთათვის სამედიცინო მომსახურების მხარდაჭერას ახორციელებს Europe Assistance¹. პოლისის ღირებულება დამოკიდებულია მის სახეზე. ერთჯერადი პოლისის ღირებულებაა 0,74 ლარი ერთი დღე, მრავალჯერადი პოლისის ღირებულებაა 65 ლარი (მაქსიმალური დღეების რაოდენობა 90 დღე).

კვლევის მიზანია სადაზღვევო კომპანია „უნისონის“ მაგალითზე გაირკვეს სამოგზაურო დაზღვევის პირობები, სერვისები, მომხმარებელთა კმაყოფილება, იუსტიციის სახლის მიერ სადაზღვევო კომპანია „უნისონის“ შერჩევის პრიორიტეტულობის მიზეზები.

მეთოდოლოგია

კვლევისათვის გამოყენებულ იქნა სამეცნიერო ნაშრომები, კვლევები, პუბლიკაციები, სტატიები, ინტერნეტით მოძიებული მონაცემები. რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა ბენეფიციართა გამოკითხვა ფეისბუქის ჯგუფი „6000 მოგზაური“-ს მეშვეობით. კვლევა ჩატარდა 2015 წლის ოქტომბერ-დეკემბერში,

შედეგები

იუსტიციის სახლის თანამშრომლების გამოკითხვით, დადგინდა, რომ გამარჯვებულ სადაზღვევო კომპანიასთან ხელშეკრულება დაიდო 2015 წლის 20 ოქტომბერს. აღნიშნული თარიღიდან 2016 წლის 18 იანვრის ჩათვლით, იუსტიციის სახლის ფილიალებში სამოგზაურო დაზღვევის სერვისით ისარგებლა 155-მა მოქალაქემ.

რაოდენობრივი კვლევის ფარგლებში განხორციელდა გამოკითხვა. ამისათვის გამოყენებულ იქნა ფეისბუქის ჯგუფი „6000 მოგზაური“. ჯგუფში გაწევრიანებულია 3500-მდე პირი. გამოკითხვაში მონაწილეობა მიღო 500 ბენეფიციარმა. გამოკითხვის შედეგები წარმოდგენილია ცხრილის სახით.

ცხრილი: გამოკითხვის შედეგები

კითხვა	დიახ	%	არა	%
იცით თუ არა „უნისონის“ სამოგზაურო დაზღვევის შესახებ?	112	22.4	388	77.6
იყენებთ თუ არა სამოგზაურო დაზღვევას?	254	50.8	246	49.2
იყენებთ თუ არა „უნისონის“ სამოგზაურო დაზღვევის პაკეტს?	5	1	495	99
რამდენად კომფორტულია თქვენთვის „უნისონის“ სამოგზაურო დაზღვევის ყიდვა იუსტიციის სახლში? (კითხვა მათთვის ვინც სარგებლობს „უნისონის“ სამოგზაურო დაზღვევით)	5	100	0	0

როგორც ცხრილიდან ჩანს, ბენეფიციარების უმრავლესობას არ აქვს ინფორმაცია „უნისონის“ სამოგზაურო დაზღვევის შესახებ. გამოკითხულთა მხოლოდ 22.4%-მა აღნიშნა რომ მათ იციან „უნისონის“ სამოგზაურო დაზღვევის შესახებ. გამოკითხულთა მხოლოდ 1% იყენებს „უნისონის“ სამოგზაურო დაზღვევის პაკეტს. ბენეფიციართა აბსოლუტური უმრავლესობისათვის „უნისონის“ სამოგზაურო დაზღვევის პირობები კომფორტულია.

¹ სადაზღვევო კომპანია უნისონის ვებ გვერდი.

დასკვნა

კვლევამ გვაჩვენა, რომ იუსტიციის სახლში კომპანია „უნისონის“ სამოგზაურო დაზღვევის შექმნას აქვს დადებითი მხარეები. კომპანია „უნისონი“ იუსტიციის სახლის მომხმარებელს სადაზღვევო პაკეტთან ერთად დამატებით სრვისებს სთავაზობს, მათ შორის: ბარგის დაკარგვა/დაგვიანებით გამოწვეული ზარალის ანაზღაურება, პასპორტის დაკარგვის შედეგად დამდგარი ზარალის ანაზღაურება, დაზღვეულის ოჯახის წევრის გადაუდებელი აუცილებლობით გამოწვეული ვიზიტის ხარჯების ანაზღაურება და თვითმფრინავის ბილეთის გაუქმების რისკის დაზღვევა. ბენეფიციართა მიუხედავად ამისა, ბენეფიციართა აბსოლუტური უმრავლესობა, რომლებსაც გააჩნიათ „უნისონის“ სამოგზაურო დაზღვევის პაკეტი, კმაყოფილია მისი პირობებით. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ მოსახლეობას არ აქვს ინფორმაცია „უნისონის“ სამოგზაურო დაზღვევის შესახებ. შესაბამისად, საჭიროა „უნისონის“ სამოგზაურო დაზღვევის რეკლამირება, რომ რაც შეიძლება მეტმა ადამიანმა შეიტყოს ამ სადაზღვეო პოლისის შესახებ.

ბიბლიოგრაფია

- სამოგზაურო დაზღვევა - ახალი სერვისი იუსტიციის სახლში. პირველი არხი. 20.10.2015. <http://1tv.ge/ge/news/view/109457.html>
- სადაზღვევო კომპანია უნისონის ვებ გვერდი. <http://unison.ge/index.php?run=home/-product&product id=23 3>