

## რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელი ნაცვლად არარეგულირებადი მოდელისა

სამედიცინო დაზღვევის სფეროში მიმდინარე რეფორმები სულ უფრო ემსგავსება ორსახოვან იანუსს, რომელსაც ერთი შეხედვით სასურველი და პროგრესული მიზნები აქვს (ჯანდაცვის სისტემაში საბაზრო მექანიზმების განვითარება, კონკურენტული გარემოს ხელშეწყობა), მაგრამ მეორე მხრივ ამ მიზნების მისაღწევად სახელმწიფოს მხრიდან ნაკლებმა ჩარევებმა შესაძლოა საპირისპირო შედეგი არაკონკურენტული, მონოპოლისტური სისტემის შექმნა განაპირობოს.

ჯანდაცვის სისტემაში ბოლო წლებში განხორციელებული რეფორმები მიზნად ისახავს დარგში საბაზრო რეგულატორების განვითარებას, კონკურენტული გარემოს ჩამოყალიბებას და ხელშეწყობას. რეფორმამდე საქართველოს მოქალაქეებს უფლება არ ჰქონდათ აერჩიათ მათთვის სასურველი სადაზღვევო კომპანია. ჯანდაცვის დაფინანსებას ახორციელებდა სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი (ბოლო პერიოდში ჯანდაცვისა და სოციალური პროგრამების სააგენტო). განხორციელებული რეფორმების შედეგად მზღვეველის სახით მოქმედებს მრავალი სადაზღვევო ორგანიზაცია და დაზღვეულს შეუძლია გააკეთოს არჩევანი სადაზღვევო კომპანიებს შორის.

აღსანიშნავია, რომ იგივე ხასიათის რეფორმები განხორციელდა ევროპის ზოგიერთ ქვეყნებში, რასაც საფუძვლად დაედო გასული საუკუნის 90-იან წლებში ამერიკელი ეკონომისტის ალან ეინთჰოვენის და მისი ევროპელი მიმდევრების მიერ შემუშავებული კონცეფცია “რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის“ შესახებ. რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო ბაზრის არსი მდგომარეობს იმაში, რომ მზღვეველის სახით მოქმედებს მრავალი სადაზღვევო ორგანიზაცია და დაზღვეულს შეუძლია გააკეთოს არჩევანი მომგებიან და არამომგებიან სადაზღვევო კომპანიების მიერ შეთავაზებულ სერვისებს შორის. ამავე დროს, სადაზღვევო კომპანიებს შორის არსებობს ფასისმიერი კონკურენციის პირობები, კერძოდ, ჯანმრთელობის კერძო სადაზღვევო კომპანიების სარგებლის

პაკეტები ცვლად პრემიალურ დონეებზეა გათვლილი რაც კონკურენციის შექმნის ერთ-ერთ წინაპირობას წარმოადგენს.

“რეგულირებადი კონკურენციის” მოდელის დანერგვა 1993 წლიდან დაიწყო ნიდერლანდებში. სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის კონკურენციაზე დაფუძნებული სისტემა შემდეგ სხვა ქვეყნებშიც განვითარდა - გერმანია, ბელგია, შვეიცარია, ისრაელი, ჩეხეთი, სლოვაკეთი.

ერთი შეხედვით, საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე რეფორმები მიზნად ისახავს კონკურენტული გარემოს შექმნას სამედიცინო ბაზარზე. რეფორმის შედეგად შესაძლებელი გახდა სადაზღვევო ბაზარზე ახალი სადაზღვევო ფონდების შემოსვლის შესაძლებლობა. მოქალაქეებს გაუჩნდათ სადაზღვევო კომპანიის არჩევის უფლება. კომპანიებს შორის კონკურენცია კი ხელს შეუწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას და რესურსების ეფექტურად გამოყენებას.

სამედიცინო დაზღვევის განვითარების არჩეულ მოდელთან მიმართებაში ისმება სერიოზული კითხვები. არ არსებობს სახელმწიფოსა და საბაზრო რეგულატორების ოპტიმალური თანაფარდობის შესახებ ნათელი კონცეპტუალური საფუძველი. ამ საკითხთან დაკავშირებით აზრთა სხვადასხვაობა საკმაოდ ფართოს წარმოადგენს.

ერთი მხრივ, კონკურენტულ სადაზღვევო მოდელზე გადასვლის არაერთმნიშვნელოვანმა შედეგებმა წარმოშვა სახელმწიფოს როლის გაძლიერების შესახებ მოწოდებები. რაც შეეხება სადაზღვევო ორგანიზაციების საქმიანობას, მათ შორის კონკურენცია ნაკლებად არის დაკავშირებული მომხმარებელთა არჩევანზე, რაც არსებითად ამცირებს მათი ზემოქმედების პოტენციალს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა საქმიანობის მაჩვენებლებზე.

მეორე უკიდურესობას წარმოადგენს საბაზრო მექანიზმებზე აბსოლუტური აქცენტის გადატანა. მართვის ეკონომიკური მეთოდების გამოყენებამ წარმოშვა

ჯანდაცვის “თვითრეგულირების” შეხედულება. ამ თვალსაზრისით, საბაზრო მექანიზმები ავტომატურად უზრუნველყოფენ ჯანდაცვის სისტემაში რესურსების ეფექტურად გამოყენებას. შესაბამისად, ეკონომიკაში საბაზრო ურთიერთობების განვითარების საერთო პრინციპები ავტომატურად გადაიტანება ჯანდაცვის სფეროში.

დასავლეთის ქვეყნებში ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფოს და ბაზრის მონაწილეობის თანაფარდობის პრობლემა ასევე აქტუალურს წარმოადგენს. ბევრი ქვეყანა დაადგა ჯანდაცვაში საბაზრო მექანიზმების ფართო გამოყენების გზას. ასეთი მიდგომის კონცეპტუალურ საფუძველს წარმოადგენს ჯანდაცვაში საბაზრო მოდელების სხვადასხვა ვერსიების არსებობა.

საქართველოს ჯანმრთელობის სადაზღვევო სისტემაში შეინიშნება კონკურენტული მოდელის განხორციელებისათვის საჭირო პირობების უკმარისობა. ათეულზე მეტი სადაზღვევო ორგანიზაცია უწყვენ ერთმანეთს კონკურენციას, მაგრამ მათი კონკურენცია არ შეიძლება ჩაითვალოს ეფექტურად დაზღვეულთა ინტერესების თვალსაზრისით.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის ფორმირებასთან დაკავშირებით საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში დაგროვდა მთელი რიგი სერიოზული პრობლემები, რომლებიც მოითხოვს შემდგომ სრულყოფას, ფართო განხილვას და გადაუდებელ გადაწყვეტას, ასევე სადაზღვევო სისტემის ორგანიზაციის პრინციპების გადასინჯვას.

სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის კონკურენტული მოდელის განხორციელებაში უმნიშვნელოვანესი როლი ეკისრება სამედიცინო ბაზრის რეგულირებას. საშუალებების ეფექტური გამოყენებისა და დანახარჯების კონტროლის გზით რეგულირებადი ბაზარი უზრუნველყოფს ნორმალურ კონკურენციას. საქართველოში განხორციელებული არარეგულირებადი კონკურენტული მოდელისაგან განსხვავებით, ალან ეინთჰოვენის კონცეფციაში სწორედ “რეგულირებადი კონკურენციის” მოდელს ენიჭებოდა უპირატესობა.

ჯანმრთელობის დაზღვევის რეგულირების თვალსაზრისით აღსანიშნავია ევროსაჭოს მიერ შემუშავებული დირექტივა (92/49/EEC Third non-life insurance directive), რომლის მიზანია სადაზღვევო პროდუქტებს შორის არჩევანის გაფართოება და სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენციის გაზრდა (European Commission 1997). 1994 წლის 1 ივლისს დირექტივა მიღებულ იქნა ევროკავშირის წევრი ქვეყნების ეროვნული კანონმდებლობის მიერ. კანონის მიხედვით, ჯანმრთელობის დაზღვევის რეგულირება გულისხმობს შემდეგი საკითხებს:

1. ღია გაწევრიანება (ყველას შეუძლია გაწევრიანება ნებისმიერ კერძო დაზღვევის კომპანიაში, მიუხედავად ჯანმრთელობის რისკისა);
2. სადაზღვევო ორგანიზაციებისა და სამედიცინო ორგანიზაციების კონკურენციის სტიმულირება;
3. სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მიხედვით კონკურენციის სტიმულირება;
4. საზოგადოების ერთობაზე შეფასებული (community rated) პრემიები (პრემიები ყველასათვის ერთნაირია მიუხედავად ჯანმრთელობის რისკისა);
5. სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის ფინანსური რისკების კორექციის, გათანაბრების (risk adjustment ) სქემა (პროპორციონალიზმის საჭიროება);
6. მინიმალური საბაზისო პაკეტის შემუშავება;
7. სამედიცინო მომსახურების მოცულობის და ტარიფების განსაზღვრის ადექვატურობა ერთიანი სამედიცინო-ეკონომიკური სტანდარტების გამოყენება;
8. მთელი სიცოცხლე დაზღვევა - ყველას აქვს უფლება განაახლოს დაზღვევა სიცოცხლის ნებისმიერ დროს, მიუხედავად ასაკისა, ჯანმრთელობის რისკის და პაციენტის ავადმყოფობის ისტორიისა (ირლანდიაში თუ გაწევრიანება 13 კვირას აღემატება).

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მიზანშეწონილია საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში არსებული “არარეგულირებადი სადაზღვევო მოდელიდან“ “რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელზე” გადასვლა, რომელიც გულისხმობს შემდეგი საკითხების გათვალისწინებას:

დღეს სახელმწიფოს აღებული აქვს პასუხისმგებლობა სამედიცინო დაზღვევის კერძო კომპანიებისგან შეისყიდოს მომსახურება ღარიბ მოსახლეობასა და სახელმწიფო მოხელეთა ცალკეულ კატეგორიებზე (პედაგოგები, სამხედრო პირები, სამართალდამცავი ორგანოების თანამშრომლები), ხოლო დანარჩენი მოსახლეობისათვის დამატებით ახორციელებს ნებაყოფლობითი დაზღვევის სუბსიდირებას (ე.წ. იაფი დაზღვევის პროგრამა) წინასწარ განსაზღვრულ საბაზისო სამედიცინო სერვისებზე (სასწრაფო-გადაუდებელი სამედიცინო დახმარება და პირველადი ჯანდაცვის საბაზისო სერვისები). სახელმწიფოს მხრიდან სუბსიდირება მიზნად ისახავდა სამედიცინო დაზღვევის პროპაგანდირებასა და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდას, რაც ხელს შეუწყობდა წინსწრებით პრაქტიკის დანერგვას და შეამცირებდა ჯანდაცვაზე კერძო დანახარჯების მოცულობას. პროგრამის გათვლით დაზღვეულთა რაოდენობა ქვეყანაში 500 ათასით უნდა გაზრდილიყო.

იაფი დაზღვევის პროგრამამ ვერ გაამართლა. მოსახლეობისათვის იგი მიმზიდველი არ აღმოჩნდა, ვინაიდან ამ ეტაპზე დაზღვეულთა რაოდენობა მხოლოდ 150000, ანუ გათვალისწინებულის 30 %-ია.

ფინანსური ზედამხედველობის სააგენტოს მონაცემებით, 2008 წლის განმავლობაში მოსახლეობის თითქმის 24,5 % მოცული იყო სამედიცინო დაზღვევის ამა თუ იმ ფორმით, ამასთან, მთელი მოსახლეობის 7,4 %-ს, რომელსაც არ ჰქონდა სახელმწიფო სამედიცინო სადაზღვევო პაკეტით სარგებლობის უფლება მოცული იყო დამქირავებლის მიერ დაფინანსებული ან ნებაყოფლობითი კერძო სამედიცინო დაზღვევით.

არსებული მწირი სახელმწიფო დაფინანსების პირობებში მიზანშეწონილია იმ პირებზე, რომლებზეც არ ვრცელდება სახელმწიფოს მიერ დაფინანსებული სამედიცინო დაზღვევა ან ვაუჩერი, ნებაყოფლობითი დაზღვევა (ამ შემთხვევაში ე.წ. "იაფი დაზღვევა") გახდეს სავალდებულო, რადგან აღნიშნული:

- ხელს უწყობს ერთი და იგივე სადაზღვევო აუზში ახალგაზრდა და ასაკოვანი, ან ჯანმრთელი და ავადმყოფი დაზღვეულების არსებობას, შესაბამისად იზრდება რისკის გადანაწილება ჯანმრთელიდან ავადმყოფზე, ახალგაზრდადან ასაკოვანზე, შედარებით მდიდარიდან ღარიბზე;
- ხელს უწყობს მოცვის უფრო სწრაფ გაფართოებას

აქვე აღსანიშნავია, რომ ზოგადად კერძო დაზღვევა განიხილება როგორც ნებაყოფლობით, ხოლო საზოგადოებრივი (სოციალური, ან სახელმწიფო) დაზღვევა – სავალდებულო, მაგრამ ყოველთვის ასე სწორხაზოვნად არ არის საქმე. მაგალითად, ურუგვაიში და შვეიცარიაში კერძო დაზღვევის ყიდვა სავალდებულოა, ისევე როგორც ეს ხდება საზოგადოებრივი დაზღვევის სისტემებში. მექსიკაში ახლად დანერგილი საზოგადოებრივი დაზღვევის სქემა (*Seguro Popular*) ნებაყოფლობითს წარმოადგენს. ა.შ.შ-ში, სადაც სადაზღვევო მოცვა ნებაყოფლობითია, ზოგიერთ შტატში დამქირავებლები ვალდებული არიან დააზღვიონ დაქირავებულები.

### **მინიმალური ბაზისური პაკეტი**

მინიმალური სტანდარტული ბაზისური პაკეტის დადგენა ხელს უწყობს კონკურენტული გარემოს შექმნას, რადგან რომ მოსახლეობას საშუალება ეძლევა ერთმანეთს შეადაროს სხვადასხვა კომპანიების მიერ შემოთავაზებული სტანდარტზედა სარგებლის სხვადასხვა პაკეტები. სტანდარტული მინიმალური პაკეტის რეგულირების არარსებობის პირობებში კონკურენციის შესაძლო დადებითი ეფექტი, რომელიც დაფუძნებულია სამომხმარებლო არჩევანზე,

მნიშვნელოვნად მცირდება. გარდა ამისა, სავალდებულო სტანდარტული ბაზისური პაკეტი:

- ხელს უწყობს ადექვატურ ფინანსურ დაცვას
- ხელს უწყობს დაავადებათა მაღალი ტვირთის ბაზისურ მოცვას
- აადვილებს მზღვეველების ერთმანეთთან შედარებას

### **სადაზღვევო კომპანიების რაოდენობის რეგულირება**

რეგულირება მოიცავს სადაზღვევო კომპანიების უფლებას განახორციელონ დაზღვევა, ანუ იმის დადგენას, თუ ვინ შეიძლება იყოს მზღვეველი. დაზღვევის პრინციპებიდან გამომდინარე, მნიშვნელოვანია სადაზღვევო ბაზარზე მცირე რაოდენობით ლიცენზირებული, შესაბამისი კაპიტალის და რეზერვის მქონე სადაზღვევო კომპანიების არსებობა. აღნიშნულის მიზანია:

- რისკების დიდი გაერთიანებების ხელშეწყობა;
- ფინანსური გადახდისუნარიანობის გარანტია;
- დაზღვეულთა დაცვა

### **სადაზღვევო კომპანიების და სამედიცინო ორგანიზაციების კონკურენციის სტიმულირება**

ნებისმიერი ეკონომიკური აქტივობა იშვიათად არის თავისუფალი სახელმწიფოს ჩარევისაგან. სახელმწიფოს მიერ ჯანდაცვის ბაზრის რეგულირებას შესაძლოა მრავალნაირი ფორმა ჰქონდეს: ლიცენზირების კანონები, სამედიცინო ბაზარზე შესვლის შეზღუდულობა, სამედიცინო მომსახურების ფასის, ხარისხისა და მოცულობის რეგულირება. სადაზღვევო კომპანიების და სამედიცინო ორგანიზაციების კონკურენციის სტიმულირებისათვის ბევრ ქვეყნებში მოქმედებენ კონკურენტულ გარემოზე სამეთვალყურეო სპეციალური

სამსახურები. მათ მთავარ საქმიანობას წარმოადგენს – ფასებზე მორიგების (ფასებზე ერთმანეთთან მორიგება) აკრძალვა, აგრეთვე სადაზღვევო კომპანიებს შორის ბაზრის გაყოფის აკრძალვა. ასე მაგალითად, ნიდერლანდებში ამ სამსახურის მიერ 2001 წ. უკანონოდ გამოცხადდა სადაზღვევო კომპანიების მიერ ზოგადი პრაქტიკის ექიმებთან ტარიფების კარტელური შეთანხმების პრაქტიკა. ფასისმიერი კარტელების გამოვლინება ჯარიმდება. აგრეთვე ხორციელდება ფასების საფუძვლიანობაზე ზედამხედველობა, რაც განსაკუთრებით მკაცრად აღინიშნება სამედიცინო მომსახურების მესამე დონეზე, სადაც უფრო მეტად მონოპოლისტური სამედიცინო ორგანიზაციებია წარმოდგენილი.

კონკურენტული გარემოს ფორმირების აუცილებელ პირობას წარმოადგენს სადაზღვევო ბაზარზე მზღვეველებისათვის თანაბარი პირობების შექმნა. ფარმაცევტული კომპანიებისათვის სადაზღვევო კომპანიის შექმნაზე უფლების მიცემა წარმოშობს მონოპოლისტური ორგანიზაციის ჩამოყალიბების საშიშროებას, სადაც გაერთიანებულია როგორც დამფინანსებლის (სადაზღვევო კომპანიის სახით), ასევე სამედიცინო სერვისების მიმწოდებლის (ზოგიერთ ფარმაცევტულ კომპანიას უკვე გააჩნია სამედიცინო დაწესებულება) და სამკურნალო საშუალებების მიმწოდებლის ფუნქციები. აღნიშნული მდგომარეობა არათანაბარ კონკურენტულ გარემოში აყენებს სადაზღვევო კომპანიებს. იქმნება კონკურენტული ბაზრიდან მონოპოლისტურ ბაზარზე გადასვლის საშიშროება, რაც ეწინააღმდეგება სადაზღვევო ბაზრის განვითარების პრინციპებს. ბევრ ქვეყნებში კონკურენტულ გარემოზე სამეთვალყურეო სპეციალური სამსახურების საქმიანობის ერთ-ერთ მთავარ მიმართულებას სწორედ ასეთი ინტეგრირებული სქემების აკრძალვა უნდა წარმოადგენდეს.

### **სამედიცინო მომსახურების ხარისხის მიხედვით კონკურენციის სტიმულირება**

კონკურენცია და არჩევანის შესაძლებლობა არ ნიშნავს მომხმარებლისათვის სასურველი შედეგის მიღწევის უზრუნველყოფას, რადგან ბევრ შემთხვევაში



ფასისმიერი კონკურენცია გადაწონის ხარისხისმიერ კონკურენციას. ინფორმაციული ასიმეტრიის პირობებში, როდესაც პაციენტს არ გააჩნია ჯანდაცვის საკითხებზე საკმარისი განათლება, ხარისხისმიერი კონკურენცია რეალურად არ არსებობს. მნიშვნელოვანია სადაზღვევო ორგანიზაციებზე სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე მოთხოვნების გაძლიერება. იგი მოიცავს სამედიცინო ორგანიზაციებთან ხელშეკრულებაში ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის პარამეტრების არსებობას. ამ მხრივ მიზანშეწონილია კლინიკური გაიდლაინების დანერგვა, რომლებიც ეფუძნება მტკიცებულობით მედიცინას. მათი გამოყენება საშუალებას იძლევა შეიზღუდოს დაუსაბუთებელი და გაუმართლებელი მკურნალობის მეთოდები.

ხარისხის მიხედვით კონკურენციის სტიმულირების მეორე მიმართულებას წარმოადგენს მონაცემთა ბაზის ფორმირება, რომელიც ახასიათებს პაციენტთა ჯანდაცვის სერვისებით და სხვადასხვა სამედიცინო ორგანიზაციებში გაწეული მომსახურების დონით კმაყოფილებას. მიზანშეწონილია შემუშავდეს სადაზღვევო ორგანიზაციების რეიტინგული კვლევა. აღნიშნული ღონისძიება გაადვილებს მოსახლეობის მიერ სადაზღვევო კომპანიის არჩევას. ამ მხრივ გასათვალისწინებელია ნიდერლანდების გამოცდილება, სადაც ყოველწლიურად ხორციელდება სადაზღვევო ორგანიზაციების რეიტინგული კვლევა და მიღებული შედეგების გამოქვეყნება.

### **სამედიცინო მომსახურების მოცულობის და ტარიფების განსაზღვრის ადეკვატურობა**

სადაზღვევო ორგანიზაციებისა და სამედიცინო დაწესებულებებს შორის ეფექტური ურთიერთობა შესაძლებელია მხოლოდ სამედიცინო მომსახურების მოცულობების ერთიანი ერთეულის არსებობის შემთხვევაში. მოცულობების ერთეულების ვარიაციები გამოირიცხავენ მოცულობებისა და ფასების შეთანხმებას. მნიშვნელოვანია, რომ მოცულობების ძლიერ დანაწევრებული ერთეული

ართულებს მათი დაგეგმარების და შეთანხმების პროცესს. გარდა ამისა, ეფექტური კონკურენციისათვის აუცილებელია ტარიფები, რომლებიც გამოსახვენ ჯანდაცვის სერვისებზე რეალურ დანახარჯებს. ამისათვის მიზანშეწონილია სახელმწიფოს მიერ დადგენილი ერთიანი სამედიცინო-ეკონომიკური სტანდარტების გამოყენება.

### **სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის ფინანსური რისკების გათანაბრების სისტემა**

რისკის კორექციის სქემის მიზანია მოახდინოს სადაზღვევო ორგანიზაციების განსხვავებული ხარჯების თანაბარი ნეიტრალიზება, მათი წევრების სხვადასხვა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამო. დაბალრისკიანი სადაზღვევო ორგანიზაცია ტრანსფერს იხდის მაღალრისკიანი ორგანიზაციის სასარგებლოდ.

მკვლევარების აზრით (Van de Ven and van Vliet 1992; Puig-Junoy 1999), რისკის კორექციის სქემა საჭიროა სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის რისკთან დაკავშირებული პროპორციონალიზმის საჭიროებისათვის, კომპანიებს ჰქონდეთ რისკთა შერჩევის ნაკლები სტიმული, კონკურენცია არა რისკების შერჩევაზე არამედ ფასზე და ხარისხზე, იზრდება სამედიცინო დახმარების ხელმისაწვდომობა.

რისკების გასათანაბრებლად შემოღებულ იქნა ფორმულა, რომელიც წლიდან-წლამდე რთულდება. თავდაპირველად გამოიყენებოდა გათანაბრების დემოგრაფიული მოდელი, რომელიც ითვალისწინებდა დაზღვეულთა ასაკობრივ მახასიათებლებს. იგი ძალიან უხეში გამოდგა, რადგან სამედიცინო მომსახურებაზე ხარჯები ძლიერ ვარიირებს ერთი ასაკობრივი ჯგუფის ფარგლებში. 90-იან წლებში შემოღებულ იქნა ახალი სტრატეგია – დაზღვეულთა “ისტორიული ხარჯების” გათვალისწინება. იგი დაფუძნებულია დაავადების ისტორიას: რაც უფრო ხშირად და სერიოზულად ავადმყოფობდა ადამიანი წინათ, მით უფრო დიდია დაავადების “ქრონიზაცია”, შესაბამისად იზრდება ჯანდაცვაზე მოსალოდნელი ხარჯები.

ირლანდიაში სადაზღვევო ორგანიზაციებს შორის ფინანსური რისკების გათანაბრებისათვის გამოიყენება რისკის სხვაობის სამი დონე:

1. რისკის სხვაობა 2 %-ზე ნაკლებია – არ ხორციელდება რისკის კორექციის (risk adjustment) სქემა;
2. რისკის სხვაობა 2-10 %-ის ფარგლებშია – ჯანმრთელობის დაზღვევის სამსახური (HIA) რეკომენდაციას აძლევს ჯანდაცვის მინისტრს რომ განხორციელდეს რისკის კორექციის (რისკ ადჯუსმენტ) სქემა, თუმცა ითვალისწინებს დაზღვეულთა ინტერესებს;
3. რისკის სხვაობა 10 %-ს აღემატება – ჯანმრთელობის დაზღვევის სამსახური (HIA) რეკომენდაციას აძლევს ჯანდაცვის მინისტრს რომ განხორციელდეს რისკის კორექციის სქემა, დაზღვეულთა ინტერესებს გათვალისწინების გარეშე.

### **ინტეგრირებული და მართული ჯანდაცვის მოდელების დანერგვის ხელშეწყობა**

სადაზღვევო კომპანიებს უნდა ჰქონდეთ მართული ჯანდაცვის სისტემის გამოყენების შესაძლებლობა, მათ შორის სამედიცინო ორგანიზაციებთან ინტეგრაციის ფორმები. მიზანშეწონილია სადაზღვევო კომპანიებს საშუალება უნდა მიეცეს გახსნან პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები, რომელთა დაფინანსება მოხდება სამედიცინო მომსახურების მთლიან მოცულობაზე სულადობრივი ანაზღაურების პრინციპით. ასეთი სახის ინტეგრირებული სქემები ხელს უწყობენ სტრატეგიული შესყიდვის განვითარებას; ხარჯების ზრდის შეკავებას პროვაიდერთა ანაზღაურების მართვითი მექანიზმებით, ახდენენ სამედიცინო მომსახურების უკეთეს კოორდინაციას, ზღუდავენ სერვისების ჭარბად წარმოებას.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, არჩევანი და კონკურენცია, ცხადია, უნდა წარმოადგენდეს ჯანდაცვის რეფორმების მთავარ ვექტორს. ამასთან, მისი განხორციელებისათვის საჭიროა მომხმარებლის არჩევანისა და კონკურენტული

გარემოს ფორმირების მხარდაჭერისათვის სათანადო პირობების უზრუნველყოფა, რაც მიიღწევა სახელმწიფოს მარეგულირებელი როლის გაძლიერებით. დღეისათვის საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში, კერძოდ სამედიცინო დაზღვევის სფეროში იმდენად დიდია დისპროპორციები, რომ მისი აღმოფხვრა მხოლოდ საბაზრო მექანიზმებით, სახელმწიფო რეგულირების გარეშე, შეუძლებელს წარმოადგენს.

თენგიზ ვერულავა  
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი

გაზეთი 24 საათი. 02.03. 2010 წ.

<http://24saati.ge/index.php/category/business/2010-03-02/4042.html>