

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი
პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტი
IVANE JAVAKHISHVILI TBILISI STATE UNIVERSITY
PAATA GUGUSHVILI INSTITUTE OF ECONOMICS

ინსტიტუტის დაარსებიდან 70-ე წლისთავისადმი მიძღვნილი
საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის
მასალების კრებული

ეკონომიკისა და ეკონომიკური მეცნიერების
ბანკოტარების აქტუალური პრობლემები
(27-28 ივნისი, 2014)

**Proceedings of Materials
of International Scientific-Practical Conference
Dedicated to the 70th Anniversary of the Foundation of the Institute**

**ACTUAL PROBLEMS OF DEVELOPMENT OF
ECONOMY AND ECONOMIC SCIENCE
(27-28 June, 2014)**

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის
პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტის გამომცემლობა

**PUBLISHING HOUSE OF PAATA GUGUSHVILI INSTITUTE
OF ECONOMICS OF IVANE JAVAKHISHVILI TBILISI STATE UNIVERSITY**

თბილისი Tbilisi

2014

1

UDC (უბკ) 338(47+57)33(479.22)(063)

პ – 645

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტში 2014 წელს გამართულ საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკულ კონფერენციაზე წაკითხული მოხსენებების მასალები

Materials of reports made at the international scientific-practical conference held at Paata Gugushvili Institute of Economics of Ivane Javakhishvili Tbilisi State University in 2014

სამეცნიერო-სარედაქციო კოლეგია: რ. აბესაძე (მთავარი რედაქტორი), ნ. არევაძე, თ. არნანია-კეპულაძე, ნ. ბიბილაშვილი (პასუხისმგებელი მდივანი), შ. გოგიაშვილი, ლ. დათუნაშვილი, გ. ერქომაიშვილი, ე. კაკულია, მ. კვარაცხელია, ა. კრედისოვი, ალ. კურატაშვილი, თ. ლაზარაშვილი, ი. ნათელაური, ს. პავლიაშვილი, ვლ. პაპავა, ა. სილაგაძე, დ. სოროკინი, ქ. ქველაძე, ნ. ხადური, მ. ხუსკივაძე, ლ. ჩიქავა, თ. ჩხეიძე

Scientific-editorial Board: R. Abesadze (Editor-in-Chief), N. Arevadze, T. Arnanian-Kepuladze, N. Bibilashvili (Executive Secretary), L. Chikava, T. Chkheidze, L. Datunashvili, G. Erko-maishvili, Sh. Gogiashvili, E. Kakulia, K. Kveladze, N. Khaduri, M. Khuskivadze, A. Kredi-sov, Al. Kuratashvili, M. Kvaratskhelia, T. Lazarashvili, I. Natelauri, V. Papava, S. Pavli-ashvili, A. Silagadze, D. Sorokin

რეცენზენტები: ემდ ვ. ბურდული
ემდ გ. ბერულავა

**Reviewers: Doctor of Economic Sciences V. Burduli
Doctor of Economic Sciences G. Berulava**

კონფერენციის საორგანიზაციო ჯგუფი:
თ. გოგოხია (ხელმძღვანელი), ნ. კედია, ე. ჯაბანაშვილი

**Organizing Group of the Conference:
T. Gogokhia (Head), N. Kedia, E. Jabanashvili**

© ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტის გამომცემლობა

© PUBLISHING HOUSE OF PAATA GUGUSHVILI INSTITUTE
OF ECONOMICS OF IVANE JAVAKHISHVILI TBILISI STATE UNIVERSITY

2014

ISBN 978-9941-9361-2-8

თენგიზ კერულავა

**რეპულირეპალი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელის ევროპული გამოცდილება და
საქართველოს რეფორმები**

2013 წლიდან ქვეყანაში მოქმედებს ჯანმრთელობის საყოველთაო დაზღვევის სისტემა. იგი არსებითად ცვლის ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის დაფინანსების ორგანიზებას და მართვას. კერძოდ, სახელმწიფო პროგრამებით განსაზღვრული სარგებლების მრავალი გადამხდელი სისტემით, ანუ კერძო სადაზღვევო კომპანიების მეშვეობით დაფინანსების ნაცვლად, შეიქმნება ერთიანი სახელმწიფო ფონდი, ანუ ერთი გადამხდელი დაფინანსების სისტემა, სადაც თავს მოიყრის სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამის განსახორციელებლად გამოყოფილი ბიუჯეტი, რომლის ადმინისტრირებას, მიმწოდებლის შერჩევასა და დაფინანსებას თავად ფონდი უზრუნველყოფს.

ზოგადად, ჯანდაცვის სისტემის მთავარი გამოწვევა სამედიცინო ხარჯების და შემთხვევების ეფექტური მართვაა. მთავარი კითხვაა, ვინ უფრო უკეთ გაართმევს თავს ამ ამოცანას: მრავალი გადამხდელის დაფინანსების სისტემა თუ ერთი გადამხდელის სისტემა, სახელმწიფო ერთიანი ფონდის სახით?

ამ მხრივ საინტერესოა ევროპული ქვეყნების გამოცდილება. ევროპის ზოგიერთ ქვეყანაში გასული საუკუნის 90-იან წლებიდან დაიწყო ამერიკელი ეკონომისტის ალან ეინთოპენის და მისი ევროპელი მიმდევრების მიერ შემუშავებული “კონკურენტული სადაზღვეო მოდელის” კონცეფცია. “კონკურენტული მოდელის” დანერგვა 1993 წლიდან დაიწყო ნიდერლანდებში. სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის კონკურენციაზე დაფუძნებული სისტემა შემდეგ სხვა ქვეყნებშიც განვითარდა – გერმანია, ბელგია, შვეიცარია, ისრაელი, ჩეხეთი, სლოვაკეთი.

“კონკურენტული სადაზღვეო მოდელის” არსი მდგომარეობს იმაში, რომ მზღვეველის სახით მოქმედებს მრავალი სადაზღვეო ორგანიზაცია და დაზღვეულს შეუძლია გააკეთოს არჩევანი მომსახურებელი და არამომსახურებელი სადაზღვეო კომპანიების მიერ შეთავაზებულ სერვისებს შორის.

ამ ქვეყნებში, კონკურენციის პრინციპების შემოღებამდე სადაზღვეო ფონდებში დაზღვევა ძირითადად გეოგრაფიული ადგილის მიხედვით ხორციელდებოდა, ანუ ქვეყნის ერთ რეგიონში, ან საერთოდ ქვეყანაში მხოლოდ ერთი სადაზღვეო კომპანია იყო წარმოდგენილი. კონკურენტულ სადაზღვეო მოდელზე გადასვლის შემდეგ დაზღვეულებს სადაზღვეო ფონდების არჩევის უფლება მიეცათ.

გერმანიაში 2002 წლიდან დაზღვეულებს შეუძლიათ შეიცვალონ სადაზღვეო ფონდი, მაგრამ კონკრეტულ სადაზღვეო ფონდში დაზღვევის მინიმალური პერიოდი უნდა შეადგენდეს 18 თვეს [Busse R. 2004]. 1996 წლიდან, ოთხიდან ერთმა დაზღვეულმა შეიცვალა სადაზღვეო ფონდი მინიმუმ ერთჯერ მაინც [Braun, B. 2006].

ფონდებს შორის კონკურენციის თანაბარი პირობების უზრუნველსაყოფად, გერმანიაში 1994-1995 წლებში ყველა საავადმყოფოს ფონდისათვის შემოღებულ იქნა რისკის გათანაბრების მექანიზმი. მექანიზმი მიზნად ისახავდა საავადმყოფო საღაროების დანახარჯებს შორის განსხვავების აღმოფხვრას, რაც განპირობებული იყო დაზღვეული მოსახლეობის თავისებურებებით (ასაკობრივი და სქესობრივი სტრუქტურა და ინვალიდობის დონე, აგრეთვე განსხვავებული შემოსავლების დონე). რისკის გათანაბრების მექანიზმი ასახავს ასაკს, სქესს და 80 ძვირადღირებული დაავადების ჩამონათვალს. ამდენად, ახალი სისტემა ცდილობს გაითვალისწინოს დაავადებათა კლინიკური მახასიათებლები და მათი პროგრესირება, აგრეთვე დემოგრაფიული ფაქტორები.

რისკის გათანაბრების მექანიზმის არსი მდგომარეობს იმაში, რომ სავალდებულო დაზღვევის სისტემით შემოსული სადაზღვეო შენატანებსა და დანახარჯებს შორის სხვაობის საკომპენსაციოდ სადაზღვეო კომპანიები ახდენენ თანხების გადანაწილებას. რისკების გათანაბრების მექანიზმი მოიცავს საავადმყოფოს საღაროების დანახარჯების დაახლოებით 90%-ს. იგი არ მოიცავს ადმინისტრაციულ ხარჯებს.

თუ კონკრეტული საავადმყოფოს საღარო ჯანდაცვის ფონდისგან მიღებული თანხებით ვერ დაფარავს მის ხარჯებს, მას შეუძლია დაზღვეულს დააკისროს დამატებითი პრემია. პირიქით, ეფექტურად მოქმედი საავადმყოფოს საღაროს შეუძლია დაზღვეულს არ გადაასღვივოს დამატებითი პრემია.

სოციალური დაზღვევის სისტემაში ფონდების თავისუფალი არჩევის უფლების მინიჭებამ, აგრეთვე რისკის კორექციის სქემამ, ფონდებს შორის დაზღვეულთა მოძრაობის გააქტიურება გამოიწვია. თავიდან, ჯანდაცვის ფონდის შემოღებამდე არჩევანი დაკავშირებული იყო შენატანების ზომასზე: ფონდები, სადაც შენატანები საშუალო ზომასზე მეტი იყო, კარგადნენ თავიანთ დაზღვეულებს, მაშინ, როდესაც ფონდები სადაც შენატანები საშუალოზე დაბალი იყო, იძენდნენ ახალ დაზღვეულებს. აღნიშნულის შედეგად, 1997-1998 წლებში საავადმყოფოს საღაროებმა ათასობით დაზღვეული დაკარგეს.

მიუხედავად იმისა, რომ რისკის კომპენსაციის სისტემამ შენატანების განაკვეთის შემცირება განაპირობა, ფონდებს შორის დაზღვეულთა მოძრაობამ ვერ გაათანაბრა რისკის სხვადასხვა სტრუქტურა (რომელიც შეამცირებდა ფონდთა შორის დაზღვეულთა გადასვლას). უფრო ჯანმრთელი, ახალგაზრდა და კარგი შემოსავლის მქონე პირები ისეთ ფონდებში გადავიდნენ, სადაც შედარებით დაბალი პრემია იყო დაწესებული, რამაც ზოგიერთ ფონდში მაღალრისკიანი კონტინგენტის გამო სადაზღვეო პრემიის ზომის ზრდა განაპირობა.

სახელმწიფოს მიერ სადაზღვეო შენატანების რეგულირების შედეგად დაზღვეულები ირჩევენ სადაზღვეო საღაროებს არა იმის მიხედვით, თუ რა სადაზღვეო პრემია აქვთ დაწესებული, არამედ იმის მიხედვით, თუ რა დამატებითი პრემია აქვთ დაწესებული, რა სადაზღვეო პაკეტებს, რა ხარისხის სერვისებს სთავაზობენ დაზღვეულებს. ამავე დროს კონკურენციას ზღუდავს ის გარემოება, რომ დამატებითი პრემია არ უნდა აღემატებოდეს ოჯახის შემოსავლის 1 %-ს და ჯანდაცვის ფონდი ფარავს სოციალური დაზღვევის ყველა დანახარჯის არანაკლებ 95 %-ს.

სადაზღვეო ფონდებს შორის კონკურენციას განაპირობებს სადაზღვეო პრემიები, პაკეტები, შემოთავაზებული მკურნალობის ხარისხი, აგრეთვე დამატებითი დაზღვევისათვის გათვალისწინებული პრემიები და სარგებლები. სადაზღვეო კომპანიებს შორის არსებობს ფასისმიერი კონკურენციის პირობები, კერძოდ, ჯანმრთელობის კერძო სადაზღვეო კომპანიების სარგებლის პაკეტები ცვლად პრემიალურ დონეებზეა გათვლილი, რაც კონკურენციის შექმნის ერთ-ერთ წინაპირობას წარმოადგენს.

კომპანიებს შორის კონკურენცია კი ხელს უწყობს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლებას და რესურსების ეფექტურად გამოყენებას. ევროპაში კონკურენტული სადაზღვეო მოდელის დანერგვის უმთავრეს მიზეზს წარმოადგენდა ჯანდაცვის მხარდი ხარჯების შემცირება და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის ამაღლება.

კონკურენტული გარემოს ამაღლებისათვის მნიშვნელოვანია „ღია გაწვევრიანების პრინციპი“, რომლის მიხედვით, სადაზღვეო კომპანიას უფლება არ აქვს, უარი უთხრას პოტენციურ დაზღვეულს. რეფორმების შედეგად გერმანიის ყველა ფონდი ღია გახდა ბენეფიციარისათვის. გამონაკლისს წარმოადგენს ფერმერთა, მებაღაროების და მეზღვაურთა ფონდები, რომლებმაც შეინარჩუნეს „დახურული“ სტატუსი.

კონკურენციას ხელს უწყობს სადაზღვეო კომპანიების უფლება, მოახდინონ სამედიცინო პროვაიდერების შერჩევითი კონტრაქტირება. სადაზღვეო კომპანიები თავად წყვეტენ თუ რომელ სადაზღვეო კომპანიას-

თან დადონ ხელშეკრულება და მოლაპარაკების გზით გადაწყვიტონ ხელშეკრულების პირობები. მნიშვნელოვანია აგრეთვე სერვისების ფასებზე თავისუფალი გადაწყვეტის უფლება. ამ მხრივ სახელმწიფო რეგულირება (დადგენილი ფასები, ბიუჯეტირება) ზღუდავს სადაზღვევო კომპანიების სახელშეკრულებო თავისუფლებას.

2009 წელს საქართველოში მიღებულ იქნა "ეკონომიკური თავისუფლების აქტი", რომლის მიხედვით "ბიუჯეტის სახსრები უნდა იქნან გამოყენებული ისე, რომ მოქალაქეებს მისცენ საშუალება, სადაც შესაძლებელია, თავად გააკეთონ არჩევანი, და არ იქნან 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 აქტი" ძირითადი აქცენტი კეთდება მოსახლეობის არჩევანის უფლებაზე, რადგან საბაზრო ეკონომიკის უმთავრესი პრინციპია არჩევანის თავისუფლება, რომელზედაცაა დამოკიდებული კონკურენცია და შესაბამისად ხარისხი.

ჯანდაცვის სისტემაში კონკურენტული გარემოს შექმნის უმნიშვნელოვანეს ელემენტს წარმოადგენს სადაზღვევო ვაუჩერის, როგორც ფინანსური ინსტრუმენტის შემოღება. დაზღვევაში ვაუჩერის, როგორც ფინანსური ინსტრუმენტის, შემოღების იდეა ლიბერალური ეკონომიკის ერთ-ერთ ცნობილ წარმომადგენელს, მილტონ ფრიდმენს ეკუთვნის. იმ სხვა დადებითი მხარეებიდან, რაც ვაუჩერთანაა დაკავშირებული, აღსანიშნავია ვაუჩერის საშუალებით დაზღვეულის მიერ თავისუფალი არჩევანის შესაძლებლობა. სადაზღვევო ვაუჩერი მფლობელ მოქალაქეს (სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი სტატუსის მქონე) სადაზღვევო კომპანიის თავისუფალი არჩევანის უფლებას აძლევს. დაზღვეული თავად აფორმებს ხელშეკრულებას არჩეულ სადაზღვევო კომპანიასთან, ვაუჩერთი დებულებს სადაზღვევო პოლისს, რომლის საფუძველზეც უზრუნველყოფილია პროგრამით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურებით. ამგვარად, ვაუჩერის საშუალებით სახელმწიფო სახსრები მიმართულია არა სამედიცინო მომსახურების მიწოდებლების (საავადმყოფოები, პოლიკლინიკები, ექიმები) პირდაპირი დაფინანსებისათვის, სადაც პაციენტი იძულებული იქნება არჩევანის გარეშე მივიდეს, არამედ თავად ადამიანების დასაფინანსებლად, რომლებიც თავად განახორციელებენ მათ მიერ გაკეთებული არჩევანის დაფინანსებას, ხოლო მიმწოდებლები დაფინანსდებიან ამ ადამიანების მიერ გაკეთებული არჩევანის საშუალებით.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში განხორციელებული რეფორმები ეხმიანებოდა მსოფლიოში სადაზღვევო სფეროში არსებულ ყველაზე პროგრესულ მიმართულებას, რისი განხორციელებაც ბევრმა განვითარებულმა ქვეყანამაც კი ვერ გაბედა. მაგრამ "ეკონომიკური თავისუფლების აქტის" გამოცხადებიდან არ გასულა სულ რაღაც 4 თვე და ჯანდაცვის სისტემაში რეფორმის ახალი ეტაპი დაიწყო. მთავრობის 2010 წლის 30 მარტის 85 დადგენილების საფუძველზე რაიონები კონკრეტულ სადაზღვევო კომპანიებს შორის გადანაწილდა, ანუ ერთ რაიონში სახელმწიფო პროგრამით დაზღვეულ მოსახლეობას სადაზღვევო მომსახურებას მხოლოდ ერთი სადაზღვევო კომპანია გაუწევს.

მთავრობის აღნიშნული გადაწყვეტილება სრულიად ეწინააღმდეგებოდა "ეკონომიკური თავისუფლების აქტს". როგორც აღვნიშნეთ, გერმანიამ უარყო ასეთი "ლენდური", გოგრაფიულად ჩაკეტილი რაიონული დაზღვევის სისტემა, როგორც კონკურენტული გარემოს შექმნის ხელშემშლელი. აღსანიშნავია, რომ აშშ-ში ჯანდაცვასთან დაკავშირებული პრობლემების ერთ-ერთ მიზეზად მიჩნეულია ის გარემოება, რომ ერთ შტატში მცხოვრებ დაზღვეულს უფლება არ აქვს მეორე შტატში არსებულ კომპანიაში დაეხდეთ. თუმცა, თუ აშშ-ში ერთი შტატის შიგნით მაინც შესაძლებელია სადაზღვევო კომპანიებს შორის არჩევანის გაკეთება, საქართველოში ერთ რაიონში თუ ქალაქში მხოლოდ ერთი სადაზღვევო კომპანიაა წარმოდგენილი, შესაბამისად საერთოდ დაკარგულია დაზღვეულის თავისუფალი არჩევანის უფლება.

2010 წლის მარტის თვიდან გაქრა კომპანიებს შორის კონკურენცია, სადაზღვევო კომპანიები ერთპიროვნულ მონოპოლიებად იქცნენ შესაბამის რაიონში. მარტისაა მტკიცება, რომ სადაც კონკურენცია არ არის იქ არაფერი ესაქმება თავისუფალი ბაზრის პრინციპებზე აგებულ ეკონომიკას. ამ ცვლილებით სადაზღვევო სისტემა ისევ დაუბრუნდა იმ ფორმას, რომლის მიუღებლობაც გარკვეულწილად საფუძველად დაედო თავის დროზე მონოპოლისტური სადაზღვევო სისტემის გაუქმების თაობაზე გადაწყვეტილებას.

ახალი გეგმის მიხედვით, სადაზღვევო კომპანიებს ე.წ. „სამედიცინო რაიონში“ უნდა აეშენებინათ საავადმყოფოები. ამით დაზღვეულს არა მარტო სადაზღვევო კომპანიის არჩევანის 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.

მსოფლიოში არსებობს მართული ჯანდაცვის პრევენტი, სადაც სადაზღვევო კომპანიას აქვს საკუთარი სამკურნალო დაწესებულება, მაგრამ სახელმწიფო არ აიძულებს მათ ააშენონ საავადმყოფოები, ისინი მას ნებაყოფლობით აშენებენ. სადაზღვევო კომპანიების მიერ საავადმყოფოების აშენების ვალდებულება, რაც საქართველოში განხორციელდა, უარყოფითად ზემოქმედებს სახელმწიფო მომსახურების ხარისხზე, დაზღვეულთა კმაყოფილებაზე, რადგან კომპანიები საავადმყოფოებს იმ სახსრებით აშენებდნენ რაც სახელმწიფომ გადაურიცხა სახელმწიფო პროგრამების დასაფინანსებლად. ამასთან, აშშ-ში, სადაც ჯანდაცვის ინტეგრირებული სქემებია გავრცელებული, ბენეფიციარებს აქვთ მართული ჯანდაცვის ორგანიზაციების არჩევანის უფლება, რითაც იქნება კონკურენტული გარემო, რაც საქართველოში, რაიონებად გადანაწილებული სადაზღვევო სისტემის დროს სრულიად გამორიცხულია.

დასაფიქრებელია ის გარემოება, რომ ასეთი სისტემა განაპირობებს შეუქცევად პროცესებს, რითაც სამუდამოდ დასამარდება კონკურენტული საბაზრო მექანიზმები ჯანდაცვაში, რადგან სადაზღვევო კომპანიის მიერ აშენებულ საავადმყოფოს უკან ვეღარ ჩამოართმევ.

ზოგი ექსპერტი თვლის, რომ პრიორიტეტს წარმოადგენდა თანამედროვე დონის საავადმყოფოს აშენება. საფიქრალია, რამდენად უღირდა ქვეყანას კონკურენტული საბაზრო პრინციპების გაცვლა პოსპიტალური სექტორის განვითარების პრიორიტეტზე.

2012 წელს არჩეულმა ახალმა მთავრობამ 2013 წლიდან ქვეყანაში შემოიღო ჯანმრთელობის საყოველთაო დაზღვევის სისტემა. სამთავრობო გეგმის მიხედვით, სახელმწიფო პროგრამებით განსაზღვრული სარგებლების მრავალი გადამხდელი სისტემით, ანუ კერძო სადაზღვევო კომპანიების მეშვეობით დაფინანსების ნაცვლად, შეიქმნება ერთიანი სახელმწიფო ფონდი, ანუ ერთი გადამხდელი დაფინანსების სისტემა. როგორც აღვნიშნეთ, დასავლეთ ევროპის სოციალური დაზღვევის სისტემის ზოგიერთმა ქვეყანამ კარგა ხანია უარყო ერთი გადამხდელი დაფინანსების არაკონკურენტული სისტემა. დღევანდელი, თანამედროვე მსოფლიოს სოციალური დაზღვევის სისტემის ქვეყნების გამოცდილება გვეუბნება, რომ უფრო ეფექტურია მრავალი გადამხდელი სისტემის არსებობა, ანუ ჯანდაცვის სერვისების დაფინანსების მართვა უნდა განახორციელონ მრავალმა კონკურირებადმა სადაზღვევო კომპანიამ და არა ერთმა სახელმწიფო სადაზღვევო ფონდმა, რომლის დანერგვას ცდილობენ ჩვენთან. ერთი გადამხდელი დაფინანსების არაკონკურენტული სისტემა არ არის თანამედროვე, უახლესი მიდგომა, იგი განვლილი ეტაპია. საქართველომ ჯანდაცვის სისტემის რეფორმირება მსოფლიოს თანამედროვე გამოცდილებას უნდა დააფუძნოს.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Busse R, Riesberg A. *Health care systems in transition: Germany*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
2. Braun, B., S. Greß, K. Hoßpner, G. Marstedt, H. Rothgang, M. Tamm and J. Wasem (2006), 'Barrieren für einen Wechsel der Krankenkasse: Loyalität, Bequemlichkeit, Informationsdefizite?', in J. Böcken, B. Braun and R. Amhof (eds), *Gesundheitsmonitor 2006*, Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
3. ვერულავა თენგიზ. ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა. საქართველოს უნივერსიტეტი. თბილისი. 2009.

Tengiz Verulava

COMPETITIVE HEALTH INSURANCE, EXPERIENCE FROM GEORGIA AND EUROPEAN HEALTH CARE REFORMS Annotation

The objectives guiding health care reforms in Georgia and Germany, were to increase efficiency and consumer satisfaction in the provision of health care services. This paper sums up incentives and instruments of competition for consumers, insurance funds and health care which are necessary to fulfill these objectives. After 2003 rose revolution liberal government directed towards rapid economic growth through the market orientation. The main principles of health care reform, which were implemented in 2007, were to transition towards complete marketization of the health sector: private provision, private purchasing, liberal regulation and minimum supervision.

The government radically changed the vision of health system regulation, giving a dominant share to private health providers and purchasers. The reforms, were notable in that they introduced the concept of competition into Georgian health care. The government modifying the Law on Health Insurance. Public funds given to private insurance companies for the administration of the state health programmes. After the 2010 Georgian government have adopted new policy in insurance market. Beneficiaries have access to only a single district insurance company. They don't allow to choose for insurance companies across district lines. This provision don't create a truly competitive market and Insurers, hospitals and doctors will not work effectively - as competitors do in every other industry - to improve quality and control costs.