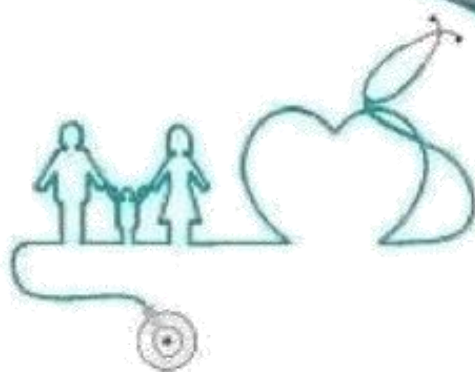


2

# 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

# ჯანმრთელობის სოციალური დაზღვევის მართული კონკურენციის მოდელი და საქართველოს რეფორმები

თენგიზ ვერულავა<sup>1</sup>, მირანდა ბიბილეიშვილი<sup>2</sup>

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 შეიცვალა 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 შეიცვალა 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

<sup>1</sup> მედიცინის აკადემიური დოქტორი. ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორი. აკად. გ. ჩავჭავჭავაძის სახ. გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის ხარისხის მართვის დეპარტამენტის ხელმძღვანელი.

<sup>2</sup> 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 დაცვა<sup>1</sup>. 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 მეთორმეტედის პრინციპით და ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, შესაბამისი კოეფიციენტის გამოყენებით:

ა) 0-64 წელი – 12,93 ლარი (c=0,862);

ბ) > 65 წელი – 21,43 ლარი (c=1,429).

2008 წლის ბოლოსათვის პოლისი გადაეცა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ 666 651 ადამიანს.<sup>2</sup> 2010 წლის მონაცემებით, სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებით მოცული ბენეფიციარების რაოდენობა 888 368-მდე გაიზარდა.

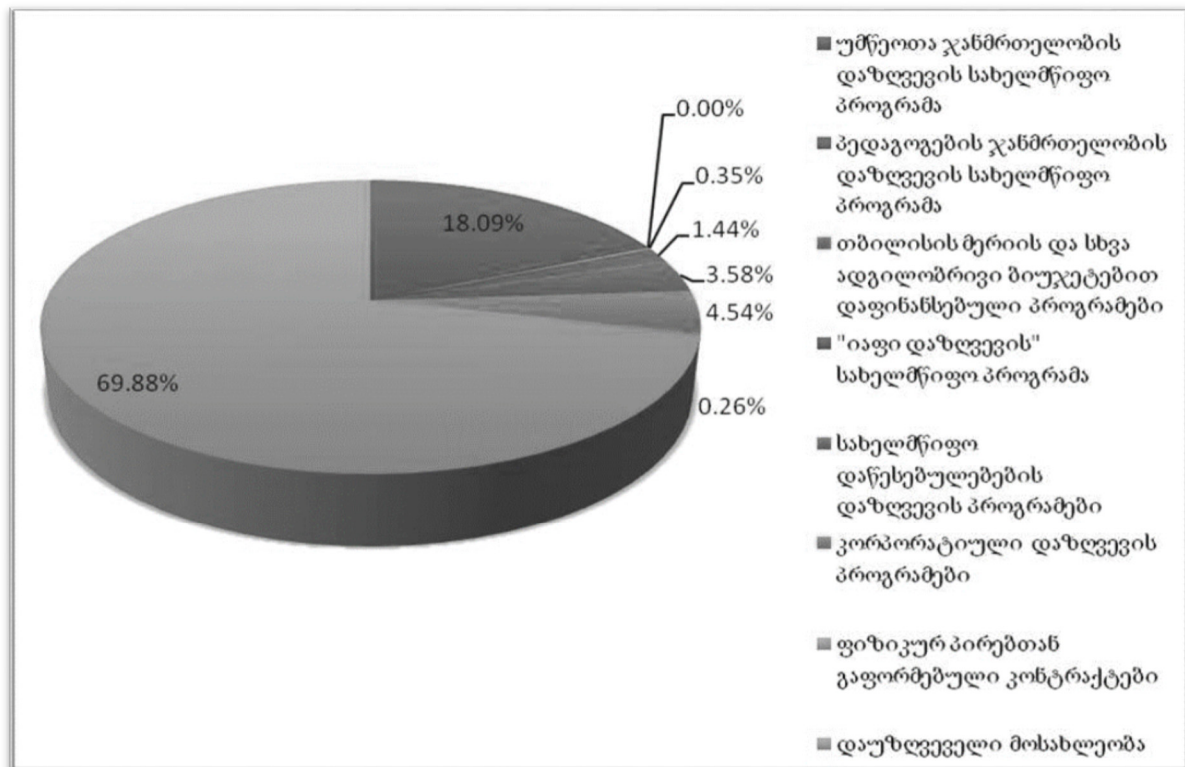
ცხრილი 1: სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ბენეფიციარები. 2010 წლის მონაცემები

| 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    |

<sup>1</sup> შორენა ჯადუგიშვილი. ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება საქართველოში. საქართველოს სადაზღვევო ასოციაცია. 2010.

<sup>2</sup> 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 ეხმიანებოდა მსოფლიოში ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთ ყველაზე თანამედროვე და პროგრესულ ხედვას. იგივე ხასიათის რეფორმები განხორციელდა ევროპის ისეთ ქვეყნებში, როგორიცაა ნიდერლანდები, ბელგია, შვეიცარია, ჩეხეთი, სლოვაკეთი, ასევე, ისრაელი. მას საფუძვლად დაედო გასული საუკუნის 90-იან წლებში ამერიკელი ეკონომისტის ალან ეინთოპოვენის 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.<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> 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 პაკეტი ცვლად პრემიალურ დონეებზეა გათვლილი. სადაზღვევო კომპანიები ერთმანეთს კონკურენციას უწევენ სადაზღვევო პაკეტის პრემიაზე. შესაბამისად, მომხმარებელი ირჩევს იმ სადაზღვევო კომპანიას, სადაც გარკვეულ პაკეტზე შედარებით მცირე სადაზღვევო პრემიაა დაწესებული. გარდა ამისა,

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> 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 შერჩევისას 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“.<sup>1</sup>

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 მესაკის 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.

<sup>1</sup> 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



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“.<sup>1</sup>

განხორციელებული ცვლილებების შედეგად, 2010 წლის მარტის თვიდან გაქრა სადაზღვევო კომპანიებს შორის კონკურენცია. სადაზღვევო კომპანიები ერთპიროვნულ მონოპოლიებად იქცნენ შესაბამის რაიონში.<sup>2</sup> ამ ცვლილებით სადაზღვევო სისტემა ისევ დაუბრუნდა იმ ფორმას, რომლის მიუღებლობაც გარკვეულწილად საფუძვლად დაედო თავის დროზე მონოპოლისტური სადაზღვევო სისტემის გაუქმების თაობაზე გადაწყვეტილებას.<sup>3</sup>

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.

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> იქვე. თენგიზ ვერულავა. „რეგულირებადი კონკურენტული სადაზღვევო მოდელი...“ გვ. 323-326.

ზოგიერთი ექსპერტი თვლის, რომ ახალი სამედიცინო დაწესებულებების აშენების ან მათი განახლების შედეგად, მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდება სამედიცინო მომსახურების გარემო. აღნიშნულმა დადებითი გავლენა მოახდინა სამედიცინო მომსახურების ხარისხზე. გაიზარდა ხარისხიან 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 მიმწოდებლების 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 მზღვევლების 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 დასაწესებად. 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 შეიძვალა 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.