

საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტი

*ხელნაწერის უფლებით*

ჟანა ბალახაშვილი

”სამედიცინო დაზღვევის განვითარების თანამედროვე ტენდენციები და  
მენეჯმენტის სრულყოფის გზები საქართველოში”

დოქტორის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად  
წარმოდგენილი დისერტაციის

ა ვ ტ ო რ ე ფ ე რ ა ტ ი

სადოქტორო პროგრამა - ბიზნესის ადმინისტრირება,

შიფრი 02

თბილისი - 2016

დისერტაცია შესრულებულია საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის ბიზნეს-ინჟინერინგის ფაკულტეტის ბიზნესის ადმინისტრირების დეპარტამენტში.

სამეცნიერო ხელმძღვანელი,  
ეკონომიკის მეცნიერებათა  
დოქტორი, პროფესორი

/ზ. ლიპარტია/

ოფიციალური რეგენზენტები:

- 1.
- 2.

დისერტაციის დაცვა შედგება 2016 წლის "----" -----" --- საათზე, საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის ბიზნეს-ინჟინერინგის ფაკულტეტის სადისერტაციო საბჭოს კოლეგიის სხდომაზე, კორპუსი VI, აუდიტორია ---  
მისამართი: თბილისი, 0175, კოსტავას 77.

დისერტაციის გაცნობა შესაძლებელია საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის ბიბლიოთეკაში, ავტორეფერატისა კი - საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის ვებ-გვერდზე ([www.gtu.ge](http://www.gtu.ge)).

სტუ-ს პროფესორი

სადისერტაციო საბჭოს მდივანი,

/ს. ხიზანიშვილი/

## AVSTRACT

Thesis - "Medical Insurance Development Trends and Management Improvement Ways in Georgia " consists of introduction, three chapters and a conclusion.

The introduction reviews the significance of the topic, goals and challenges, subject and object, method and methodology of the research, results and innovations of the research, purpose of the research etc.

The first chapter of the work "The Theoretical-Methodological basis of Medical Insurance" studies two subjects. The first subject – "The Essence, Forms, Types, Principles and Features of Medical Insurance in Social Protection System" starts with explanation that as far as people constantly face the social risk they need protection. If the duty of the post social state was "weak" and "poor" protection, now the state with high standard of living that pretends to have "welfare state status" is obliged to ensure with the health insurance whole population. Therefore, the essence of the medical insurance is considered in the first chapter of the work, its compulsory and voluntary form, its advantage and disadvantage, the medical insurance principles etc.

The second subject – "Development of Theoretical-Methodological background in Medical Insurance" characterizes the evaluation stages of the medical insurance. There is a detailed overview of its historical development in Germany, Great Britain and Russia. In particular, Bismarck, Beverage and Semeshkos models of medical insurance established in those countries are reviewed and estimated.

The Second chapter of the thesis "The Medical Insurance Development Trends and Management Levels in Georgia" involves in four sections.

In the first subject - "Health and Medical Insurance of the legal Aspects" legislative framework of the Healthcare and Health insurance in Georgia is critically reviewed and estimated. In particular, the laws: on "Health Care", "Insurance," Social Protection," "Patient Rights" "Public Health," "Socio-Medical Expertise" "on Compulsory Social Insurance" etc.

The second section - "Morbidity rate of Georgian Population and dynamics, as a basis for the Development of Medical Insurance", addresses the issue for the period of 2005 – 2013, with the reference to types of diseases and their provoking reasons. It is noted in the thesis that the diseases registered with the initial diagnosis have increased from 695 thousands in 2005 to 1795.8 in 2013 i.e. 2.5 times, while among the 0-14 years old children from 258,3 thousand to 473.1 thousand, or 1.8 times. The result is that health indicator in comparison with the European average is very low. Georgia's average life expectancy is 73.2 years, infant mortality per 1000 live-births - 14, while the maternal mortality rate 15.6.

The studies confirm that Georgia inhabitants are sick 6.9 years within the life time (it is 4.5 years in Japan), Mortality rate was 10.8 persons per 1000 people (it is 5.2 person in US, 5.5 in Israel, 5.9 in Turkey etc.) in 2013. The population reproduction rate – birth, natural growth, still birth is alarming. Since Morbidity rate is high in Georgia, the health material-technical base, doctors and staff have to develop accordingly and improve medical insurance.

In the third section “Medical Insurance Models in the Foreign Countries” the insurance system of United States, Great Britain, Germany, Japan, Canada, Russia, Netherlands and China are reviewed. Particularly, the medical insurance models of Bismarck (Germany), Beveridge (UK) and Semeshko (Russia) are considered in details. It is noted, none of the countries uses their pure form and almost everywhere we are dealing with mixed models.

The fourth section of the second chapter – “Medical Insurance of Development Trends in the Modern Analysis and Management in Georgia” – studies Georgian medical insurance system in 2006-2013. State Health insurance programme was launched in Georgia in 2007. The program was extended in 2012 and almost 30% of population (1.7 million people) was insured. In 2008, private insurance companies were involved in the state health insurance programme (In 2014 the companies left the programme). In late 2012, the first stage of transition in universal healthcare and universal health insurance system was launched, while in late 2013, the second stage. During 2014 Georgia has intensified the process of universal health insurance. The state budget took its total founding and management. In late 2015 the process was finalized. Nowadays, entire population of Georgia is insured by universal insurance. There is discussion of management weakness in the paper.

The third chapter of work – “Medical Insurance of Management Improvement Approaches” reviews two subjects – Social-medical insurance advantages and selection of financial model of the Social-medical insurance. The first subject “Social-Medical Insurance concept-improvement Management guidelines,” proves that the medical insurance should be united with the social insurance. It should be named the Social-Medical insurance, founding sources for unemployed, the elderly, children and disabled people again have to be state budget (as it is now), while for employed people, their medical insurance and pensions should happen from three sources:

1. from the salary of employee;
2. Deductions from the employer;
3. State budget .

The author proves appropriateness to return the Soviet “Semeshko” model of Social Insurance with the deference that if in case of Semeshko Model all these contributions were collected in one fund (Social Insurance fund), the author offers to accumulate them in employees’ personal account which they will use for medical service and pension, and manage themselves.

Two models are reviewed in the second sub-subject of the third chapter “Financial Management Improvement Methodology Model of the Social-Medical Insurance”

1. Medical Institutions service reimbursement with retrospective method;
2. Medical institutions service Reimbursement in advance with number of individuals regulations .

Among those two methods the first method is used now between the Georgian medical institutions and insurance companies. The author proves that in order to prevent the clinics and hospitals to be interested in patient’s referrals and leaving them in a hospital by artificial increase of staying in a bed days that is directly connected to their

staff salaries it is better to transfer them in number of individuals regulations that they will know in advance. There is the summarizing conclusion at the end of thesis.

## ნაშრომის ზოგადი დახასიათება

**თემის აქტუალობა.** ნებისმიერ ქვეყანაში მოსახლეობის სოციალური დაცვა, მ. შ. ჯანმრთელობის დაცვა, ამ ქვეყნის ხელისუფლების კონსტიტუციური უფლება და ვალდებულებაა. ადამიანთა საზოგადოების განვითარების ისტორიამ იცის, რომ დახმარებისა და თანადგომის ჰუმანური პრინციპები ყოველთვის აწესრიგებდნენ მოსახლეობის ყოფნა-არსებობას. ნებისმიერი ქვეყანა თავისი ეკონომიკური პოტენციალიდან გამომდინარე, ცდილობს თავისი მოსახლეობისთვის არა მხოლოდ მორალურ, არამედ მატერიალურ თანადგომას. თუ რამდენად იქნება ასეთი თანადგომა უწყვეტი, სტაბილური და ამასთან, თავისი მოცულობით არსებითი, ეს ამ ქვეყნის ეკონომიკურ სიძლიერეზე არის დამოკიდებული.

ჯანმრთელობის დაცვის პრობლემით ჯერ კიდევ შუა საუკუნეებში დაინტერესდნენ. ეს პროცესი კაპიტალიზმის დროს უფრო დაჩქარდა. დღეს არსებულ მეგაკაპიტალიზმს ახასიათებს ადამიანის ცხოვრებისა და მეურნეობის საცვლელი ღირებულებების სრული გათვლა. მეცნიერები სულ უფრო და უფრო იკვლევენ ადამიანთა ცხოვრება-საქმიანობის სფეროებს, მ. შ. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს და ახდენენ მის ოპტიმიზირებას. დასავლეთის ეკონომიკური სკოლის მიმდევრები ჯანმრთელობის დაცვის სისტემას განუწყვეტლივ ხვეწენ. ამერიკის შეერთებულ შტატებში განხორციელდა "მართვადიმედიცინის" (managed-care) სახელწოდებით ცნობილი დიდი ექსპერიმენტი. ევროპის ქვეყნები, მართალია ჯერ კიდევ იყენებენ ჯანდაცვის ადრეულ მოდელებს, მაგრამ ამ სფეროს კვლევა-ძიებაში ტოლს არ უდებენ ამერიკის შეერთებულ შტატებს - გერმანია დიდი ხანია ავითარებს ჯანდაცვის ბისმარკისეულ მოდელს, დიდი ბრიტანეთი - ბევერიჯის მოდელს, საფრანგეთი - სადაზღვევო და სოლიდარული დახმარების სისტემებს, ჰოლანდია - ყველა მოდელების ურთიერთშეხამებით ცდილობს ქვეყანაში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესებას, შვედეთში - დეცენტრალიზებულად წყვეტენ ჯანმრთელობის და მის დაზღვევის საკითხებს და ა. შ. თუმცა, ამ ქვეყნებშიც კი მოსახლეობის მხრიდან პერიოდულად გაისმის მთავრობის კრიტიკა მათი დამცავი სოციალური ღონისძიებების არასაკმარისობის შესახებ. ეს კი იმას ნიშნავს, რომ

მოთხოვნები სოციალური უზრუნველყოფის მიმართ იზრდება. მისი გუშინწინდელი და გუშინდელი დონე აღარ აკმაყოფილებს მოსახლეობას. აქედან ის მარტივი დასკვნა კეთდება, რომ არათუ ჩვენნაირ განვითარებად, არამედ განვითარებულ ქვეყნებსაც კი პერიოდულად უდგებათ მოსახლეობის სოციალური უზრუნველყოფის სისტემის რეფორმირების აუცილებლობა, მოსახლეობის ცხოვრების შეცვლილ პირობებთან მისი მისადაგება.

შესაბამისად, მოსახლეობის სოციალური დაცვა ქვეყნის ხელისუფლების ერთ-ერთი აქტუალური პრიორიტეტია, ხოლო სოციალური დაზღვევა აღნიშნულის განხორციელების მნიშვნელოვანი ინსტრუმენტი. იგივე ითქმის ჯანმრთელობის დაცვასა და სამედიცინო დაზღვევაზე, როგორც სოციალური დაცვის და სოციალური დაზღვევის შემადგენელ ელემენტზე.

საქართველოს სამედიცინო დაზღვევის განვითარების ტენდენციების დადგენა და მისი მენეჯმენტის ქმედითუნარიანობის დონის შეფასება, რაც ჩვენი კვლევის ობიექტს წარმოადგენს, უდავოდ აქტუალურია. ის, რომ საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის ჩათვლით მოითხოვს რეფორმირებას, საკამათო არ არის. ეს რეფორმები დაწყებულია. საჭიროა გამოკვლეული იქნეს მთლიანად ჯანდაცვის, კერძოდ კი, კვლევის საგნის აქტუალობიდან გამომდინარე საქართველოში სამედიცინო დაზღვევის რეფორმირების სისწორე და სისრულე, მისი მიმართულებები და ტენდენციები, მართვის დონე, არჩეული მოდელების ეფექტიანობა და საბოლოოშედეგები. ნაშრომში ეს სამუშაო შესრულებულია და მის ბაზაზე შემუშავებულია რეკომენდაციები საქართველოში სამედიცინო დაზღვევის მენეჯმენტის ოპტიმიზაციის მიმართულებით.

**კვლევის მიზანი და ამოცანები.** გამოკვლევის მიზანია საქართველოში სამედიცინო დაზღვევის სისტემების განვითარების ტენდენციების გამოვლენა, რეალური მდგომარეობის შეფასება და მისი მენეჯმენტის სრულყოფა-განვითარების რეკომენდაციების შეთავაზება.

კვლევის მიზნის მისაღწევად ნაშრომში განხილულია შემდეგი ამოცანები:

1. საქართველოში თანამედროვე სამედიცინო დაზღვევის განვითარების თავისებურებების და მასში მიმდინარე ტენდენციების შესწავლა;



2. საქართველოს სამედიცინო დაზღვევის განვითარების თეორიულ-მეთოდოლოგიური წინამძღვრების დადგენა;
3. საქართველოს და საზღვარგარეთის სამედიცინო დაზღვევის სისტემების ურთიერთშედარება;
4. სამედიცინო მომსახურებასა, სამედიცინო დაზღვევასა და მათ მენეჯმენტში არსებული დარღვევების და ნაკლოვანებების გამოვლენა;
5. სამედიცინო დაზღვევის მენეჯმენტის სრულყოფის მიმართულებით რეკომენდაციების შემუშავება.

**პრობლემის შესწავლის მდგომარეობა.** ზოგადად ჯანმრთელობის დაცვის და მათ შორის სამედიცინო დაზღვევის თემაზე ქართულ და უცხოურ ენაზე მრავალი ნაშრომებია შექმნილი. ცნობილია ამ თემატიკაზე შექმნილი შემდეგი მეცნიერების ნაშრომები: ო. გერზმავა, თ. ვერულავა, ნ. ღვედაშვილი, მ. მურჯიკნელი, მ. კერესელიძე, ა. გამყრელიძე, გ. გოცაძე, მ. პავლიაშვილი, ე. ბარათაშვილი, ლ. თაკალანძე, ა. აბრალავა, ზ. ლიპარტია, ა. ცერცვაძე, ვ. ხანთაძე, დ. ვეკუა, მ. კუცია, მ. ჭანია, ქეცბაია. სტაროდუბცევი, ი. ლისიციანი, რ. კიუში, ლ. ჟუკოვა, ა. ლოსაკი, გ. როვსი, კეის სხვაფელდიო, ფ. მილნერი, თ. ჭანტურიძე, ჯ. ლევეტი, ნ. კოვალევსკაია და სხვები. თავიანთ ნაშრომებში მათ აქვთ მოცემული სამედიცინო დაზღვევის განვითარება-გაფართოებაზე თავიანთი შეხედულებები.

**კვლევის საგანი და ობიექტი.** კვლევის საგანია ზოგადად სამედიცინო დაზღვევა, ობიექტი კი საქართველოს მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევა.

**კვლევის თეორიულ-მეთოდოლოგიური საფუძველი და ინფორმაციული ბაზა.** ჩატარებული გამოკვლევის მეთოდოლოგიურ საფუძველად მიჩნეულია ეკონომიკური თეორია, ფინანსური თეორია, ზოგადად ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში და სამედიცინო დაზღვევის სფეროში არსებული საქართველოს კანონები და კანონქვემდებარე აქტები.

კვლევის პროცესში გამოყენებულია კვლევის ლოგიკური, ეკონომიკურ-სტატისტიკური და ემპირიული მეთოდები.

**გამოკვლევის მეცნიერული სიახლე.** სადისერტაციო ნაშრომის მეცნიერულ სიახლეების ელემენტებიდან გამოვყოფთ, კერძოდ:

1. გამოვლენილია არსებითი კავშირი ქვეყნის სახელმწიფო სოციალურ პოლიტიკასა და სამედიცინო დაზღვევას შორის. კრიტიკულად არის შეფასებული ამ საკითხზე არსებული ცალკეული მოსაზრებები. ნებაყოფლობითი და სავალდებულო დაზღვევის შედარებითი ანალიზის საფუძველზე გამოკვეთილად ნაჩვენებია მათი როგორც დადებითი, ისე უარყოფითი მხარეები;
2. შეფასებულია საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის და სამედიცინო დაზღვევის საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის ნაკლოვანებები და ხარვეზები. ურთიერთშედარებულია საქართველოს და საზღვარგარეთის ქვეყნების სამედიცინო დაზღვევის მოდელები, მათი დაფინანსების წყაროები;
3. შეფასებულია საქართველოში სამედიცინო დაზღვევით მოსახლეობის მომცველობა და გაანგარიშებულია სავალდებულო საყოველთაო დაზღვევის სულადობრივი სახელმწიფო დაფინანსება და შედარებულია იგი საზღვარგარეთის ქვეყნებს;
4. შემოთავაზებულია მედიკო-სოციალური დაზღვევის ე. წ. "სემეშკოს" მოდელის განახლება ავტორისეული ტრანსფორმაციით;
5. შემოთავაზებულია სამედიცინო-მომსახურების ანაზღაურების სულადობრივი ნორმების შემოღება.

**ნაშრომის პრაქტიკული დანიშნულება.** ნაშრომის პრაქტიკული დანიშნულება იმაში მდგომარეობს, რომ მასში მოცემული რეკომენდაციები გამოადგება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს საქმიანობაში გასათვალისწინებლად, გაეცნობიან და გამოიყენებენ მას მეცნიერებიც და პრაქტიკოსებიც.

**კვლევის შედეგების აპრობაცია.** სადისერტაციო ნაშრომის ძირითადი დებულებები ავტორის მიერ მოხსენდა შვიდ საერთაშორისო კონფერენციას და გამოქვეყნდა 3 საჟურნალო სტატია. დისერტანტის მიერ დაცული იქნა 3 კოლოკვიუმი და ორი თემატური სემინარი.

**სადისერტაციო ნაშრომის სტრუქტურა და მოცულობა.** სადისერტაციო ნაშრომი შედგება კომპიუტერზე დაბეჭდილი 152 გვერდისგან. იგი მოიცავს შესავალს, სამ თავს და დასკვნას. ნაშრომს თან ერთვის 17 ცხრილი, 12 ნახაზი და 144 დასახელების ლიტერატურის სია (მ. შ. უცხოენოვანი 70).

**ნაშრომის შინაარსი ასეთია:**

შესავალი

**თავი I. სამედიცინო დაზღვევის თეორიულ-მეთოდოლოგიური საფუძვლები**

I.1. სამედიცინო დაზღვევის არსი, ფორმები, სახეები, პრინციპები და თავისებურებები სოციალური დაცვის სისტემაში

I.2. სამედიცინო დაზღვევის განვითარების თეორიულ-მეთოდოლოგიური წინამძღვრები

**თავი II. საქართველოში სამედიცინო დაზღვევის განვითარების ტენდენციების და მენეჯმენტის დონის ანალიზი**

II.1. ჯანმრთელობის დაცვის და სამედიცინო დაზღვევის სამართლებრივი უზრუნველყოფის ასპექტები

II.2. საქართველოს მოსახლეობის ავადობის დონე და დინამიკა, როგორც სამედიცინო დაზღვევის განვითარების საფუძველი

II.3. სამედიცინო დაზღვევის სისტემების ანალიზი საზღვარგარეთის ქვეყნებში

II.4. საქართველოში სამედიცინო დაზღვევის განვითარების ტენდენციების შეფასება და მენეჯმენტის თანამედროვე დონის ანალიზი

**თავი III. სამედიცინო დაზღვევის მენეჯმენტის სრულყოფის თეორიული მიდგომები**

III.1. მედიკო-სოციალური დაზღვევის მენეჯმენტის სრულყოფის კონცეფციურ-მეთოდური რეკომენდაციები

III.2. მედიკო-სოციალური დაზღვევის ფინანსური მართვის გაუმჯობესების მეთოდიკა

ძირითადი დასკვნები

გამოყენებული ლიტერატურის ნუსხა

## ნაშრომის ძირითადი შინაარსი

სადისერტაციო ნაშრომი - *”სამედიცინო დაზღვევის განვითარების თანამედროვე ტენდენციები და მენეჯმენტის სრულყოფის გზები საქართველოში”*, - ემდგნება თანამედროვეობის მეტად აქტუალურ თემას და შედგება შესავლის, ლიტერატურის მიმოხილვის, სამი თავის და დასკვნისგან.

ნაშრომის შესავალში ნაჩვენებია განსახილველი თემის აქტუალობა, კვლევის მიზანი და ამოცანები, საგანი და ობიექტი, კვლევის მეთოდოლოგია, პრობლემის შესწავლის თანამედროვე მდგომარეობა, კვლევის შედეგები და სიახლეები, ნაშრომის პრაქტიკული მნიშვნელობა, მისი მოცულობა და სტრუქტურა.

ლიტერატურის მიმოხილვის ნაწილში დახასიათებულია სამედიცინო დაზღვევის საკითხზე შექმნილი ძირითადი ნაშრომების შინაარსი, მათი მიღწევები და ნაკლოვანებები. სწორედ მათში მიგნებულობარვეზები აღმოფხვრილია და სადაზღვევო მენეჯმენტის სრულყოფის გზების გაუმჯობესების უზრუნველსაყოფად გადაწყდა აღნიშნული თემის არჩევა საკვალიფიკაციო თემად.

ნაშრომის პირველ თავში - *”სამედიცინო დაზღვევის თეორიულ-მეთოდოლოგიური საფუძვლები”* - პირველი პარაგრაფი I.1. - *”სამედიცინო დაზღვევის არსი, ფორმები, სახეები, პრინციპები და თავისებურებები სოციალური დაცვის სისტემაში* იწყება იმის ახსნით, რომ რადგან ადამიანები მუდმივად დგანან სოციალური რისკების წინაშე, ამიტომ, მათ დაცვაც სჭირდებათ. თუ პოსტ სოციალისტური სახელმწიფოს მოვალეობა იყო მხოლოდ ”სუსტების” და ”გაჭირვებულების” დაცვა, ამჟამად ცხოვრების მაღალი სტანდარტის სახელმწიფოს ,რომელსაც”საყოველთაო კეთილდღეობის სახელმწიფოს სტატუსზე” აქვს პრეტენზია, ევალეზა მთელი მოსახლეობის ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა სამედიცინო დაზღვევით. შესაბამისად, ნაშრომის პირველი თავის ამ საკითხში განხილულია სამედიცინო დაზღვევის არსი, მისი სავალდებულო დანებაყოფლობითი ფორმა, სამედიცინო დაზღვევის პრინციპები და სხვ.

I.2. პარაგრაფში - *”სამედიცინო დაზღვევის თეორიულ-მეთოდოლოგიური წანამდგვრები”*, დახასიათებულია სამედიცინო დაზღვევის განვითარების ევოლუციური ეტაპები. ვრცლად არის მიმოხილული მის განვითარების ისტორიული ასპექტები გერმანიაში, დიდ ბრიტანეთსა და რუსეთში. კერძოდ, გაანალიზებულია

ამ ქვეყნებში დანერგილი სამედიცინო დაზღვევის "ბისმარკის", "ბევერიჯის" და "სემეშკოს" მოდელები, შესაბამისად, გამოვლენილია მათი უპირატესობები და ნაკლოვანებები, შეფასებულია მათი სრულყოფილი ფორმით საქართველოში გამოყენების მიზანშეწონილობა.

სადისერტაციო ნაშრომის მეორე თავი - *"საქართველოში სამედიცინო დაზღვევის განვითარების ტენდენციები და მენეჯმენტის დონის ანალიზის"* - II.1. პარაგრაფში - *"ჯანმრთელობის დაცვის და სამედიცინო დაზღვევის სამართლებრივი უზრუნველყოფის ასპექტები"*, კრიტიკულად განხილული და შეფასებულია საქართველოში ჯანმრთელობის დაცვის და სამედიცინო დაზღვევის საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზა, კერძოდ, კანონები: "ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ", "დაზღვევის შესახებ", "სოციალური დაზღვევის შესახებ", "პაციენტის უფლებების შესახებ", "საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ", "სამედიცინო სოციალური ექსპერტიზის შესახებ", "სავალდებულო სოციალური დაზღვევის შესახებ" და სხვ.

II.2. პარაგრაფში - *"საქართველოს მოსახლეობის ავადობის დონე და დინამიკა, როგორც სამედიცინო დაზღვევის განვითარების საფუძველი"* - დასახელებული საკითხი განხილულია 2005-2013 წლების პერიოდში, დაავადებების სახეების და მათი გამომწვევი მიზეზები მინიშნებით. ნაშრომში აღნიშნულია, რომ პირველადი დიაგნოზით რეგისტრირებულ დაავადებათა რიცხვი 2005 წელს 695 ათასიდან გაიზარდა 1795,8 ათასამდე 2013 წელს, ანუ 2,5-ჯერ, ხოლო 0-14 წლამდე ბავშვებში 258,3 ათასიდან 473,1 ათასამდე, ანუ 1,8-ჯერ. ამის შედეგია რომ ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები საშუალო ევროპულ პარამეტრებთან შედარებით ძალზე დაბალია. საქართველოში სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 73,2 წელია, ჩვილ ბავშვთა სიკვდილიანობა ყოველ 1000 ცოცხლადშობილზე - 14, ხოლო დედათა სიკვდილიანობა 15,6.

გამოკვლევით დადგენილია, რომ საქართველოში მცხოვრები სიცოცხლის განმავლობაში 6,9 წელი ავადმყოფობს (იაპონიაში იგი 4,5 წელია), მოკვდაობის მაჩვენებელმა 2013 წელს ყოველ 1000 კაცზე ანგარიშით შეადგინა 10,8 კაცი (აშშ-ში 5,2-ია, ისრაელში 5,5, თურქეთში 5,9 და ა. შ.). საგანგაშოა მოსახლეობის კვლავწარმოების მაჩვენებლების - შობადობა, ბუნებრივი მატება, მკვდრადშობადობა და ა. შ. რადგან საქართველოში ავადობის დონე მაღალია, მის შესაბამისად უნდა

განვითარდეს ჯანმრთელობის მეტერიალურ-ტექნიკური ბაზა, სამედიცინო პერსონალის განათლებულობის მაჩვენებლები და სრულიყო სამედიცინო დაზღვევა.

ნაშრომის მეორეთავის II.3. პარაგრაფში-*”სამედიცინო დაზღვევის სისტემების ანალიზი საზღვარგარეთის ქვეყნებში”*.კერძოდ, განხილულია აშშ-ს, დიდი ბრიტანეთის, გერმანიის, იაპონიის,კანადის, რუსეთის, ჰოლანდიის, ჩინეთის სადაზღვევო სისტემები. განსაკუთრებით დეტალურად არის განხილული სამედიცინო დაზღვევის ბისმარკის (გერმანია), ბევერიჯის (დიდი ბრიტანეთი) და სემეშკოს (რუსეთი) მოდელები. აღნიშნულია რომ წმინდა სახით ისინი არცერთ ქვეყანაში არ გამოიყენებიან და თითქმის ყველგან შერეულ მოდელებთან გვაქვს საქმე.

ნაშრომის მეორე თავისII.4.პარაგრაფში - *”საქართველოში სამედიცინო დაზღვევის განვითარების ტენდენციების შეფასება და მენეჯმენტის თანამედროვე დონის ანალიზი”* - ჩატარებულია საქართველოს მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის სისტემის გამოკვლევა 2006-2013 წლებში. სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა საქართველოში დაიწყო 2007 წელს. 2012 წელს ეს პროგრამა გაფართოვდა და ქვეყნის მოსახლეობის თითქმის 30%-ის (1,7 მლნ ადამიანი) დაზღვევა მოხდა. 2008 წელს კერძო სადაზღვევო კომპანიები ჩაერთვნენ სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში (2014 წელს ისინი ამ პროგრამიდან გამოვიდნენ). 2012 წლის ბოლოს დაიწყო უნივერსალურ ჯანდაცვის სისტემაზე და საყოველთაო დაზღვევაზე გადასვლის პირველი ეტაპი, 2013 წლის ბოლოს კი მეორე ეტაპი. 2014 წლის განმავლობაში საქართველოში გააქტიურდა ჯანმრთელობის საყოველთაო დაზღვევის პროცესის მიმდინარეობა. მისი დაფინასება და მართვა მთლიანად სახელმწიფო ბიუჯეტმა აიღო თავის თავზე. ამ პროცესმა 2015 წლის ბოლოს მიიღო დასრულებული სახე. ამჟამად საყოველთაო დაზღვევით უკვე დაზღვეულია საქართველოს მთელი მოსახლეობა. ნაშრომში შეფასებულია სამედიცინო დაზღვევის მენეჯმენტის თანამედროვე დონე და გამოვლენილია მენეჯმენტის შემდგომი სრულყოფის აუცილებლობა.

ნაშრომის მესამე თავი - *”სამედიცინო დაზღვევის მენეჯმენტის სრულყოფის თეორიული მიდგომები”* - წარმოადგენს ნაშრომში ჩატარებული კვლევის ლოგიკურ გაგრძელებას. ავტორი დადებითად აფასებს რა საქართველოს ჯანმრთელობისსფეროში, კერძოდ, სამედიცინო დაზღვევის სფეროში მიმდინარე

რეფორმებს, მაინცამასთანავე, კვლევის შედეგებიდან გამომდინარე ასკვნის, რომ დარღვევები, რაც ამ სფეროში ხდებოდა და რაზეც საქართველოს სახელმწიფო აუდიტისსამსახურიც მიუთითებს, არის შედეგი სრულყოფილი მენეჯმენტისა. სწორედ საქართველოში სამედიცინო დაზღვევის მართვის სრულყოფის მიმართულებით ავტორის მიერ კონცეფციურ-მეთოდური რეკომენდაციებია შემოთავაზებული. კერძოდ:

ნაშრომის მესამე თავი დისერტანტს ორ პარაგრაფად აქვს დაყოფილი. პირველ დაზუსტებულ პარაგრაფში - *”მედიკო-სოციალური დაზღვევის სრულყოფის კონცეფციურ-მეთოდური რეკომენდაციები”*. დისერტანტი სამედიცინო დაზღვევას სოციალურ დაზღვევასთან აწყვილებს და საქართველოში დღეს მოქმედი სამედიცინო დაზღვევის მენეჯმენტის სრულყოფის მიმართულებით ნაფიქრ თავის რეკომენდაციას ამ კონტექსტში წარმოგვიდგენს. მისი შინაარსი კი ასეთია: სამედიცინო დაზღვევა ადამიანთა ჯანმრთელობის უზრუნველყოფას ემსახურება. მსოფლიოში არ არსებობს ქვეყანა, რომლის სოციალურ ამოცანებში ადამიანთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვა არ იყოს დაფიქსირებული. სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა ისეთი საკითხია, რომელზეც გადაწყვეტილება ინდივიდის ან/და მისი ოჯახის მიერ მიღება. ამ საკითხის გადაწყვეტის თანამედროვე ფორმა პირადი სამედიცინო დაზღვევის კონტრაქტის დადებაში გამოიხატება, რომლის შეზღუდვები მრავალია. ეს არის მოსახლეობის არათანაბარი ხელმისაწვდომობა სამედიცინო დაზღვევაზე, სოციალურად გაჭირვებულთა არასაკმარისი დაცვა, რისკებისადმი დამზღვევი ორგანიზაციის სელექციური მიდგომა და სხვა.

ამჟამად საქართველოში მოქმედებს სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა და ნებაყოფლობითი სამედიცინო დაზღვევა. პირველი ფორმა უფასოა მოსახლეობისთვის და ამ ფორმით მოსახლეობაში სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს, განურჩევლად იმისა, მათ კერძო სამედიცინო დაწესებულება მოემსახურებათ თუ სახელმწიფო დაწესებულება, სახელმწიფო იხდის (ამაში არ შედის ბიუჯეტის ის ასიგნებები, რომელსაც სახელმწიფო ჯანდაცვის, როგორც დარგის, განვითარებისთვის ყოველ წელს გამოყოფს).

სავალდებულო სახელმწიფო დაზღვევა საქართველოში საყოველთაოა. ეს იმას ნიშნავს, რომ იგი მთელ მოსახლეობას (დასაქმებულსაც და დაუსაქმებელსაც)

მოიცავს. დაზღვევის ამ ფორმის დროს დაავადებულ დაზღვეულს შეუძლია აირჩიოს სამედიცინო ორგანიზაცია (სადაც მას უმკურნალენ), ექიმი, თვით სადაზღვევო ორგანიზაცია, ტერიტორია, სადაც ის მიიღებს საჭირო სამედიცინო მომსახურებას და მოითხოვოს იმ ზარალის ანაზღაურებაც თუ ის გამოიწვია მისმა არასწორმა მკურნალობამ.

დაზღვევის ამ ფორმის გავრცელება საქართველოში, დიდი პროგრესული ნაბიჯია რადგან მოსახლეობის 15-20% (ქ. თბილისში 30%) უმუშევარია<sup>1</sup> და ამ მიზეზით მათ არ შეუძლიათ კერძო სამედიცინო მომსახურების მიღება. მაგრამ მას აქვს თავისი მინუსიც, რაც იმაში მდგომარეობს, რომ იგი არ მოიცავს არა თუ ყველა დაავადების სახელმწიფოს ხარჯზე ანაზღაურებას, არამედ, ერთი და იგივე დაავადებასაც დაყოფილს ავადობის ხარისხების მიხედვით. მაშასადამე, თუ დაავადება დაბალი ხარისხისაა, იგი ექვემდებარება სახელმწიფო დაფინანსებას, ხოლო თუ საშუალო ან მაღალი ხარისხის, მაშინ ნაწილობრივ, ან საერთოდ - არა. ეს არის დაავადებულის მიმართ არასამართლიანი მიდგომა. სავალდებულო დაზღვევა არ უნდა არჩევდეს მოსახლეობას დაავადების ხარისხის მიხედვით. დაავადებულის სამედიცინო მომსახურება არის სოციალური პრობლემა და ამ საკითხში სახელმწიფოს ყველასთვის, განურჩევლად ავადმყოფობის სიმძიმისა, ერთნაირი მიდგომა უნდა ჰქონდეს.

ჩვენთვის ცნობილია, რომ სახელმწიფოს რესურსები შეზღუდულია და სწორედ ამიტომ მაღალრისკიან დაავადებებს სახელმწიფო ვერ აზღვევს. კიდევ აღვნიშნავთ, რომ საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის შემოტანამ დიდი სიკეთე მოუტანა საქართველოს მოსახლეობას. მან ქვეყნის მთელი მოსახლეობა მოიცვა - მთაში მცხოვრებიც და ბარში მცხოვრებიც, მაგრამ მან ვერ შეცვალა მოქალაქის ფსიქოლოგია. სამედიცინო დაზღვევა მაშინ იქნება ეფექტური, როცა დაზღვეული მოქალაქე, თვითონ იქნება დაინტერესებული, რომ დაზღვევის შემთხვევა (ე. ი. ავადმყოფობა) არ დადგეს, ე. ი. რომ მას არ დასჭირდეს ექიმთან მისვლა. ნებისმიერმა მოქალაქემ იცის, რომ ჯანმრთელობის შენარჩუნება ფასიანია, მაგრამ როცა ამ ფულის გადახდა მას საკუთარი ჯიბიდან უწევს, იგი უფროთხილდება ჯანმრთელობას, თუ არა და ნაკლებად. ამ გაგებით სავალდებულო დაზღვევას რომელსაც

<sup>1</sup>კანიშვილი მ., გიგუაშვილი გ., სოციალური პოლიტიკა, თბ., 2013, გვ. 97.



სახელმწიფო აფინანსებს ეს ნაკლოვანება აქვს და სწორედ ამ თვალსაზრისით უპირატესობა ნებაყოფლობით (ანუ კერძო) დაზღვევის მხარეზეა. მაგრამ საქართველოს მოსახლეობის 70% ღარიბ ან ღატაკ მდგომარეობაშია<sup>1</sup> და რა თქმა უნდა, მათ არ შეუძლიათ საკუთარი ბიუჯეტიდან დაიზღვიონ თავისი ჯანმრთელობა (ეს შეუძლია მხოლოდ საშუალო და მდიდარ ფენას). სხვათაშორის არ უნდა ვიფიქროთ, რომ ეს მხოლოდ სოციალურად დაუცველი მოსახლეობაა (პენსიონრები, ინვალიდები, უმუშევრები და სხვა). სრულიადაც არა. აქ შემოდიან დასაქმებულთა ერთი ნაწილიც, რომელთაც მეტად დაბალი ანაზღაურება აქვთ. ქვეყანაში სადაც არ არსებობს დაკანონებული მინიმალური ხელფასი, რაღა თქმა უნდა, რომ დამსაქმებლები, განსაკუთრებით კერძო ფირმები, ხელფასების საკითხში თავიანთ სასარგებლოდ მეტად თვითნებობენ. ამას ემატება ისიც, ისე გაუქმდა დაუბეგრავი შემოსავლის მინიმუმი (უნდა ამოქმედებულიყო 2016 წლის 1 იანვრიდან), რომ ამოქმედებაც ვერ მოასწრო. მაშასადამე, არა აქვს მნიშვნელობა მომუშავეს 100 ლარი აქვს ხელფასი თუ 50 ლარი, მან საშემოსავლო გადასახადი მაინც 20% უნდა გადაიხადოს, ისე როგორც ამას იხდის 500, 1000, თუ უფრო მეტი ხელფასის მქონე. ასეთ დროს მაღალანაზღაურებად ადამიანთა "ჯიბეზე" ეს გადასახადი კატასტროფულად არ მოქმედებს, დაბალანაზღაურებად ადამიანთა "ჯიბეს" კი ანადგურებს. მოსახლეობის ამ ფენას დასაქმებულები კი ეწოდებათ, მაგრამ მათი შემოსავალი მიზერულია. ხშირად ის მინიმალური სასიცოცხლოდ აუცილებელი სასურსათო კალათის ღირებულების ტოლიც კი არ არის და ასეთ დროს როგორ შეძლებს ეს ვითომდა დასაქმებული ადამიანი თავისი ჯიბიდან მკურნალობის ანაზღაურება.

მაშასადამე, ორ უკიდურესობასთან გვაქვს საქმე. ერთის მხრივ, სახელმწიფოს სახსრები შეზღუდულია და ყველა სახის ავადმყოფობას და ყველა სახის გართულებას (რისკის ხარისხი) ბიუჯეტი ვერ იხდის, მეორე მხრივ, მოსახლეობის 70% ღარიბია და თვითონ, თავისი ჯიბიდან ვერ იხდის. ამიტომაც, რომ შინ თუ გარეთ, ტელევიზიაში, რადიოში, გაზეთში, ქუჩაში და სხვაგან, გვთხოვენ დავეხმაროთ ავადმყოფებს (უფრო ხშირად ბავშვებზე, მოზარდებზე და ახალაზრდებზე მიგვა-

<sup>1</sup>კახნიაშვილი ნ., სიღარიბე, როგორც უმუშევრობის გამოვლინების ფორმა სამცხე-ჯავახეთის სახელმწიფო უნივერსიტეტის სამეცნიერო კონფერენცია, შრომების კრებული, ახალციხე, 2015, გვ. 32.

ნიშნებენ), რომელთა მკურნალობას დიდი თანხები სჭირდება (აქ, ადგილზე, ან საზღვარგარეთ).

ცნობილი ხდება, რომ ავადმყოფობებიც მომრავლდა - ახალ-ახალიც გაჩნდა, ავადმყოფობის ძველი სახეებიც გართულებულ ფორმებში წარმოჩინდა. თვით მედიცინის მუშაკებიც გაოცებული არიან ასეთი ვითარებით. ზოგი დაუბალანსებელ კვებას აბრალებს, ზოგი გლობალურ დათბობას და ზოგი რას. ასეა თუ ისე, ჩვენი აზრით, უნდა მოიძებნოს რაღაცა მაქსიმალურად შესაძლებელი რესურსი, რომლითაც უზრუნველყოფილი იქნება ავადმყოფი, მიუხედავად მისი ავადმყოფობის ხარისხისა. მაშასადამე, საქართველოს მოქალაქეს არ უნდა ეშინოდეს იმისა, რომ თუ იგი მძიმე ფორმის დაავადებით დაავადება, არც სახელმწიფო დააფინანსებს და ვერც თვითონ შეძლებს მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურებას.

ყოველივე აქედან გამომდინარე ჩვენი წინადადება შემდეგი შინაარსისაა: ქვეყნის საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლის შემდეგ გაუქმდა რა სოციალური დაზღვევის გადასახადი, რომელსაც იხდიდნენ დამსაქმებლები და დასაქმებულები, რომლითაც სახელმწიფოში იქმნებოდა სოციალური დაზღვევის ფონდი და რომელიც იხარჯებოდა ასაკით პენსიონრების პენსიებისთვის, მარჩენალდაკარგულ ოჯახების დასახმარებლად, უნარშეზღუდულთა პენსიებისთვის და ა. შ., სახელმწიფომ ყველა ეს ხარჯი აიღო თავის თავზე. მაგრამ როგორც აღმოჩნდა, სახელმწიფო რესურსი ვერ წვდება ასეთ დიდ ხარჯს. ეს პენსიების სიმცირეშიც გამოიხატება (160 ლარი თვეში, მაშინ, როდესაც, მაგალითად, რუსეთში იგი 400\$-ის ექვივალენტია) და სამედიცინო დაზღვევის სიმცირეშიც.

ქართველი პროფესორის თ. ვერულავას დაკვირვებით, რომელიც მან ნეიროქირურგიაში ჩაატარა<sup>1</sup> ამ სფეროში გადაუდებელი მკურნალობისთვის განსაზღვრული ლიმიტი 15000 ლარი (8570\$), არ არის საკმარისი. პაციენტთა გარკვეულ ნაწილს მოუწია მკურნალობის ღირებულების მნიშვნელოვანი ნაწილის გადახდა (ზოგ შემთხვევაში იგი 2000 დოლარს აღემატებოდა). თ. ვერულავას აზრით, საჭიროა გაფართოვდეს სახელმწიფო პროგრამით დასაფინანსებელ სამედიცინო მომსახურების პაკეტი. თანაც, იგი მოითხოვს, რომ გაიზარდოს დაფინანსების

<sup>1</sup>ვერულავა თ., გაბულდანი მ., გადაუდებელი დაავადებების ფინანსური ხელმისაწვდომობა საქართველოში, ქ. "ეკონომიკა და ბიზნესი", ტომი VIII, №1, 2015, გვ. 82.

ლიმიტები. შეთავაზებები პოზიტიურია, მაგრამ პრობლემა იმაშია, რომ სახელმწიფო ბიუჯეტი შეზღუდულია რესურსებში. ამიტომ, ჩვენი აზრით, რადგან ეს პრობლემა სოციალური პრობლემაა, უნდა შეიქმნას მედიკო-სოციალური დაზღვევის სისტემა, ანუ სამედიცინო და სოციალური დაზღვევა გაერთიანდეს და მთელი ეს ხარჯი მხოლოდ სახელმწიფოს კი არ დაეკისროს, არამედ, დამსაქმებლებსაც და დასაქმებულებსაც. მაშასადამე, ქვეყანაში აღვადგინოთ ადრე არსებული სოციალური ანარიცხები, რომელსაც არა მხოლოდ საპენსიო, არამედ, სამედიცინო დაზღვევის დანიშნულებაც ექნება და როგორც ადრე, ეხლაც ის გადავახდევინოთ საწარმოებს და ორგანიზაციებს და მათში დასაქმებულებს. უკვე აღვნიშნეთ და კიდევ ვიმეორებთ: დასაქმებულს, რომ ეცოდინება, რომ ის საკუთარი ხელფასიდან იხდის, ის გაუფრთხილდება თავის ჯანმრთელობას. შესაბამისად, მედიკო-სოციალური დაზღვევის ფონდი სამი წყაროდან შეიქმნება: დამსაქმებლებიდან, დასაქმებულებიდან და სახელმწიფო ბიუჯეტიდან. ყველას დაუდგინდება თავისი პროცენტი. ეს შეიძლება გააკეთოს სახელმწიფომ ნორმატივების სახით და შეიძლება გააკეთონ თვითონ საწარმოებმა და ორგანიზაციებმა (დამსაქმებლებმა) ხელფასის წლიური ფონდის მიმართ პროცენტულად. ბავშვების, მოხუცების, ინვალიდების და დაუსაქმებლების სამედიცინო და სხვა სოციალური უზრუნველყოფა მთლიანად სახელმწიფომ უნდა აილოს თავის თავზე.

ჩვენი აზრით, ეს შენატანი, რომელიც დამსაქმებლის და დასაქმებულის სავალდებულო გადასახადის სახით მოგვევლინება, დასაქმებულებს ცალ-ცალკე უნდა დაუგროვდეთ სპეციალურ ანგარიშებზე და თითოეულმა მათგანმა უნდა იცოდეს მისი სიდიდის შესახებ. ანუ განსხვავებით საბჭოური ე. წ. "სემემკოს მოდელიდან" ამ თანხამ "ერთ ქვამში" არ უნდა მოიყაროს თავი და ერთმანეთი არ უნდა გადაფაროს. ეს დაგროვილი მედიკო-სოციალური გადასახადი იქნება, დასაქმებულის პენსიის და სამედიცინო დაზღვევის ხარჯების დაფარვის ძირითადი წყარო. ხოლო თუ იგი არასაკმარისი აღმოჩნდა, მაშინ მას დაემატება სახელმწიფო ბიუჯეტის სახსრები.

მედიკო-სოციალური გადასახადის გადახდის ასეთი "დაგროვებითი" ფორმა იმიტომ მივიჩნიეთ მისაღებად, რომ რადგან, დასაქმებულ მოქალაქეს ეცოდინება რომ თუ ავად გახდა, სამკურნალო თანხა პირველ რიგში, ჩამოიჭრება მისი ანგარი-

შიდან (ეს ხომ იგივე მისი "ჯიბეა"), ამიტომ იგი ყოველთვის შეეცდება, პროფილაქტიკური პროცედურები ჩაიტაროს, რომ ავად არ გახდეს, სხვა შემთხვევაში კი, ანუ როცა "სემეშკოს მოდელი" მუშაობს, ადამიანს ავადმყოფობა კი შეაწუხებს, მაგრამ მისი ხარჯის ანაზღაურება არ შეაწუხებს, რადგან ის საერთო ჯიბიდან დაიფარება.

მაშასადამე, სემეშკოს მოდელით ავადმყოფ მოქალაქეს არა აქვს ავად არ გახდომის ეკონომიკური ინტერესი. პირიქით, ის თუ ავად გახდება ავადმყოფობის ფურცელით შრომის ანაზღაურებასაც კი მიიღებს.

ამრიგად, ჩვენი შემოთავაზების შინაარსი ასეთია: თითოეულ დასაქმებულს ხელფასიდან და აგრეთვე, დამსაქმებელს, დაუკავდეს მედიკო-სოციალური გადასახადი და იგი ჩაირიცხოს დასაქმებულის სპეციალურ ანგარიშზე. მას მიზნობრივი დანიშნულება ექნება - ავადმყოფობის ხარჯების დაფარვა და პენსია. მისი განმკარგავი თვითონ ეს პიროვნება იქნება. ამ ანგარიშზე მას თანხები მუშაობის პერიოდში დაუგროვდება. სასურველია მისი გადასახადის სიდიდე მის ხელფასის სიდიდეს უკავშირდებოდეს. მაგალითად, აშშ-ში თითოეული მოქალაქე ამ მიზნით 3154 დოლარს იხდის, საფრანგეთში კი 4467 დოლარს.<sup>1</sup> საქართველოშიც თუ ამდენი არა (ისიც ჯერ-ჯერობით), იგი ამის ნახევარი მაინც უნდა იყოს.

მხედველობაში უნდა მივიღოთ ისიც, რომ ერთი მცხოვრების სამედიცინო მომსახურების ხარჯები აშშ-ში საშუალოდ წელიწადში - 2763 დოლარია, საფრანგეთში - 1100 დოლარი, დიდ ბრიტანეთში - 1039 დოლარი,<sup>2</sup> ხოლო საქართველოში - 171 დოლარი.<sup>3</sup> ეს იმიტომ ხდება, რომ მოსახლეობის ძირითადი სამედიცინო მომსახურება სახელმწიფომ აიღო თავის თავზე, მას კი ამ მომსახურების მსოფლიო სტანდარტებამდე მისაყვანად საბიუჯეტო რესურსები არ ყოფნის. ყველა მაღალგანვითარებულ ქვეყნების დასაქმებული მოსახლეობა იხდის მედიკო-სოციალურ გადასახადს და შესაბამისად, იგი საქართველოშიც უნდა დამკვიდრდეს.

ჩვენს წინადადებას ალბათ, გამუჩნდებიან ოპონენტები, რომლებიც იკამათებენ იმაზე, რომ დასაქმებული მოსახლეობა ხელფასიდან ისედაც იხდის საშემოსავლო

<sup>1</sup> Джеймс А. Рейс. Преобразование системы Здравохранения США в контексте мирового процесса, М., 1995.

<sup>2</sup> Деванг Н., Организация медицинского страхования в России, М., 1993, გვ. 67.

<sup>3</sup> ვერულავა თ., ჯანდაცვის ეკონომიკა და დაზღვევა, თბ., 2009, გვ. 178.

გადასახადს 20%-ის სიდიდით, რომელიც სახელმწიფო ბიუჯეტში გადაირიცხება, და რომელსაც სახელმწიფო იყენებს მოსახლეობის სოციალური საჭიროებებისთვის. ეს მართლაც ასეა, მაგრამ საშემოსავლო გადასახადის ის 20%-იანი თანხა "გაუპიროვნებელია", გადამხდელმა მარტო ის იცის, რომ ბიუჯეტში ირიცხება, მაგრამ მერე ვისზე ან რაზე იხარჯება ეს მისთვის უცნობია. ამიტომ მათ უჩნდებათ პროტესტის გრძნობა იმისათვის რომ დასაქმებულს ხელფასიდან მართლაც დიდი გადასახადის გადახდა მოუხდება (20%-ს პლუს მედიკო-სოციალური გადასახადი), ჩვენ ასევე მისაღებად მიგვაჩნია იმ პროცენტის სიდიდით, რა სიდიდითაც მედიკო-სოციალური გადასახადი დაწესდება, შემცირდეს საშემოსავლო გადასახადი. ეს იქნება ამ საკითხის ყველაზე საუკეთესო დარეგულირება.

ნაშრომის მესამე თავის მეორე პარაგრაფში (III.2.) - *"მედიკო-სოციალური დაზღვევის ფინანსური მართვის გაუმჯობესების მეთოდოლოგია"* - აქ დისერტანტი ანალიზებს სამედიცინო დაწესებულებებსა და სოციალურ მომსახურების სააგენტოს (ან დამზღვევ ორგანიზაციას) შორის ანგარიშსწორების ორ მოდელს - დღეს მოქმედს (რეტროსპექტულს) და მის მიერ სულადობრივ ნორმატივებზე დაფუძნებულს. ამ შემოთავაზებას დისერტანტი შემდეგნაირად ასაბუთებს: უკანასკნელ წლებში ჯანდაცვის განსავითარებლად უდავოდ ბევრი გაკეთდა საქართველოში. ეს ეხება სამედიცინო დაწესებულებების რაოდენობასაც და უფრო მეტად მათ თანამედროვე სამედიცინო აპარატურით აღჭურვასაც, მნიშვნელოვნად გაიზარდა უფასო მაღალტექნოლოგიური სამედიცინო დახმარება, დისპანსერიზაცია და პროფილაქტიკურ სამუშაოთა მოცულობა, მაგრამ საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის კუთხით ყველაზე პრობლემურად მაინც მისი დაფინანსების არასრულყოფილება იკვეთება.

ნაშრომის ამ ნაწილში წარმოდგენილია დისერტანტის სამედიცინო ოპტიმიზაციის მეორე მეთოდური მიდგომა, რომელიც ეხება სამედიცინო დახმარების ანაზღაურების მეთოდების სრულყოფას. ანალიზით ირკვევა, რომ ჯანდაცვის მეტადსერიოზული ნაკლოვანება არის მის დაწესებულებებს შორის ინტეგრაციის სისუსტე, ამბულატორია-პოლიკლინიკები და სტაციონარი დაწესებულებები ერთმანეთისგან მოწყვეტილად მუშაობენ. არ არსებობს მათ საქმიანობაში კოორდინაცია და არც რესურსების გამოყენების ეფექტიანობის ანალიზი ტარდება.

არ არსებობს ნაკლებადმედიკური სამედიცინო მომსახურების ასარჩევად ეკონომიკური სტიმულები, ამიტომ სტაციონარულ მომსახურებას უპირატესობა ეძლევა.

ეს პრობლემა უცხოეთშიც არსებობს. სამედიცინო დახმარების სტრუქტურის (ანუ სტაციონარი, თუ პოლიკლინიკა-ამბულატორია) ოპტიმიზაციაში მათთანაც ჯერ კიდევ ბევრია გასაკეთებელი, მაგრამ არა იმდენი, რამდენიც საქართველოში.

ნაშრომის ამ ნაწილში დასმულია სტაციონარებსა და პოლიკლინიკა-ამბულატორიებს შორის სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის დაფინანსების ოპტიმალური განაწილების მეთოდოლოგია. საქმე ისაა, რომ დღეს საქართველოში ეს დაფინანსება მათ შორის დაახლოებით 70:30 პროპორციით არის განაწილებული, ანუ დაფინანსების 70% იხარჯება სტაციონარულ სამედიცინო დახმარებაზე, 30% კი პოლიკლინიკა-ამბულატორიებში გაწეულ სამედიცინო დახმარებაზე. ეს ნიშნავს იმას, რომ სავალდებულო საყოველთაო დაზღვევის დაფინანსების უკმარობის პირობებში, რაც ჩვენს ქვეყანაში რეალურად არსებობს, პოლიკლინიკა-ამბულატორიები ნარჩენის პრინციპით ფინანსდებიან.

ცნობილია, რომ პირველად დახმარებას მოსახლეობის პოლიკლინიკა-ამბულატორიების ექიმები უწევენ. საქართველოს სტატისტიკა აჩვენებს, რომ მათი რიცხვი საქართველოში ექიმთა საერთო კორპუსის 20-25%-ია მხოლოდ. ასეთ დროს მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში, მაგალითად, დანიაში, კანადაში მათ 70% უკავიათ.<sup>1</sup> ამავე ქვეყნებში ჰოსპიტალიზაციის დონე 100.000 მცხოვრებზე ანგარიშით 17 ადამიანს არ აჭარბებს (13-დან 17-მდე), მაშინ, როდესაც საქართველოში იგი 22-25-ია. იმ ქვეყნებში სტაციონალური მკურნალობის საშუალო ხანგრძლივობა 8-12 დღეა, საქართველოში კი 15-16 დღე. საქართველოში უბნის პოლიკლინიკა-ამბულატორიებიდან მათთან მისულ პაციენტთა 30% სტაციონარებში ანუ საავადმყოფოებში იგზავნება, მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში კი ეს მაჩვენებელი 5-10%-ია.<sup>2</sup> ეს ყველაფერი ხდება იმ ვითარებაში, როდესაც სტაციონარში მკურნალობა და აქედან გამომდინარე, მისი დაზღვევაც გაცილებით ძვირია, ვიდრე ამბულატორია-პოლიკლინიკებში, სახელმწიფოს კი მოსახლეობის საყოველთაო-სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევისთვის ბიუჯეტის სახსრები აშკარად არ ყოფნის.

<sup>1</sup>Лаврова Ю., Обязательное медицинское страхование – опыт ФРГ, ж. "Финансы", №8, 2003, გვ. 47.

<sup>2</sup>Лаврова Ю., Обязательное медицинское страхование – опыт ФРГ, ж. "Финансы", №8, 2003, გვ. 48.

ზემოთ აღნიშნულიდან გამომდინარე, ნაშრომში გამოტანილია დასკვნა იმის შესახებ, რომ სახელმწიფოს მიერ ამ მიზნით გაღებული სახსრები უკიდურესად არაეფექტურად გამოიყენება. იმის იმედი, რომ საქართველოს სახელმწიფო ბიუჯეტს მომავალში ათჯერ მეტი შესაძლებლობა ექნება და სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფოებრივი დაფინანსებაც ათჯერ გაიზრდება, ნაკლებია, რადგან ბიუჯეტის ზრდა მის შემოსავლებზეა დამოკიდებული, შემოსავლების ზრდა კი ეკონომიკის მასშტაბურ ზრდაზე, რისი სიმპტომებიც საქართველოში ჯერ არ ჩანს. მეორეც, ეს ასეც რომ მოხდეს, ქვეყანაში იმდენი პრობლემაა გადასაწყვეტი და ფინანსურად უზრუნველსაყოფი, რომ სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის დაფინანსების ზრდა, მაშინაც კი ამ ზომით არ მოხდება. დისერტანტის აზრით, უნდა გამოიძებნოს ეკონომიის წყაროები უშუალოდ ჯანდაცვის დარგის შიგნით. დღეს აქ დაფინანსების განაწილებაში არსებული დისპროპორციის პრობლემა მეორე პლანზეა გადატანილი. სადაზღვევო კომპანიებიც არანაირ ყურადღებას არ აქცევენ სამედიცინო დაზღვევისთვის სახელმწიფოს მიერ გამოყოფილი სახსრების განაწილებას და ძირითად შემთხვევაში ისინი სახელმწიფო ბიუჯეტიდან სამედიცინო დაწესებულებებში ამ თანხების ტრანსლიატორები არიან.

არსებული სტრუქტურით და მკურნალობისთვის არსებული ანგარიშსწორების წესით, საყოველთაო სამედიცინო დაზღვევის სისტემა აშკარად არაეფექტურია.

საქართველოში ზოგადად ჯანმრთელობის სისტემის და სამედიცინო დაზღვევის არსებული პრაქტიკის ანალიზიდან გამომდინარე, გაკეთებულია შემდეგი დასკვნები:

1. სტაციონალური სამედიცინო სისტემა მეტად გადატვირთულია, მაშინ როდესაც სუსტად არის განვითარებული პირველადი, სარეაბილიტაციო სისტემა;
2. სტაციონალური სამედიცინო დახმარებაზე გაწეული ხარჯი ორჯერ აღემატება ამბულატორიულ ხარჯებს;
3. დაბალია კოორდინაცია ჯანდაცვის სისტემის ექიმებს შორის.

დისერტანტისაზრით, საავადმყოფოებში გაწეული სამედიცინო მომსახურების 30%-ზე მეტი თავისუფლად შეიძლება შესრულდეს ამბულატორიული წესით ისე, რომ არ დაზარალდეს ავადმყოფთა ჯანმრთელობა. ის ფაქტი რომ საქართველოში

საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლის დროიდან ავადმყოფობის და მოკვდაობის დონე კი არ შემცირდა, არამედ გაიზარდა, იმაზე მეტყველებს, რომ დაბალია ქვეყანაში ავადმყოფობების ადრეული დიაგნოსტიკა და სტაციონარში მისული პაციენტის ავადმყოფობა ისე მიშვებულია და ისე გართულებული, რომ მისი საშველი აღარ არის. დისერტანტი იმოწმებს რუს მეცნიერს ა. განზეგიანს, რომელიც ამ მდგომარეობას ადამიანის უფლებების დარღვევად აღიქვამს და აცხადებს, რომ ასეთ შემთხვევაში "სამედიცინო დახმარებაზე ადამიანის უფლება დარღვეულია და იგი მხოლოდ ფორმალურად არის დეკლარირებული".<sup>1</sup>

გართულებული ავადმყოფობის მკურნალობა, რომელმაც შეიძლება არც მოგვეს შედეგი, ძვირი ჯდება. სწორედ ამიტომ, დისერტანტის აზრით, პაციენტთა მკურნალობის პირველ საფეხურს, სადაც ხდება დაავადების დიაგნოსტიკა და პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა გატარება, უნდა მეტი ყურადღება მიექცეს. ეს საფეხური არის პოლიკლინიკა-ამბულატორიების სექტორი. თუ მეტი არა, ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსების ნახევარი მაინც მისთვის უნდა იხარჯებოდეს (ამჟამად იხარჯება დაახლოებით 30%). ამ გზით პაციენტების დაავადებები ადრეულ სტადიაზე გამოვლინდება, მკურნალობის (და შედეგად დაზღვევის) ხარჯებიც მინიმალური იქნება და ავადმყოფიც დროულად გამოჯანმრთელდება. ამასთან, ავადმყოფის ძვირადღირებული სტაციონალური მკურნალობა შეიცვლება ამბულატორიული მკურნალობით.

ჩატარებული გამოკვლევის შედეგად დისერტანტი ასკვნის, რომ იაფია შერეული მკურნალობაც, ანუ საწყის ეტაპზე პოლიკლინიკა-ამბულატორიული გამოკვლევები და მკურნალობა, შემდეგ კი (საჭირო შემთხვევაში) ჰოსპიტალური მკურნალობა (სტაციონარში მკურნალობა). საშუალოდ საქართველოში ავადმყოფის 17 დღით სტაციონარში მკურნალობა ორჯერ უფრო ძვირი ჯდება, ვიდრე ასევე 17 დღით, მაგრამ, აქედან, 8 დღით პოლიკლინიკა-ამბულატორიებში მკურნალობა, 4 დღე ინტენსიური მკურნალობა სტაციონარში და 5 დღე დღის სტაციონარში მკურნალობა.

ამჟამად პოლიკლინიკა-ამბულატორიები არააუცილებელ შემთხვევაშიც კი, პაციენტს აგზავნიან სტაციონარში სამკურნალოდ. ამით ისინი თავს იზღვევენ

<sup>1</sup>Агенбегян А., *О реформе здравоохранения, М., 2001. Электресурс. ORL: <http://www.2020Strategy.ru>*



გართულებისგან. შედეგად იზრდება სტაციონარების დატვირთვა და რაც ყველაზე მთავარია, იქ მკურნალობის ხარჯები დიდია და იგი მძიმე ტვირთად აწვება ქვეყნის ბიუჯეტსაც (თუ დაავადების ის სახე საყოველთაო დაზღვევის ჩამონათვალში ხვდება) და თვით პაციენტის ჯიბესაც (თუ დაავადება თანადაფინანსებას საჭიროებს). ამ მდგომარეობას კარდინალური გამოსწორება სჭირდება.

შესაბამისად, ჯანდაცვის პირველად რგოლს, ანუ პოლიკლინიკა-ამბულატორიებს უნდა ჰქონდეთ ამაში დაინტერესება. პროფილაქტიკურ ღონისძიებებზე მთელი ყურადღების გადატანა რაღაცით უნდა იყოს წახალისებული. დისერტანტის აზრით, ეს მოხდება სამი გზით:

1. თუ ჯანდაცვის მთლიან დაფინანსებაში მათი წილი სულ მცირე 50%-მდე მაინც ამაღლდება;
2. თუ სამედიცინო მომსახურების რეტროსპექტიული გადახდიდან წინასწარ გადახდაზე მოხდება გადასვლა;
3. ანდა, თუ ამბულატორიულ-პოლიკლინიკის სექტორი სულადობრივ დაფინანსებაზე გადავა.

ამჟამად, საქართველოში სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება სადაზღვევო კომპანიების მიერ ხდება:

- ამბულატორიებსა და პოლიკლინიკებში პაციენტის ყოველი ვიზიტისთვის;
- სტაციონარში მკურნალობის დღეების (საწოლ/დღე) რაოდენობისთვის.

მაშასადამე, პირველი დამოკიდებულია ვიზიტების რაოდენობაზე, მეორე ანუ სტაციონარი, ავადმყოფის მიერ საავადმყოფოში გატარებულ საწოლ-დღეების რაოდენობაზე. ამიტომ არის, რომ პოლიკლინიკა-ამბულატორიული მიდრეკილნი არიან იმისკენ, რომ გაზარდონ პაციენტთა ვიზიტების (მიმართვების) რიცხვი, რასაც ხშირად ხელოვნურად აკეთებენ, ხოლო საავადმყოფოები ზრდიან ავადმყოფის სტაციონარში დაყოვნების ვადას. შედეგად ერთი და იგივე დაავადების მქონე პაციენტის სტაციონარში დაყოვნების ვადა საქართველოში თითქმის ორჯერ მეტია, ვიდრე საზღვარგარეთის მაღალგანვითარებულ ქვეყნებში.

მაშასადამე, ამბულატორია-პოლიკლინიკების მომსახურების ანაზღაურება საყოველთაო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევიდან ხდება მიმართვების რაოდენობის და დამთავრებული მომსახურების მიხედვით, ხოლო საავადმყოფო-

ფოეზში საწოლ-დღეების და მკურნალობის დამთავრებული ციკლის მიხედვით. სტაციონარში მომსახურება ნაზღაურდება მედიკო-ეკონომიკური სტანდარტების მიხედვით, რომელიც ეფუძნება ერთი საწოლ-დღის ღირებულებას და პაციენტის საავადმყოფოში დაყოვნების ვადას. მართალია, თითოეული ნოზოლოგიის ხაზით არსებობს სტაციონარში დაყოვნების ნორმატივი და ანაზღაურება ამ ნორმატივით ხდება, მაგრამ როცა ფაქტიური საწოლ-დღეების რიცხვი აღემატება ნორმატივს 30%-ის სიდიდით, ისინიც ნაზღაურდება (თუ გადააჭარბა 30%-ს მაშინ ექსპერტიზაზე იგზავნება). თუ საწოლ-დღეების ფაქტიური რაოდენობა ნორმატივზე ნაკლები აღმოჩნდა, მაშინ სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება ფაქტიური საწოლ-დღეების რიცხვით ხდება.

კვლევების შედეგებიდან გამომდინარე, ნაშრომში გაკეთებულია დასკვნა, რომ საქართველოში სამედიცინო დაწესებულებების მომსახურება ნაზღაურდება ისეთი პარამეტრებით, რომელიც არ იწვევს მათ დაინტერესებას მალე განკურნონ ავადმყოფი. რაც მეტჯერ მიაკითხავს პაციენტი პოლიკლინიკის ექიმს და, რაც დიდხანს დარჩება საავადმყოფოში, მით მეტია ამ დაწესებულებების შემოსავალი, და, აქედან გამომდინარე, ექიმების ხელფასიც. შედეგად, ექიმები პაციენტს ხელოვნურად უზრდიან ვიზიტების რაოდენობასაც და სტაციონარში დაყოვნების ვადასაც.

სადაზღვევო კომპანიები სწორედ ამ პარამეტრების მიხედვით უნაზღაურებენ სამედიცინო დაწესებულებებს პაციენტების მომსახურების ღირებულებას და რადგან სამედიცინო დაწესებულებები აშკარად თუ შეფარულად ყოველი ზომით ცდილობენ ფაქტიური მომსახურების მაჩვენებლების გაზრდას, სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის დაფინანსებასაც დიდძალი სახელმწიფო რესურსი სჭირდება. ჩვენ უკვე აღვნიშნეთ, რომ ანგარიშსწორების ეს მეთოდი იწოდება რეტროსპექტიულ მეთოდად და იგი პაციენტის ფორმალური მომსახურების მოცულობას ეყრდნობა.

ზემოთ აღნიშნული იმ უარყოფითი მხარეების აღსაკვეთად, რაც ანგარიშსწორების რეტროსპექტიულ მეთოდს გააჩნია, ნაშრომში საქართველოს ჯანდაცვის და სამედიცინო დაზღვევის სექტორისთვის შეთავაზებულია მათ შორის სავალდებულო სამედიცინო მომსახურების რეტროსპექტიული ანაზღაურებიდან სულადობრივ

ნორმატივებით გათვლილ წინასწარ (ე. ი. ავადმყოფობის დადგომამდე) ანაზღაურებაზე გადაყვანა. იგი დაეფუძნება სახელმწიფოს შესაძლებლობას დააფინანსოს საყოველთაო სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა, ანუ ფინანსური რესურსის მიხედვით დაიგეგმებაგასაწევი სამედიცინო მომსახურების მოცულობა და მთელ მოსახლეობაზე გაყოფით გამოითვლება **სულადობრივი ნორმატივები** და თითოეულ სამედიცინო დაწესებულებას მასზე მიმაგრებულ მოსახლეობის რაოდენობის მიხედვით გადაეცემა ეს რესურსი (ეს განსაკუთრებით ადვილად გამოსაყენებელია პოლიკლინიკებში, რადგან ისინი მოსახლეობის გარკვეული კონტიგენტის ემსახურებიან). თუ წლის ბოლოს აღმოჩნდა, რომ სამედიცინო დაწესებულებამ მიიღო დაგეგმილზე მეტი (ან ნაკლები) პაციენტი და გაუწია მას მომსახურება, მოხდება გადაანგარიშება და სახსრების დამატება.

შესაბამისად, წინასწარ ანაზღაურებაზე გადასვლით პოლიკლინიკები და სტაციონარები აღარ იქნებიან დაინტერესებულნი გაზარდონ ავადმყოფთა ვიზიტების და ავადმყოფების საავადმყოფოში დაყოვნების ვადა. ამის სურვილი მათ სამუდამოდ დაეკარგებათ. ამ გზით, გაცილებით ეფექტურად დაიხარჯება სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის ასანაზღაურებლად ბიუჯეტიდან გამოყოფილი თანხები.

ამრიგად, საქართველოს სამედიცინო დაწესებულებებს ამ წესით წინასწარ - წლის დასაწყისშივე ეცოდინებათ სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევით მისაღები თანხის მოცულობა და ასეთ შემთხვევაში ისინი უფრო რაციონალურად გაანაწილებენ მას. მათ არ ექნება ამ თანხის დაკარგვის საშიშროება. ის არც შტატებზე იქნება დამოკიდებული, არც საწოლ-დღეებზე და არც პაციენტთა მიმართვების რიცხვზე. თუ გვინდა, რომ ამ ღონისძიებამ ეფექტი მოგვცეს, იგი ერთდროულად უნდა გატარდეს საქართველოს ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში, რომლებიც ჩართული არიან საყოველთაო სავალდებულო სამედიცინო მომსახურებასა და დაზღვევაში.

## ძირითადი დასკვნები

სადისერტაციო ნაშრომში ჩატარებული კვლევისა და თანამდევი შედეგების ანალიზის საფუძველზე გაკეთებულია შემდეგი დასკვნები:

1. ნაშრომში მრავალი თეორიული და პრაქტიკული მასალის გაანალიზების საფუძველზე ნაჩვენებია, რომ მსოფლიოში არ არსებობს სოციალური დაცვის, სოციალური უზრუნველყოფის, სოციალური დაზღვევის და თვით სამედიცინო დაზღვევის შესახებ მეცნიერთა საერთო აზრი, თუმცა, სამედიცინო მომსახურებისა და დაზღვევის სფეროს სწრაფი ზრდის ტენდენციების გათვალისწინებით იგი მსოფლიო მეურნეობრიობის უმნიშვნელოვანესი სექტორია. შესაბამისად, თანამედროვე ეტაპზე მეცნიერები სულ უფრო მეტად ინტერესდებიან სამედიცინო დაზღვევის მომსახურებით, რაც საკითხის აქტუალურობაზე მიუთითებს.

2. სამედიცინო დაზღვევა სოციალური დაცვის ერთიანი სისტემის ნაწილია, სოციალური დაცვა კი ქვეყნის სოციალური პოლიტიკის ნაწილი. იმის მიუხედავად, რომ ადამიანის უფლებების ევროპულ კონვენციაში ჩაწერილია ადამიანის უფლება, მიიღოს აუცილებელი სოციალური მომსახურება, ეს ინსტიტუტი დღემდე სათანადოდ არ არის განვითარებული. ამის მიზეზებია მისი სირთულე, რამეთუ სოციალური დაცვა უკავშირდება ფინანსურ უზრუნველყოფას, რომლის რესურსი შეზღუდულია.

3. კვლევის შედეგებიდან ჩანს, რომ სამედიცინო დაზღვევის ფორმებია: 1) სავალდებულო და 2) ნებაყოფლობითი. პირველს სახელმწიფო ახროციელებს და თვითონვე აფინანსებს მთლიანად ან ნაწილობრივ. მეორეს მოსახლეობა ირჩევს და თვითონვე საკუთარი სახსრებით აფინანსებს. საქართველოს სამედიცინო დაზღვევის პრაქტიკაში ორივე სახე გამოიყენება. სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევა საქართველოში საყოველთაოა. იგი არ ვრცელდება კორპორაციულ ან კერძო დაზღვეულებზე. საყოველთა-სავალდებულო დაზღვევა ნოზოლოგიების (ავადმყოფობის სახეები) ნაწილს მთლიანად აფინანსებს, ნაწილს კი - მხოლოდ ნაწილობრივ.

კვლევები უჩვენებს, რომ 2015 წლიდან სავალდებულო დაზღვევით საქართველოს მთელი მოსახლეობა არის მოცული. სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის ფორმატში გასაწევ სამედიცინო მომსახურების გარანტირებული მოცულობა

ისაზღვრება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ და მტკიცდება ქვეყნის მთავრობის მიერ. საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს მიიღოს სავალდებულო სამედიცინო მომსახურება, აირჩიოს სადაზღვევო ორგანიზაცია, სამედიცინო დაწესებულება და ექიმი.

სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის დასაფინანსებლად საქართველოს ბიუჯეტიდან 2014 წელს გამოიყო 478,1 მლნ. ლარი, ანუ ერთ სულ მცხოვრებზე ანგარიშით 106 ლარი (დოლარზე გადაანგარიშებით 44 დოლარი). ეს მაშინ, როცა იგივე სულადობრივი მაჩვენებელი დიდ ბრიტანეთში 2200 დოლარია, ხოლო გერმანიაში - 2800 დოლარი [59, გვ. 173] (იხ. სადისერტაციო ნაშრომი, გვ. ).

ნებაყოფლობით (კერძო) დაზღვევას საქართველოში მცირე ბაზარი აქვს. კერძო დაზღვევის ხარჯების წილი ჯანმრთელობის მთლიან ხარჯებში საქართველოში - 1,8%-ს შეადგენს (დიდ ბრიტანეთში იგი - 11%-ია, იტალიაში - 10%, პოლონეთში - 2,1%). რომლის ძირითადი მიზეზი ქართველი ხალხის სიღარიბეა.

4. დისერტაციაში შესწავლილი სხვადასხვა მეცნიერთა მოსაზრებებიდან ჩანს, რომ სამედიცინო დაზღვევის უნივერსალური მოდელი მსოფლიოში დღემდე არ არსებობს. ყველაზე ცნობილია "ზისმარკის", "ზევერიჯის" და "სემეშკოს" მოდელები. ყველა მათგანს აქვს როგორც დადებითი, ისე უარყოფითი მხარეები. ამასთან წმინდა სახით არცერთი მათგანი არ გამოიყენება. "ზისმარკის" მოდელი სამედიცინო მომსახურების სოციალურ დაფინანსებასთან (სოციალური ანარიცხები) ასოცირდება, "ზევერიჯის" მოდელი - ბიუჯეტურ დაფინანსებასთან, ხოლო "სემეშკოს" მოდელი - სრულ სახელმწიფო დაფინანსებასთან (ყოფილი სსრ კავშირი).

ბიუჯეტურ დაფინანსებით გამოირჩევა დიდი ბრიტანეთი (85%), სოციალური სადაზღვევო დაფინანსებით - გერმანია (60%), ხოლო კერძო დაზღვევით - აშშ (30%). სრული სახელმწიფოებრივი დაზღვევა, ანუ "სემეშკოს" მოდელი არცერთ ქვეყანაში აღრ არსებობს, თვით რუსეთშიც კი (იხ. სადისერტაციო ნაშრომი, გვ. ).

5. დისერტაციაში ჩატარებული კვლევებით დადგენილია, რომ საქართველოში დაავადებულთა რიცხვი კატასტროფულად მატულობს. ქვეყნის მოსახლეობის ავადობის დინამიკა 2005-2014 წლებში 2,5-ჯერ არის გაზრდილი. იგივე მდგომარეობაა 0-14 წლამდე ასაკის ბავშვებში. აქ დაავადებები 1,8-ჯერ არის გაზრდილი.

ასევე, კვლევებით დადასტურებულია, რომ მეტად გაუარესებულია მოსახლეობის კვლავწარმოების მაჩვენებლები - მოკვდაობა ყოველ 1000 მცხოვრებზე - 10,8 კაცია, შობადობა - 12,9, ბუნებრივი მატება - 2,1, სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა - 73,2 წელი და ა. შ. (იხ. სადისერტაციო ნაშრომი, გვ. ).

6. საქართველოში დამოუკიდებლობის მოპოვების და საბაზრო ურთიერთობებზე გადასვლის შემდეგ მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამამ სტარტი მხოლოდ 2006 წელს აიღო. 2012 წელს დაიწყო უნივერსალურ ჯანდაცვის სისტემაზე, მ. შ. სავალდებულო სახელმწიფო სამედიცინო დაზღვევაზე გადასვლის პირველი ეტაპი, 2013 წელს - მეორე ეტაპი, 2014 წელს დამთავრდა კერძო სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მართვა. ამ წელს საყოველთაო სავალდებულო დაზღვევამ მოიცვა მთელი მოსახლეობა.

7. ჩატარებული კვლევის შედეგებიდან იკვეთება, რომ სამედიცინო დაზღვევის და საერთოდ ჯანმრთელობის დაცვის მთელი რეფორმები საქართველოში გარკვეული შეუსაბამობებით და დარღვევებით მიმდინარეობდა. ხშირად ადგილი ჰქონდა ბენეფიციართა ორმაგ რეგისტრაციას, სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამის მონაწილე მზღვეველებს კონტრაქტების 75% დაგვიანებით ჰქონდათ გაფორმებული, 2010 წელს დაზღვევის მონაცემთა ბაზაში - 13400 ბენეფიციარი საერთოდ არ იყო დაფიქსირებული, 2008-2011 წლებში - 3,7 მლნ ლარი იყო გადახდილი 17690 ბენეფიციარისთვის, რომლებიც იმ დროს უკვე ცოცხლები აღარ იყვნენ, 1842 ბენეფიციარი ორჯერ იყო შეტანილი მონაცემთა ბაზაში და მათ სასარგებლოდ გადახდილი იყო 145171 ლარი სადაზღვევო პრემია (ამაში დიდი როლი ითამაშა სადაზღვევო კომპანიების მიერ საავადმყოფოების აშენებამ, რაც მათ საქართველოს მთავრობამ დაავალა. ადგილი ჰქონდა ორმაგ დაზღვევებს - თავდაცვის სამინისტროში, განათლების სამინისტროში და ა. შ. ეს თაღლითობები და ყალბი შესყიდვები გამოიწვია სამედიცინო დაზღვევის არასწორმა მართვამ.

გამოსაკვლევ პერიოდში საქართველოს სადაზღვევო ბაზარზე ყველაზე დიდი ხვედრითი წილი ჰქონდა სამედიცინო დაზღვევას. იგი შეადგენდა: 2012 წელს - 73,8%-ს; 2013 წელს - 72,5%-ს; 2014 წელს (3 კვარტალი) - 49,1%-ს.

8. 2014 წლის ბოლოსთვის საქართველოს სადაზღვევო ბაზარს ორი ახალი წევრი - "ლოპენბური" და "იმედი-L" შეემატა. ამავე პერიოდში ფინანსური პრობლემების გამო ბაზარი დატოვა "არქიმედე გლობალ ჯორჯიამ". დღეს ქართულ ბაზარზე 16 სადაზღვევო კომპანია ფუნქციონირებს.

9. მოზიდული პრემიების მოცულობით სადაზღვევო ბაზრის ლიდერია "ჯი-პი-აი ჰოლდინგი" (2014 წელს მოიზიდა 79384260 ლარი), "ძველი ალდაგი" (მოიზიდა 56688445 ლარი), "ახალი ალდაგი" (მოიზიდა 36839619 ლარი), "ირაო" (მოიზიდა 28115988 ლარი) და "არდი" (მოიზიდა 23282166 ლარი).

10. კვლევის შედეგებიდან გამოვლინდა, რომ საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამების ამოქმედებამ სადაზღვევო კომპანიებზე თავდაპირველად უარყოფითად იმოქმედა. მათ შეუმცირდათ მოზიდული პრემიების რაოდენობა და შედეგად მოგებაც, რომელმაც შეადგინა: 2012 წელს - 6,056 მლნ ლარი; 2013 წელს - 961 ათასი ლარი და 2014 წელს - 40,3 მლნ ლარი. 2014 წელს მოგების გაზრდა ადასტურებს იმ ფაქტს, რომ კერძო პროგრამებით დაზღვეულთა რაოდენობა საქართველოში თანდათან მატულობს. ჩატარებული კვლევით გამოვლენილი არსებითი პრობლემების დასარეგულირებლად ნაშრომის მესამე თავში შემოთავაზებულია სამედიცინო დაზღვევის მენეჯმენტის სრულყოფის მეთოდური მიდგომები და რეკომენდაციები.

11. მედიკო-სოციალური დაზღვევის მენეჯმენტის სრულყოფის კონცეპტუალურ-მეთოდური რეკომენდაცია, კერძოდ, დასაქმებულთათვის დაზღვევის პირადი ფონდების შექმნა, რომელსაც ისინი გამოიყენებენ ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და პენსიებისთვის. ეს ფონდი შეიქმნება დასაქმებულთა ხელფასებიდან, დამსაქმებელთა ანარიცხებიდან და დასაქმებულთა პირად ანგარიშებზე დაგროვდება.

12. მედიკო-სოციალური დაზღვევის მართვის გაუმჯობესების მეთოდოლოგია, ანუ მოდელის შერჩევის რეკომენდაცია, იგი ეხება საყოველთაო დაზღვევის ნაწილში სამედიცინო ორგანიზაციებსა და სოციალური მომსახურების სააგენტოს შორის ანგარიშსწორების სრულყოფას. ნაშრომში დასაბუთებულია, რომ მათ შორის ამჟამად არსებული რეტროსპექტული ანგარიშსწორება უნდა შეიცვალოს სულადობრივი ნორმატივების დაწესებით და მათ მიხედვით ანგარიშსწორებით. შესაბამისად,

შემოთავაზებული ღონისძიებების პრაქტიკული რეალიზაცია ხელს შეუწყობს სამედიცინო დაზღვევის სისტემის სფეროში მომსახურების ხარისხის კუთხით არსებული პრობლემების დაძლევას, კონკურენტული გარემოს გაჯანსაღებას და პაციენტთა მოთხოვნების უკეთ დაკმაყოფილებას.

**დისერტანტის მიერ დაცული იქნა ორი სასემინარო თემა:**

1. **თემატური სემინარი №1** - საინვესტიციო პოლიტიკის ფუნდამენტალური მიმართულებები საქართველოში.
2. **თემატური სემინარი №2** - თანამედროვე მარკეტინგის მენეჯმენტის კონცეფციური ასპექტები.

**დისერტანტის მიერ დაცული იქნა სამი კოლოკვიუმი:**

სადისერტაციო ნაშრომის ძირითადი დებულებები გამოქვეყნებულია ავტორის შრომებში და გადმოცემულია ინფორმაციის სახით ავტორის მიერ შესრულებულ კოლოკვიუმებში:

1. **ქანა ბალახაშვილი** - *”აქტიური სოციალური უზრუნველყოფის პოლიტიკური პერსპექტივები საქართველოში”*, საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია (16-17 აპრილი, ბათუმი, 2010) ”ინოვაციები ბიზნესში”, შოთა რუსთაველის სახელობის სახელმწიფო უნივერსიტეტის დაარსებიდან 75-ე წლისთავისადმი მიძღვნილი კონფერენცია. გამომცემლობა ”უნივერსალი”, თბილისი, 2010, გვ. 118-120.
2. **ქანა ბალახაშვილი** - *”მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა საქართველოში, მიზეზი, შედეგები, გაუმჯობესების გაზები”*, ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტი, ინსტიტუტის დაარსებიდან 70-ე წლისთავისადმი მიძღვნილი საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია, ეკონომიკისა და ეკონომიკური მეცნიერების განვითარების აქტუალური პრობლემები (27-28 ივნისი), თბილისი, 2014, გვ. 493-495.



3. ჟანა ბალახაშვილი - *”საქართველოს მოსახლეობის სამედიცინო-სადაზღვეომომსახურების მენეჯმენტის სრულყოფის გზები”*, სამცხე-ჯავახეთის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, უნივერსიტეტთაშორისი სამეცნიერო კონფერენცია ”ეკონომიკისა და ბიზნესის აქტუალური პრობლემები”, ახალციხე, 2015, გვ. 97-103.
4. ჟანა ბალახაშვილი - *”საოცნებო ჯანმრთელობა, საოცნებო მედიცინის და საოცნებო სამედიცინო დაზღვევის ფასად”*,ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, საერთაშორისო-სამეცნიერო კონფერენცია ”გლობალიზაცია და სტატისტიკა”, თბილისი, გამომცემლობა ”უნივერსალი”, 2014 (23 ოქტომბერი), გვ. 74-78.
5. ჟანა ბალახაშვილი - *”მოსახლეობის ავადობის დონე და დინამიკა საქართველოში, როგორც სამედიცინო დაზღვევის განვითარების საფუძველი”*,ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი,პაატა გუგუშვილის სახელობის ეკონომიკის ინსტიტუტი, აკადემიკოს პაატა გუგუშვილის დაბადებიდან 110-ე წლისთავისადმი მიძღვნილი საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია ”ეროვნული ეკონომიკების მდგრადი განვითარების აქტუალური პრობლემები” (10-11 ივლისი), თბილისი, 2015, გვ. 474-478.
6. ჟანა ბალახაშვილი - *”სამედიცინო დაზღვევის ფუნქციონირების ანალიზი საქართველოში”*,ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი, პირველი საერთაშორისო-სამეცნიერო კონფერენცია, თანამედროვე ინფორმაციული ტექნოლოგიები ეკონომიკური გლობალიზაციის პირობებში, თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის ეკონომიკასა და ბიზნესში ინფორმაციული ტექნოლოგიების კათედრის 50 წლის იუბილესადმი მიძღვნილი. თბილისი, 2015 (23 ოქტომბერი), გვ. 31-35.
7. ჟანა ბალახაშვილი - *”ჯანმრთელობის დაზღვევის არსი და მისი ფორმები საქართველოში”*,პაატა გუგუშვილის ეკონომიკის ინსტიტუტის დაარსებიდან 65-ე და აკადემიკოს პაატა გუგუშვილის დაბადებიდან 105-ე წლისთავისადმი მიძღვნილი საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული

- კონფერენცია”ეკონომიკის აქტუალური პრობლემები განვითარების თანამედროვე ეტაპზე”, თბილისი, 2010 (8-9 ივლისი), გვ. 349-352.
8. ჟანა ბალახაშვილი - *”რეგიონებში დასაქმების დონის ზრდის სოციალური ფაქტორები”*,თბილისის უნივერსიტეტი, ”მემცნიერება და ცხოვრება”, გამომცემლობა ”თობალისი” (საერთაშორისო რეცენზირებადი და რეფერირებული სამეცნიერო ჟურნალი), თბილისი, 2010, გვ. 61-64.
  9. ჟანა ბალახაშვილი - *მედიაციის როლი ჯანმრთელობის დაზღვევის სრულყოფაში*,თბილისის უნივერსიტეტი ”მეცნიერება და ცხოვრება”, თბილისი, 2010, გვ. 50-53.
  10. ჟანა ბალახაშვილი - *”ჯანმრთელობის დაცვის მატერიალურ-ტექნიკური ბაზა - მოსახლეობის ჯანმრთელობის უპირველესი გარანტი”*,საერთაშორისო რეცენზირებადი და რეფერირებადი სამეცნიერო ჟურნალი ”ეკონომიკა” №1-2, თბილისი, 2013, გვ. 41-45.
  11. კოლოკვიუმი №1 - სამედიცინო დაზღვევის თეორიულ-მეთოდოლოგიური მიდგომები.
  12. კოლოკვიუმი №2 - საქართველოს მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობა და სამედიცინო დაზღვევის განვითარების ტენდენციები.
  13. კოლოკვიუმი №3 - სამედიცინო დაზღვევის სრულყოფის კონცეპტუალური მიდგომები.