ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ეკონომიკური ეფექტიანობა და გამოწვევები

თამარ ჩალაძე
სტუ-ს დოქტორანტი

რეზიუმე

ნაშრომში გაანალიზებულია ჯანმრთელობის კერძო დაზღვევის ეკონომიკური როლი და ის გამოწვევები, რომლებიც ჯანდაცვის ბაზრისთვის დამახასიათებელ ინფორმაციულ ასიმეტრიას ახლავს. განხილულია ნებაყოფლობითი დაზღვევის მოდელები, როგორც სახელმწიფო სისტემების შემავსებელი მექანიზმები, რომლებიც ხელს უწყობენ სერვისების ხარისხის ზრდასა და ინოვაციებს. ნაშრომში ხაზგასმულია „არასასურველი შერჩევისა“ და „მორალური რისკის“ გავლენა პრემიების ფასწარმოქმნაზე.

სტატიაში შესწავლილია საერთაშორისო გამოცდილება, კერძოდ აშშ-ის, შვედეთისა და ჩინეთის მოდელები, რაც ცხადყოფს კერძო და საჯარო სექტორების სიმბიოზის აუცილებლობას მოსახლეობის ფინანსური დაცულობისთვის. საქართველოს კონტექსტში გამოკვეთილია „ჯიბიდან გადახდების“ მაღალი მაჩვენებელი, რაც ევროპულ სტანდარტებს მნიშვნელოვნად აღემატება და მოსახლეობის გაღარიბების რისკს ქმნის. 2024 წლის მონაცემებით, საქართველოს სადაზღვევო ბაზარი სტაბილურად იზრდება და მოზიდულმა პრემიამ 1 259 მილიონ ლარს მიაღწია, თუმცა მაღალია ბაზრის კონცენტრაცია რამდენიმე მსხვილ მოთამაშეს შორის. დასკვნის სახით ჩამოყალიბებულია მოსაზრება, რომ ჯანდაცვის სისტემის მდგრადობისთვის გადამწყვეტია ეფექტური ანტიმონოპოლიური კონტროლი და სახელმწიფო რეგულირებისა და კერძო ინიციატივების ერთობლიობა.

საკვანძო სიტყვები: კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევა, ეკონომიკური ეფექტიანობა, ინფორმაციული ასიმეტრია, არასასურველი შერჩევა, ჯანდაცვის შერეული სისტემა.

ECONOMIC EFFICIENCY AND CHALLENGES OF PRIVATE HEALTH INSURANCE

Tamar Chaladze
PhD student of GTU

ABSTRACT

The paper analyzes the economic role of private health insurance and the challenges associated with the information asymmetry inherent in the healthcare market. Voluntary insurance models are discussed as complementary mechanisms to state systems, which promote service quality growth and innovation. The study highlights the impact of “adverse selection” and “moral hazard” on premium pricing.

The article examines international experience, specifically the models of the USA, Sweden, and China, which demonstrates the necessity of a symbiosis between the private and public sectors for the financial protection of the population. In the context of Georgia, the high rate of “out-of-pocket payments” is emphasized, which significantly exceeds European standards and creates a risk of poverty. According to 2024 data, the Georgian insurance market is growing steadily, with written premiums reaching 1,259 million GEL, although market concentration remains high among several large players. In conclusion, it is argued that effective anti-monopoly control and the integration of state regulation and private initiatives are crucial for the sustainability of the healthcare system.

Key words: Private Health Insurance, Economic Efficiency, Information Asymmetry, Adverse Selection, Mixed Healthcare System.

ძირითადი ტექსტი

კერძო დაზღვევის სისტემები ეფუძნება თავისუფალი არჩევანის პრინციპსა და ინდივიდუალურ სახელშეკრულებო ურთიერთობებს სადაზღვევო კომპანიებსა და კლიენტებს შორის. ამ მოდელის ფარგლებში, სადაზღვევო პრემიის ოდენობა პირდაპირ კავშირშია რისკის პერსონალურ შეფასებასთან, რაც ბაზარზე ფასების დიფერენცირებასა და ჯანსაღ კონკურენციას განაპირობებს. ნებაყოფლობითი სქემები მზღვეველებს უბიძგებს მუდმივი ინოვაციებისკენ, სერვისების გაუმჯობესებისა და მომხმარებელზე ორიენტირებული პაკეტების შექმნისკენ, რაც საბოლოოდ მომსახურების ხარისხის ზრდაზე აისახება. ნებაყოფლობითი დაზღვევა ხშირად განიხილება არა როგორც ძირითადი, არამედ როგორც სახელმწიფო ან სავალდებულო სისტემების შემავსებელი მექანიზმი. ნებაყოფლობითი დაზღვევა საშუალებას აძლევს მოქალაქეებს, საკუთარი სურვილისა და ფინანსური შესაძლებლობის შესაბამისად, მიიღონ სტანდარტულზე მაღალი ხარისხის ან სპეციფიკური სამედიცინო მომსახურება. ამგვარი მოდელის ეფექტური ფუნქციონირება

მნიშვნელოვანია იმ მომხმარებლებისთვის, რომელთაც სურთ მეტი ფინანსური დაცულობა და ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგებული სამედიცინო სერვისები. (Wray MCH, 2021)

ნებაყოფლობითი სადაზღვევო მოდელის ეკონომიკური ეფექტიანობა პირდაპირკავშირშია ინფორმაციის სიმეტრიასა და ზუსტ აქტუარულ გაანგარიშებებთან. სისტემის ფინანსური სტაბილურობა მიიღწევა იმ შემთხვევაში, თუ მზღვეველს გააჩნია სრულყოფილი მონაცემები ინდივიდუალური რისკების შესახებ, რაც პრემიების ადეკვატური ოდენობის განსაზღვრისა და ფინანსური ბალანსის შენარჩუნების საშუალებას იძლევა. თუმცა, ჯანდაცვის ბაზრისთვის დამახასიათებელი ინფორმაციული ასიმეტრია ორ ძირითად პრობლემას წარმოშობს: არასასურველი შერჩევა (Adverse Selection): ეს ვლინდება მაშინ, როდესაც პოტენციურ კლიენტს საკუთარი ჯანმრთელობის რისკების შესახებ უფრო მეტი ინფორმაცია აქვს, ვიდრე კომპანიას. შედეგად, დაზღვევას ძირითადად მაღალი რისკის მქონე პირები ყიდულობენ, რაც პრემიების ფასის ზრდასა და დაბალი რისკის მქონე (ჯანმრთელი) ადამიანების ბაზრიდან გასვლას იწვევს. მორალური რისკი (Moral Hazard): დაზღვეული პირი შესაძლოა ნაკლებად გაუფრთხილდეს საკუთარ ჯანმრთელობას ან მოითხოვოს ჭარბი სამედიცინო მომსახურება, რადგან ხარჯებს მზღვეველი ფარავს. ეს ფაქტორები ხშირად იწვევს პრემიების ზრდას და მოცვის არეალის შემცირებას, რაც საბოლოოდ სახელმწიფოს ჩარევას განაპირობებს. ინტერვენცია, როგორც წესი, რეგულირების გამკაცრებით ან სუბსიდირების მექანიზმების შემოღებით ხორციელდება, რათა შენარჩუნდეს ბაზრის სიცოცხლისუნარიანობა და სერვისების ხელმისაწვდომობა. (Behera PV, 2024)

სადაზღვევო სფეროს სწრაფი წინსვლა სტიმულს აძლევს ბიზნესის მასშტაბების ზრდას. ეს პროცესი განსაკუთრებით აქტუალურია თანამედროვე და მაღალკონკურენტულ ბაზარზე. ამ კონტექსტში, დაზღვევის სექტორის გაძლიერება ქვეყნის ეკონომიკური მდგრადობის ერთ-ერთი გარანტია, რადგან იგი ხელს უწყობს: ფინანსური ნაკადების სტაბილურობას, ახალი სამუშაო ადგილების შექმნას, მოსახლეობის კეთილდღეობის ზრდას. სადაზღვევო ბაზარზე არსებული ტენდენციების სიღრმისეული კვლევა შესაძლებლობას იძლევა, გამოიკვეთოს მიმდინარე სირთულეები და მათი დაძლევის ეფექტური სტრატეგიები (ჭიოტაშვილი დ, 2024)

XXI საუკუნის დასაწყისიდან განვითარებულ სახელმწიფოებში დამკვიდრდა ტენდენცია, რომელიც ჯანდაცვის სფეროში საჯარო და კერძო დაზღვევის კომბინირებას გულისხმობს. ეს გარდამავალი ეტაპი განაპირობა იმ რეალობამ, რომ მხოლოდ სავალდებულო სოციალური პაკეტები ვერ ფარავს პაციენტთა სრულ სამედიცინო საჭიროებებს, ხოლო დამატებითი მომსახურებების მაღალი ღირებულება მძიმე ფინანსურ ტვირთად აწვება შინამეურნეობებს. კერძო სადაზღვევო პოლისი განიხილება, როგორც ფინანსური სიმყარისა და სოციალური დაცვის ფუნდამენტური გარანტი. იგი არა მხოლოდ ამცირებს ეკონომიკურ საფრთხეებს, არამედ ქმნის საფუძველს სტაბილური მომავლის დაგეგმვისთვის.

საქართველოს ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელი უნიკალური შერეული სისტემაა, სადაც სახელმწიფო სუბსიდირება და კერძო სადაზღვევო ინიციატივები თანაარსებობენ. ამ მოდელში წამყვან როლს სახელმწიფო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა ასრულებს, ხოლო კერძო სექტორი მეტწილად კორპორატიული დაზღვევის სეგმენტზეა ორიენტირებული. კერძო მზღვეველების მონაწილეობა სისტემაში კრიტიკულად მნიშვნელოვანია, რადგან სწორედ ისინი უზრუნველყოფენ ბაზარზე კონკურენციას, სერვისების დივერსიფიკაციასა და ისეთი დამატებითი მომსახურებების შეთავაზებას, რომლებსაც სახელმწიფო პროგრამა სრულად ვერ ფარავს.

მიუხედავად ამისა, სისტემის ეფექტურობა პირდაპირ არის დამოკიდებული ბაზრის რეგულირების ხარისხსა და კონცენტრაციის დონეზე. როდესაც ბაზარი რამდენიმე მსხვილ კომპანიას შორის არის განაწილებული, იქმნება ოლიგოპოლიური სტრუქტურის რისკი, რაც შეიძლება გამოიხატოს ფასების ხელოვნურ შეთანხმებაში ან მომსახურების ხარისხის სტაგნაციაში. ასეთ პირობებში მცირდება მომხმარებლის არჩევანის თავისუფლება და იკარგება ის ეკონომიკური სარგებელი, რაც თავისუფალ კონკურენციას მოაქვს. შესაბამისად, სახელმწიფოს როლი ამ პროცესში მხოლოდ დაფინანსებით არ შემოიფარგლება აუცილებელია ანტიმონოპოლიური კონტროლი და ისეთი გარემოს შექმნა, სადაც მცირე და საშუალო მოთამაშეებსაც ექნებათ განვითარების თანაბარი შესაძლებლობა.

საბოლოო ჯამში, შერეული სისტემის წარმატება დამოკიდებულია ბალანსზე: ერთი მხრივ, სახელმწიფო უნდა უზრუნველყოფდეს ბაზისურ სოციალურ გარანტიებს, ხოლო მეორე მხრივ, უნდა არსებობდეს გამჭვირვალე და კონკურენტული კერძო სექტორი, რომელიც ინოვაციებითა და ეფექტური მენეჯმენტით გაუმჯობესებს სამედიცინო მომსახურების საერთო სტანდარტს. ამ ბალანსის დაცვა ქვეყნის ჯანდაცვის ეკონომიკის მდგრადობისა და მოსახლეობის ფინანსური დაცულობის უმთავრესი წინაპირობაა.

ჯანდაცვის დაფინანსების მოდელების ევოლუცია ინდივიდუალური პასუხისმგებლობიდან კო-

ლექტიურ, სავალდებულო სისტემებზე გადასვლით ხასიათდება. ისტორიულად, ადრეული კერძო დაზღვევა ეყრდნობოდა რისკების ინდივიდუალურ შეფასებას, სადაც სადაზღვევო პრემია პირდაპირპროპორციული იყო პიროვნების ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან.

ქვეყნებმა დაიწყეს სავალდებულო სოციალური დაზღვევის მოდელების დანერგვა. ეს ტრანსფორმაცია გულისხმობს რესურსების ერთიან აკუმულირებას, სადაც შენატანები აღარ არის დამოკიდებული ინდივიდუალურ რისკზე, არამედ შემოსავალზე ან ფიქსირებულ განაკვეთზე, დაფარვა კი მოსახლეობის ფართო მასებზე ვრცელდება. ჯანდაცვის ბაზრის სპეციფიკური რისკებიდან გამომდინარე, ასეთი ინსტიტუციური ცვლილება აუცილებელი ნაბიჯი აღმოჩნდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და ფინანსური დაცულობის უზრუნველსაყოფად.

აღნიშნული პროცესი ხაზს უსვამს იმას, რომ ჯანმრთელობის დაზღვევა არ არის მხოლოდ კერძო კომერციული პროდუქტი, ის სოციალური სოლიდარობის მექანიზმია. სავალდებულო სისტემების დანერგვით სახელმწიფოები ახერხებენ რისკების მასშტაბურ გადანაწილებას, რაც სისტემას უფრო მდგრადს ხდის და ამცირებს იმ გაუთვალისწინებელ ხარჯებს, რომლებსაც ინდივიდუალური მოდელები ვერ აზღვევდა. ეს ევოლუციური ნახტომი საფუძვლად დაედო თანამედროვე ჯანდაცვის ეკონომიკას, სადაც აქცენტი კეთდება არა მხოლოდ რისკის მართვაზე, არამედ სამედიცინო მომსახურების საყოველთაო ხელმისაწვდომობაზე. (Nyman JA, 2006)

ბოლო ათწლეულის განმავლობაში სკანდინავიურ ქვეყნებში სულ უფრო მეტი ადამიანი დარეგისტრირდა ნებაყოფლობით კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევის გეგმებში . მიუხედავად იმისა, რომ სკანდინავიური ჯანდაცვის სისტემები უზრუნველყოფს საჯარო ჯანდაცვაზე უნივერსალურ წვდომას, ადამიანები ყიდულობენ დაზღვევას კერძო ჯანდაცვის მომსახურების ხარჯების დასაფარად . კერძო ჯანდაცვის დაფარვის გარდა, ფინეთსა და დანიაში კერძო დაზღვევა როგორც წესი, ფარავს საჯარო ჯანდაცვის თანაგადახდებს და მედიკამენტების ხარჯებს. (Tynkkynena LK, 2017)

შეერთებულ შტატებსა და შვედეთს სახელმწიფო ჯანდაცვის ხარჯების ძალიან მსგავსი ოდენობა აქვთ. შეერთებული შტატები სახელმწიფო ჯანდაცვაზე წელიწადში დაახლოებით 4993 აშშ დოლარს ხარჯავს ერთ სულ მოსახლეზე, ხოლო შვედეთი - დაახლოებით 4569 აშშ დოლარს. თუმცა, შვედეთთან შედარებით, შეერთებული შტატები გაცილებით მეტ ყურადღებას აქცევს კერძო ჯანმრთელობის დაზღვევასა და მოვლას. ამერიკის შეერთებულ შტატებთან შედარებით, სადაც საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაფარვა მხოლოდ დაუცველი მოსახლეობისთვისაა განკუთვნილი, ხოლო კერძო დაზღვევა ფარავს პირთა უმეტესობას, შვედური კერძო ჯანდაცვის ფირმები პირდაპირ კონკურენციას უწევენ საჯარო დაწესებულებებს პაციენტებისთვის მომსახურების გაწევის კუთხით. (Dave U, 2024)

ჩინეთის გამოცდილება აჩვენებს, რომ მაშინაც კი, როდესაც სახელმწიფო სოციალური დაზღვევა თითქმის მთელ მოსახლეობას ფარავს, ის მაინც ვერ უზრუნველყოფს სრულ ფინანსურ დაცვას. ჩინეთის მოდელი ადასტურებს, რომ სახელმწიფო და კერძო დაზღვევის სიმბიოზი საუკეთესო გზაა "ავადმყოფობის გამო გაღარიბების" დასაძლევად. კერძო სექტორი არა მხოლოდ ამცირებს პაციენტის ჯიბიდან გადახდილ თანხებს, არამედ უზრუნველყოფს მოსახლეობის ყველაზე მოწყვლადი ფენების ეკონომიკურ გადარჩენას. (Dong Sh, 2025)

საქართველოში არსებული მდგომარეობა ევროპულ სტანდარტებთან შედარებით შინამეურნეობების ბიუჯეტში სამედიცინო მომსახურების წილი სამჯერ აღემატება ევროკავშირის ქვეყნების ანალოგიურ მაჩვენებელს. ჩვენს რეალობაში მოქალაქეების მიერ საკუთარი სახსრებით (ე.წ. „ჯიბიდან") გადახდილი თანხები არა მხოლოდ ევროპულ დონეს სცილდება, არამედ 1.5-ჯერ მეტია იმ სახელმწიფოების მონაცემებზეც, რომლებსაც ჩვენი მსგავსი ეკონომიკური განვითარება აქვთ. პირადი სახსრების ასეთი მასშტაბური ხარჯვა სახელმწიფოსთვის კრიტიკულ გამოწვევას წარმოადგენს. ეს ტენდენცია პირდაპირ კავშირშია მოსახლეობის გაღარიბებასთან. (ფესტვენიძე ბ, 2021)

ბოლო პერიოდში საქართველოში სადაზღვევო სფერომ ტრანსფორმაცია განიცადა, გაძლიერდა კონკურენცია, გაჩნდა ახალი სერვისები და შესაბამისად, მომხმარებელთა დაინტერესებაც გაიზარდა. მიუხედავად ამისა, კერძო დაზღვევის წილი კვლავ დაბალია.

ბაზრის სრულფასოვანი განვითარებისთვის რამდენიმე მნიშვნელოვანი ბარიერის გადალახვაა საჭირო, სახელმწიფო პოლიტიკისა და კერძო სექტორის ძალისხმევის სინერგია დაზღვევას უფრო მასობრივს და ეფექტურს გახდის. (ნებიძე ნ, 2025)

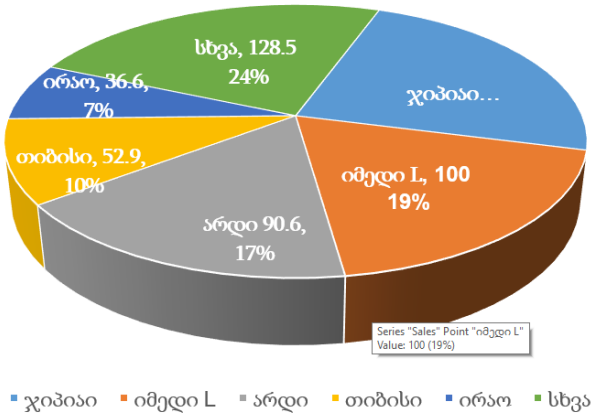
2024 წლის ბოლოსთვის საქართველოს სადაზღვევო სექტორი 19 ლიცენზირებული კომპანიით იყო წარმოდგენილი, რომლებიც მომხმარებლებს როგორც სიცოცხლის, ისე არასიცოცხლის დაზღვევის პროდუქტებს სთავაზობდნენ.

საქართველოს სადაზღვევო ბაზრის ბოლო პერიოდის სტატისტიკური მონაცემები მკაფიოდ ასახავს სექტორის სტაბილურ ზრდასა და ჯანმრ-

თელობის დაზღვევის მიმართულებით გააქტიურებას. ჯანმრთელობის დაზღვევის სეგმენტში ფიქსირდება როგორც პოლისების რაოდენობის, ისე მოზიდული პრემიის ზრდა. პირდაპირი დაზღვევის გზით კომპანიებმა ჯამში 1 259 მილიონი ლარი მოიზიდეს. დარგის სადაზღვევო მოგებამ 307 მილიონ ლარს მიაღწია, ხოლო საბოლოო წმინდა მოგება 127 მილიონ ლარით განისაზღვრა.

სამედიცინო დაზღვევის სექტორში 2024 წლის 31 დეკემბრის მონაცემებით დაზღვეულთა მნიშვნელოვანი მაჩვენებელი დაფიქსირდა და პოლისების რაოდენობამ 741 ათასს გადააჭარბა. ბაზარი კონცენტრირებულია რამდენიმე მსხვილ მოთამაშეს შორის. კერძოდ, ლიდერ პოზიციებს ინარჩუნებს „ჯიპიაი ჰოლდინგი“ (23%) და „იმედი L“ (19%), რომლებსაც მოჰყვება „არდი“ 17%-იანი წილით. შედარებით მცირე, თუმცა საგულისხმო წილები უჭირავთ „თიბისი დაზღვევასა“ (10%) და „ირაოს“ (7%), ხოლო ბაზრის დარჩენილი 24% სხვა სადაზღვევო კომპანიებზე ნაწილდება.

2024 წლის განმავლობაში სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევის სახეობაში მოზიდული პრემია და ბაზრის წილი კომპანიების მიხედვით; სულ 534 მლნ. ლარი



წყარო: https://insurance.gov.ge/ka/Statistics

მიუხედავად იმისა, რომ სადაზღვევო ბაზრის ფორმირების პროცესი შედარებით ნელი ტემპით მიმდინარეობს, ზრდის ტენდენცია აშკარაა. ამ სექტორის განვითარებას სტრატეგიული მნიშვნელობა აქვს ქვეყნის საერთო ეკონომიკური მდგრადობისა და წინსვლისთვის.

ჯანმრთელობის დაზღვევის არქონა მნიშვნელოვან რისკ ფაქტორს წარმოადგენს დაავადებათა ადრეული პრევენციისთვის. დაზღვეულებთან შედარებით, დაუზღვეველი მოქალაქეები სამედიცინო დაწესებულებებს მხოლოდ მდგომარეობის უკიდურესი გამწვავებისას მიმართავენ. ეს იწვევს სიცოცხლისთვის საფრთხის შემცველი დაავადებების გვიან დიაგნოსტირებას და ჰოსპიტალიზაციის მაღალ მაჩვენებელს მძიმე კლინიკური სურათით. (ვერულავა თ, 2024)

თანამედროვე ეპოქაში სამედიცინო ტექნოლოგიების სწრაფი პროგრესი და ჯანდაცვაზე მზარდი დანახარჯები სერიოზულ ფისკალურ წნეხს უქმნის განვითარებული ქვეყნების ეკონომიკასაც კი, რაც უნივერსალური მოცვის მხოლოდ სახელმწიფო რესურსებით შენარჩუნებას ართულებს. ამ კონტექსტში, სისტემური პრიორიტეტი ხდება არა „ერთი გადაამხდელისა“ თუ მულტიგადამხდელის (კერძო სექტორის ჩართულობით) მოდელის არჩევა, არამედ მოსახლეობის მაქსიმალური ინტეგრირება წინასწარი გადახდის სქემებში. უნივერსალურობის პრინციპის რეალიზება პირდაპირ არის დამოკიდებული ამ სქემების მხარდაჭერაზე ეფექტური რეგულაციებისა და ფინანსური სტიმულირების მექანიზმების გამოყენებით.

საქართველოს ჯანდაცვის სექტორში სახელმწიფო ასიგნებების ზრდის მიუხედავად, მოსახლეობის მხრიდან გაწეული პირადი დანახარჯების მაღალი დონე სისტემის ერთ-ერთ მთავარ სუსტ წერტილად რჩება. ფისკალური ლიმიტები ცხადყოფს, რომ ბიუჯეტი ვერ გაუძლებს ხარჯების ზრდას ყველა კატეგორიის ბენეფიციარისთვის. შესაბამისად, დგება დაფინანსების არსებული მეთოდოლოგიის რევიზიისა და რესურსების ოპტიმიზაციის საჭიროება. გამოსავალი შეიძლება იყოს გადასვლა უფრო სელექციურ მოდელზე: შედარებით მაღალი შემოსავლის მქონე ჯგუფებისთვის სახელმწიფო სუბსიდირების ეტაპობრივი შეზღუდვა და დაზოგვილი თანხების ფოკუსირება სოციალურად დაუცველ ფენებზე. მსგავსი სტრატეგია გააძლიერებს სისტემის ფინანსურ გამძლეობას და უზრუნველყოფს სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობას მათთვის, ვისაც ეს ყველაზე მეტად სჭირდება. სახელმწიფო ბიუჯეტის დატვირთვის შესამცირებლად და ეფექტიანობის გასაზრდელად, აუცილებელია კერძო დაზღვევის როლის გააქტიურება და დაფინანსების შერეული ფორმატების ძიება.

შემოთავაზებული კონცეფცია გულისხმობს კერძო დაზღვევისა და სახელმწიფო ფინანსური დანამატების გაერთიანებას. ამ მოდელში ადმინისტრირების ფუნქცია ნაწილობრივ კერძო სექტორზე გადადის, თუმცა სახელმწიფო არ ტოვებს პროცესს და ინარჩუნებს ფინანსურ მონაწილეობას გადაზღვევის გზით. მთავარი ღირებულება იმაში მდგომარეობს, რომ მოსახლეობისთვის ხელმისაწვდომობა არ იზღუდება. საყოველთაო ჯანდაცვის უფლებები შენარჩუნებულია, ხოლო კერძო სექტო-

რის ჩართულობა ამ უფლებების რეალიზების დამატებით გარანტიად და ხარისხის ამაღლების საშუალებად გვევლინება.

ამ მოდელში სახელმწიფო საკუთარ თავზე იღებს საყოველთაო პროგრამით გათვალისწინებული სერვისების ფინანსურ გარანტიას, მაშინ როცა კერძო სადაზღვევო კომპანიების პასუხისმგებლობა პროცესების ორგანიზებასა და რისკების ოპტიმალურ მართვაში გამოიხატება. სტრატეგიის ფუნდამენტური მიზანია საბიუჯეტო წნეხის შემსუბუქება, რესურსების რაციონალური გამოყენება და მოსახლეობის პირადი დანახარჯების მინიმუმამდე დაყვანა. ამასთანავე, საჯარო და კერძო სექტორებს შორის ფუნქციების მკაფიო გამიჯვნა ქმნის მყარ საფუძველს ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური სტაბილურობისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხობრივი გაუმჯობესებისთვის.

პროექტი ითვალისწინებს სავალდებულო სადაზღვევო სისტემის ამოქმედებას დასაქმებული და თვითდასაქმებული მოქალაქეებისთვის. ამ მოდელში ეკონომიკურად აქტიური ჯგუფები კერძო სადაზღვევო პოლისებით სარგებლობენ, ხოლო სახელმწიფო მათ ფინანსურ მხარდაჭერას სახელმწიფო დანამატის (State Top-Up) სახით უზრუნველყოფს. კერძო სექტორი საკუთარ თავზე იღებს პოლისების მართვასა და სერვისების ორგანიზებას, თუმცა სახელმწიფო ინარჩუნებს გადამზღვევის სტატუსს კრიტიკულად მაღალი ხარჯებისა და კატასტროფული რისკების სამართავად. ეს იმას ნიშნავს, რომ თუ სამედიცინო ხარჯები აჭარბებს კერძო კომპანიის ლიმიტის ზღვარს, დაფინანსებას საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფო აგრძელებს. მსგავსი სტრუქტურა იცავს კერძო სექტორს ფინანსური რისკებისგან, ხოლო სახელმწიფოს უნარჩუნებს ზედამხედველისა და რეგულატორის ფუნქციას, რაც მომსახურების ხარისხისა და გამჭვირვალობის გარანტიაა. ახალი მოდელის საფუძველს წარმოადგენს სამ დონიანი მინიმალური სადაზღვევო პაკეტი, რომელიც ქართულ ბაზარზე არსებული კორპორატიული დაზღვევის ერთ-ერთი პროდუქტის მოდიფიცირებული ვერსიაა. პრემიების გადახდის სისტემა ორიენტირებულია სამართლიანობაზე: გადასახდელი თანხა განისაზღვრება ინდივიდუალური შემოსავლების მიხედვით. ტარიფების ამგვარი დიფერენცირება მიზნად ისახავს, რომ დაზღვევა ფინანსურად მძიმე ტვირთად არ დააწვეს მოქალაქეებს, ხელი შეუწყოს სოციალურ სამართლიანობას და უზრუნველყოს მაქსიმალური ჩართულობა სავალდებულო კერძო დაზღვევის სქემაში. სახელმწიფოს მონაწილეობა მოცემულ მოდელში რეალიზდება „Top-Up/Stop-loss“ მექანიზმით, რაც საყოველთაო დაზღვევის ფარგლებში ფინანსური გარანტიების „დაშენებას“ გულისხმობს. აღნიშნული მიდგომით, სახელმწიფო საკუთარ თავზე იღებს ხარჯების სრულ (100%-იან) დაფარვას მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ სამედიცინო მომსახურების ღირებულება აჭარბებს კერძო დაზღვევის ლიმიტს. მოდელის ეფექტიანობის საილუსტრაციოდ განვიხილოთ მაღალტექნოლოგიური ქირურგიული ოპერაცია, რომლის საერთო ღირებულება **15,000 ლარს** შეადგენს. კერძო დაზღვევის მქონე პირს აქვს ლიმიტი 10000 ლარის ოდენობით, კერძო მზღვეველი იხდის ლიმიტის ფარგლებში, ხოლო სახელმწიფო ამატებს 4500 ლარს + 500 ლარი. სახელმწიფო დღეს გადაიხდიდა 10500 ლარს, პაციენტი 1500 ლარს ხოლო კლინიკას დაეკლდებოდა 3000 ლარი. მოდელის დანერგვის შედეგად, სამედიცინო მომსახურება მოქალაქისთვის ხდება უფასო (ნულოვანი თანაგადახდა). მოდელის ფისკალური ეფექტიანობა დასტურდება ინვესტირებული რესურსების მაღალი უკუგების კოეფიციენტით. კერძოდ, სახელმწიფოს მიერ თანაგადახდის სუბსიდირებაზე მიმართული ყოველი 1 ლარი საშუალებას იძლევა გენერირებულ იქნას დაახლოებით 3.3 ლარის ღირებულების სამედიცინო სერვისი.

$$B_{\text{ეფექტური}} = \frac{\text{მკურნალობის ღირებულება}}{\text{თანაგადახდაზე}}$$

ეს მოდელი უზრუნველყოფს მოქალაქეთა დაცვას კატასტროფული დანახარჯებისგან, რადგან ლიმიტს ზემოთ არსებული ფინანსური ტვირთი სრულად გადადის საბიუჯეტო დაფინანსებაზე.

მოდელის დანერგვა უზრუნველყოფს პოზიტიურ ეფექტს:

ფისკალური ეფექტიანობა: სახელმწიფო თავისუფლდება ზედმეტი ტვირთისგან და ორიენტირდება მხოლოდ მათზე, ვისაც დახმარება ყველაზე მეტად სჭირდება.

ბიზნესის მდგრადობა: კერძო სადაზღვევო ინდუსტრია იღებს გარანტირებულ შემოსავალს დასაქმებულთა ფართო სეგმენტისგან.

სტრუქტურული ინოვაცია: იქმნება უნიკალური სისტემა, რომელიც თავდაპირველად მოიცავს დაუზღვეველ მომუშავე პერსონალს და ეფუძნება სოციალური სამართლიანობის პრინციპს სახელმწიფო ფინანსური დაზღვევის მექანიზმთან ერთად.

რეფორმის შედეგად მოსახლეობა იღებს შემდეგ სარგებელს:

1. **დაცულობა რთულ ვითარებაში:** სახელმწიფო კვლავაც რჩება მძიმე და ძვირადღირებული სამედიცინო შემთხვევების მთავარ დამფინანსებლად.
2. **ხარჯების მკვეთრი შემცირება:** მცირდება მოსახლეობის დანახარჯები წამლებზე, ხოლო სტაციო-

ნარული მომსახურება (გეგმიური თუ გადაუდებელი) ლიმიტის ფარგლებში პაციენტისთვის ხდება უფასო.

3. **სრული სახელმწიფო მხარდაჭერა:** მოქალაქეს აღარ უწევს თანაგადახდაში მონაწილეობა, რადგან ამ ვალდებულებას, ისევე როგორც ლიმიტს ზემოთ არსებულ ხარჯებს, საკუთარ თავზე სახელმწიფო იღებს.

სადაზღვევო მოდელის ვალიდურობა დასტურდება ჯანდაცვის ეროვნული სააგენტოს ანგარიშებით. მონაცემების მიხედვით, მომხმარებელთა საერთო რაოდენობის მხოლოდ 40%-ს (1.3 მლნ პირი 3.3 მლნ-დან) დასჭირდა რეალური სამედიცინო დახმარება. თუ ამ ლოგიკას გადავიტანთ დასაქმებულთა სეგმენტზე, მივიღებთ, რომ 746,785 პირიდან მომსახურებას მხოლოდ 298,714 გამოიყენებს. შესაბამისად, 448,000-ზე მეტი ბენეფიციარი იქნება პრემიის შემტანი ისე, რომ მათგან სერვისებზე მოთხოვნა არ დაფიქსირდება (ან იქნება მინიმალური). აღნიშნული მოცემულობა პირდაპირ აისახება **ზარალიანობის კოეფიციენტზე**.

$$\textit{ზარალიანობის კოეფიციენტი} = \frac{\textit{წმინდა სამედიცინო ზარალი}}{\textit{გამომუშავებული პრემია}}$$

წარმოდგენილი ჰიბრიდული მოდელი ჯანდაცვის ეკონომიკაში რისკების მართვის ინოვაციურ მიდგომას ამკვიდრებს. მისი უნიკალურობა რამდენიმე ასპექტში ვლინდება:

ტრადიციული მოდელებისგან განსხვავებით, სადაც ფინანსური პასუხისმგებლობა მხოლოდ ერთ სუბიექტზეა (სახელმწიფოზე ან მზღვეველზე), წინამდებარე ნაშრომი გვთავაზობს რესურსების პროპორციულ გადანაწილებას. ბენეფიციარი ინარჩუნებს საყოველთაო ჯანდაცვის ყველა გარანტიას, ხოლო მაღალი ღირებულების რისკები დელეგირებულია კერძო სადაზღვევო სექტორსა და სახელმწიფო გადაზღვევის მექანიზმებს შორის.

კერძო და საჯარო სექტორების კოორდინირებული მოქმედება ბევრად უფრო ეფექტიანია, ვიდრე მათი იზოლირებული ოპერირება. სახელმწიფო აღწევს მნიშვნელოვან ფისკალურ დანაზოგს, სადაზღვევო სექტორი იღებს წვდომას მასშტაბურ და სტაბილურ ბაზარზე, პაციენტი სარგებლობს მაღალი ხარისხის სტაციონარული მომსახურებით (თანაგადახდის გარეშე) და ხელმისაწვდომი მედიკამენტებით.

საბოლოო ჯამში, აღნიშნული მოდელი წარმოადგენს ჯანდაცვის სისტემის ფინანსური მდგრადობისა და სოციალური სამართლიანობის გაუმჯობესების ქმედით ინსტრუმენტს.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. ვერულავა თ. (2024). სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა:. ორბელიანი.

2. ნებიძე ნ, ბ. ჯ. (2025). ინდივიდუალური (კერძო) დაზღვევის როლი სახელმწიფო ხარჯების. ქართველი მეცნიერები .

3. ფესტვენიძე ბ. (2021). კერძო დაზღვევის როლი ჯანდაცვის ხარჯების დაფინანსებაში. Retrieved from https://forbes.ge/health/kerdzo-dazghvevis-roli-jandatsvis-kharjebis-daphinansebashi/.

4. ჭიოტაშვილი დ, ჩ. ხ. (2024). სადაზღვევობაზრისგანვითარებისდინამიკა, გამოწვევებიდაშესაძლებლობებისაქართველოში. ეკონომიკა, ბიზნესი და ადმინისტრირება.

5. მენაბდე ე, ლ. ქ. (2017). ჯანდაცვის ეკონომიკის თანამედროვე მოდელები. ბიზნეს ინჟინერინგი.

6. ვერულავა თ. (2020). ჯანდაცვის ხარჯების შეკავების მექანიზმები და საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა. ინფორმაციის განვითარების ინსტიტუტი.

7. Behera PV, R. D. (2024). Public Versus Private Health Financing Transition in Lowand. The European Journal of Development Research. doi:https://doi.org/10.1057/s41287-023-00618-5

8. Dave U, L. G. (2024). Private health insurance in the United States and Sweden: A comparative review. Health Science Report.

9. Dong Sh, M. J. (2025). Can supplementary private health insurance reduce vulnerability to expected poverty and catastrophic health expenditure in China? International Journal for Equity in Health.

10. Nyman JA. (2006). Evaluating Health Insurance: A Review of the Theoretical Foundations. The International Association for the Study of Insurance Economics.

11. Tynkkynena LK, A. N. (2017). Development of voluntary private health insurance in Nordic countries – An exploratory study on country-specific contextual factors. Health Policy 122 (2018) 485–492.

12. Wray MCH, K. M. (2021). Access to Care, Cost of Care, and Satisfaction With Care Among Adults With Private and Public Health Insurance in the US. National Library of Medicine. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.10275

13. uduk o, T. M. (2020). EXAMINATION OF PRIVATE HEALTH INSURANCE IN TERMS OF HEALTH SERVICES USAGE IN TURKEY. Int Journal Of Health Manag. And Tourism.

14. Juodakis J, Z. S. (2025). The Lithuanian health data reuse pathway. International JUrnal of Epidemiology.

15. Kwilinski A, V. A. (2024). Efficiency of Healthcare Financing: Case of European Countries. International Journal of Financial Studies.