

რეზიუმე

საბაზრო ეკონომიკის ფორმირების პირობებში ქვეყანაში რისკები ეკონომიკის ყველა სფეროში მატულობს. შეიძლება დაბეჯითებით ითქვას, რომ რისკებისაგან დაცვის უკეთესი მექანიზმი ვიდრე დაზღვევაა, ჯერ-ჯერობით არ შექმნილა. სადაზღვევო კომპანიის არსებობა შეუძლებელია სადაზღვევო ფონდების ფორმირების გარეშე, რაც პირდაპირ კავშირშია სადაზღვევო ტარიფთან, რომლის დაბალი მნიშვნელობა კომპანიის არსებობას უქმნის საფრთხეს, ხოლო მაღალი კი დაზღვევას, როგორც რისკებისაგან დაცვის მექანიზმს, უსარგებლოს ხდის.

საჯარო დაზღვევის სისტემის ფარგლებში არ არის უზრუნველყოფილი პროგრამით მოსარგებლეთა ინტერესების სათანადოდ დაცვა; სააგენტოს არ გაუტარებია საკმარისი ღონისძიებები დაზღვევის პირობების შესახებ მოსახლეობისთვის სრულყოფილი ინფორმაციის მისაწოდებლად; დაზღვეულ პირს არ აქვს სამკურნალო დაწესებულების არჩევის უფლება, ხოლო მკურნალობის დაფინანსების მოლოდინის ხანგრძლივობა შეადგენს 6 თვეს რაც აიძულებს დაზღვეულს თავად დააფინანსოს მკურნალობის ხარჯები; დაზღვეულთა ბაზები შეიცავს არსებით ცდომილებებს რაც ერთი მხრივ განაპირობებს საბიუჯეტო სახსრების არამიზნობრივად ხარჯვას და მეორე მხრივ არღვევს უმწეოთა კანონიერ ინტერესებს; დაზღვეულთა ბაზის ცდომილებები ქმნის მოქალაქის იდენტიფიცირების პრობლემას.

ამრიგად, სადაზღვევო სამსახურების ამოცანაა, სწორი ანალიზის გაკეთება, რათა მომავალში გამოირიცხოს ის უამრავი შეცდომა, რაც ადრე იყო დაშვებული.

საკვანძო სიტყვები: სადაზღვევო ბაზარი; რისკები; დამზღვევი, დაზღვეული, სადაზღვევო ტარიფები.

Summary

In the conditions of the formation of market economy increases risks in all areas of the economy. The insurance company can not be formed without existence of insurance funds, which is directly connected with insurance tariffs. Low rates threaten company's existence while higher rates make insurance unnecessary.

Within public health insurance system is not secured properly the interests of program beneficiaries. Agency has not spent enough measures to provide comprehensive information about conditions of the insurance for the population. Insured person has no right to choose medical facility; the duration of expectations for financing treatment is 6 months, what compels insured person to finance the treatment costs by himself; Insured databases contain substantial errors what one of the causes of misappropriation of funds spending and on the other hand violates legitimate interests of helpless people.

So objective of insurance services is to make correct analysis in order to avoid a lot of mistakes that were made earlier.

* * * * *

საბაზრო ეკონომიკის ფორმირების პირობებში ქვეყანაში რისკები ეკონომიკის ყველა სფეროში მატულობს. შეიძლება დაბეჯითებით ითქვას, რომ რისკებისაგან დაცვის უკეთესი მექანიზმი ვიდრე დაზღვევაა, ჯერ-ჯერობით არ შექმნილა. სადაზღვევო საქმიანობა მხოლოდ მაშინაა გამართლებული, თუ შესრულდება პირობა: არასასურველი შემთხვევისაგან მიყენებული ზარალის ნაწილობრივ, ან სრულად ანაზღაურება. აღნიშნული ხაზს უსვამს სადაზღვევო საქმიანობის სამენარმეო ხასიათს. სადაზღვევო კომპანიის არსებობა შეუძლებელია სადაზღვევო ფონდების ფორმირების გარეშე, რაც პირდაპირ კავშირშია სადაზღვევო ტარიფთან, რომლის დაბალი მნიშვნელობა კომპანიის არსებობას უქმნის საფრთხეს, ხოლო მაღალი კი დაზღვევას, როგორც რისკებისაგან დაცვის მექანიზმს უსარგებლოს ხდის. სადაზღვევო საქმიანობა დაფუძნებულია სადაზღვევო შემთხვევის მოხდენის ალბათობაზედ ამდენად, სადაზღვევო ტარიფის მაღალი სიზუსტით დადგენა ჯერ კიდევ განუვითარებელი კომპანიისთვის პრობლემას წარმოადგენს. მრავალ ქვეყანაში დაზღვევის სისტემის სწორი ორგანიზაცია და რაციონალური მართვა უდიდეს პოტენციალს ქმნის წარმოებისა და მთლიანად ეკონომიკის განვითარებისათვის. შესაბამისად, ვითარდებიან სადაზღვევო კომპანიები და განსაკუთრებით ისინი, რომლებიც თანამშრომლობენ უცხოურ სადაზღვევო კომპანიებთან. დაზღვევა ამცირებს სანარმოთა დამოკიდებულებას სახელმ-

ნიფო სუბსიდიებზე.

თანამედროვე პერიოდში განვითარებულ ქვეყნებში ფართოდაა გავრცელებული სადაზღვევო პროდუქტების რეალიზაციაში ინტერნეტის გამოყენება. საქართველოს მოსახლეობის დიდი ნაწილი ჯერ არ არის შეჩვეული ელექტრონულ კომერციას, მის მიმართ ერთგვარი უნდობლობაცაა ჩამოყალიბებული. ამიტომ სადაზღვევო პროდუქტების გაყიდვის ყველაზე მისაღები გზა პრაქტიკაში კლიენტთან პირდაპირი მოლაპარაკების მეთოდია. როცა სადაზღვევო კომპანიები დაიმკვიდრებენ ფინანსურად ძლიერი კომპანიების სახელს, ამალღებდა მოსახლეობის სადაზღვევო კულტურა, გაძლიერდება სახელმწიფოს მხრიდან კონტროლი კომპანიების მიერ აღებული ვალდებულებების შესრულებაზე, მისაღები გახდება ინტერნეტის გამოყენება დაზღვევაში, რაც საგრძნობლად შეამცირებს კომპანიების აკვიზიციურ ხარჯებს.

სადაზღვევო კომპანიებს აქვთ გრძელვადიანი და მოკლევადიანი ვალდებულებები დაზღვეულთა მიმართ. აღნიშნულიდან გამომდინარე, მომხმარებლისათვის მნიშვნელოვანია ჰქონდეს კომპანიის საქმიანობის შესახებ სრული წარმოდგენა. ამ თვალსაზრისით, მომხმარებლის ინტერესების დაცვის ერთ-ერთ ეფექტურ საშუალებას წარმოადგენს სადაზღვევო ორგანიზაციების რეიტინგული კვლევების დანერგვა. აღსანიშნავია, რომ ასეთი პრაქტიკა არსებობს მრავალ ქვეყანაში, სადაც ყოველწლიურად ხორციელდება სადაზღვევო კომპანიების რეიტინგული კვლევა და მიღებული შედეგების საზოგადოების ინფორმირება. მსოფლიოში არსებობენ მრავალი ორგანიზაციები, რომლებიც ახორციელებენ სადაზღვევო კომპანიების რეიტინგებს. მათ შორის გამოირჩევიან: A.M. Best, Standard and Poor's, Moody's Investors Service, Duff and Phelps, Weiss Research.

2013 წლისათვის საქართველოში მოქმედებს 14 ლიცენზირებული სადაზღვევო კომპანია, რომელთაც ჯამში გააჩნიათ 630 მილიონი ლარის აქტივი. 2012 წელი სადაზღვევო კომპანიებმა დაასრულეს ზარალით, რამაც 7.2 მილიონი ლარი შეადგინა. აღნიშნული ფაქტი სავარუდოდ მომავალში მნიშვნელოვნად გაზრდის სადაზღვევო პრემიის ოდენობას.

2012 წლის განმავლობაში სულ სადაზღვევო კომპანიების მიერ გამოუმუშავებულმა სადაზღვევო პრემიამ 382 მილიონ ლარს გადააჭარბა, ხოლო მოზიდულმა პრემიამ 515 მილიონი ლარი შეადგინა. სადაზღვევო კომპანიების მიერ გადაზღვეული იქნა რისკების 12.5% და სადაზღვევის პრემიამ 64.6 მილიონი ლარი შეადგინა. მათ შორის 21 მილიონი ლარი გადაზღვეული იქნა საქართველოში ლიცენზირებულ სადაზღვევო კომპანიებთან, რაც მთლიანი გადაზღვევის 32.5% არის. აღნიშნული მაჩვენებელი საკმაოდ მაღალია წინა წლებთან შედარებით. როგორც წესი განუვითარებელი სადაზღვევო ბაზრის მქონე ქვეყნებში ძალიან დაბალია სადაზღვევისას ადგილობრივი კომპანიების ხვედრითი წილი. განვითარე-

ბასთან ერთად მცირდება გადაზღვევათა შემთხვევებში უცხოური კომპანიების ხვედრითი წილი. თუმცა ის ფაქტი რომ საქართველოში გაზრდილი მონაცემები ბაზრის განვითარებით არის გამოწვეული დამატებით შესწავლას და ანალიზს საჭიროებს. შესაძლებელია სადაზღვევისას ადგილობრივი კომპანიების წილის ზრდამ რისკების კონცეტირება გამოიწვიოს ქვეყნის შიგნით და სადაზღვევო შემთხვევამ ჯერ კიდევ განუვითარებელ სადაზღვევო ბაზარს მნიშვნელოვანი ზიანი მიაყენოს.

გადაზღვევისას ძირითადი წილი მოდის შემდეგ სეგმენტებზე:

- ქონების გადაზღვევა - გადაზღვეული რისკების 65 %;
- მცურავი სატრანსპორტო საშუალებების გადაზღვევა - 22.21 %;
- მცურავ სატრანსპორტო საშუალებათა გამოყენებასთან დაკავშირებული პასუხისმგებლობის გადაზღვევა - 8.81 %.

საქართველოში ლიცენზირებული სადაზღვევო კომპანიები კი რომლებთანაც მოხდა რისკების გადაზღვევა არიან:

- შპს სადაზღვევო კომპანია «უნისონი» - 95 %
- ს.ს. სადაზღვევო კომპანია „ჩარტისის“ საქართველოს ფილიალი - 3 %

სულ 2012 წლის განმავლობაში როგორც უკვე აღვნიშნეთ მოზიდულმა პრემიამ შეადგინა 515 მილიონი ლარი. მოზიდული პრემიები შემდეგნაირად გადანაწილდა:

1. მოზიდული პრემიებიდან 73 % მოდის ჯანმრთელობის დაზღვევაზე (უდიდესი ნაწილი სახელმწიფო დაზღვევაა, რაც ასევე მიაწოდებს სადაზღვევო ბაზრის ნაკლებ განვითარებაზე. განვითარებული სადაზღვევო ბაზრის მქონე ქვეყნებში ძირითადი წილი მოდის კერძო სექტორის მიერ განხორციელებულ დაზღვევაზე, ხოლო საქართველოში მდგომარეობა ამ მხრივ რადიკალურად განსხვავებულია.)

2. ქონების დაზღვევა - 7.96 %,

3. სახმელეთო სატრანსპორტო საშუალებათა დაზღვევა - 6.09 %,

4. სიცოცხლის დაზღვევა - 4.39 %,

5. სამოქალაქო პასუხისმგებლობის დაზღვევა - 1.55 % და.ა.შ. ყურადღება არ ექცევა და დაბალი ხვედრითი წილი აქვს ისეთი სახის დაზღვევებს როგორცაა: სამოგზაურო დაზღვევა - 0.71 %, იურიდიული ხარჯების დაზღვევა - 0 %, დაზღვევა საფინანსო დანაკარგებიდან - 0.39 % და.ა.შ.

მოზიდული პრემიების მხრივ ბაზრის ლიდერი სადაზღვევო კომპანიები არიან:

1. სს „სადაზღვევო კომპანია ალდაგი ბისიი“ — 20.1 %

2. სს „ჯიპიი ჰოლდინგი“ — 15.31 %

3. სს „არქიმედეს გლობალ ჯორჯია“ — 13.01 %

4. სს „იმედი გ“ — 10.25 %

5. შპს „ირაო“ — 9.48 %

6. შპს „აისი ჯგუფი“ — 9.14 %

7. შპს „სადაზღვევო კომპანია ალფა“ — 7.79 %
სადაზღვევო კომპანიების მიერ ანაზღაურებული ზარალმა 2012 წელს 264 მილიონი ლარი შეადგინა. ანაზღაურებული ზარალის მხრივ ლიდერი კომპანიაა:

- სს „სადაზღვევო კომპანია „ალდაგი ბისიაი“ - სულ ანაზღაურებული ზარალის 18.62 %
- სს „სადაზღვევო კომპანია „ჯიპიაიპოლდინგი“ - 18.52 %
- შპს „სადაზღვევო კომპანია „ალფა“ - 13.37 %
- სს საერთაშორისო სადაზღვევო კომპანია «იმედი L International» - 11.34 %
- სამედიცინო დაზღვევის ჯგუფი სს «არქიმედეს გლობალ ჯორჯია» - 7.48 %

ანაზღაურებული ზარალის თანაფარდობა მოზიდულ პრემიასთან შეადგენს 51 %, ხოლო ანაზღაურებული ზარალის თანაფარდობა გამომუშავებულ პრემიასთან 69 %. უნდა აღინიშნოს რომ აღნიშნული მაჩვენებელი საკმაოდ დაბალია, განსაკუთრებით იმ ფაქტის გათვალისწინებით რომ 2012 წელი სადაზღვევო კომპანიებმა ოფიციალურად 7 მილიონიანი ზარალით დაასრულეს. თუ აღნიშნულ მონაცემების მიხედვით ვიმსჯელებთ საკმაოდ მაღალია დაზღვევის მომსახურების (ადმინისტრირების) ხარჯი. ოფიციალურად გამოქვეყნებული მონაცემები შემდგომ დაზუსტებას ექვემდებარებიან, რადგან შესაძლებელია ხელოვნურად ხდებოდეს ანაზღაურებული ზარალის გაზრდა და მოგების შემცირება. მაგ. ჯანმრთელობის დაზღვევისას, სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ხელოვნურად გაზრდის გზით, როდესაც სადაზღვევო კომპანია თავად ფლობს სამედიცინო დაწესებულებას და ხელოვნურად ახდენს მომსახურების ფასების ზრდას. საქართველოში ლიცენზირებულ რამდენიმე სადაზღვევო კომპანიას თავად გააჩნია სამედიცინო დაწესებულება. აღნიშნული ფაქტი კიდევ უფრო ზრდის ფაქტის მოხდენის ალბათობას. მონაცემების რეალობაში ეჭვის შეტანის საფუძველს ასევე იძლევა სახელმწიფო აუდიტის სამსახურის დასკვნა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაზე. აღნიშნული შემონიშნება ეხება 2008-2010 წლებს და იმ პერიოდში არ დაეთხვა ოფიციალურად გამოქვეყნებული ინფორმაცია რეალობას. სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა გამოავლინა რომ:

- 2008-2010 წლების განმავლობაში სადაზღვევო კომპანიები ჯამში მოემსახურნენ 335,105 უმწეოს. აღნიშნულ პირთათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურებების შემთხვევათა ჯამმა შეადგინა 615,093. ერთი წლის განმავლობაში დაზღვეულ უმწეო პირთა რაოდენობასთან (808,114) წელიწადში მომსახურებული პაციენტებისა და სამედიცინო შემთხვევების შეფარდება შეადგენს 13,8 და 25,4 პროცენტს.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე პროგრამის მიზანი გაზრდილიყო სამედიცინო მომსახურების მოხმარება უტოლდება დაზღვეულთა 13,8%-იან დაკმაყოფილებას, (შემთხვევათა რაოდენობის

25,4%), რაც მცირე მაჩვენებელია და საჭიროებს მნიშვნელოვანმატებას. სამედიცინო მომსახურების ზრდის მაჩვენებელი 2008-2010 წ.წ. სტატისტიკურია და არ იზრდება, რაც საფრთხეს უქმნის პროგრამული მიზნის მიღწევას.

პროგრამის მიზნების მიღწევის ზემოაღნიშნული პრობლემა განპირობებულია სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების შეუსრულებლობითა და სახელმწიფო რეგულირების ნაკლოვანებებით.

- სადაზღვევო კომპანიებს არ შეუსრულებიათ სადაზღვევო ვაუჩერის პირობებით ნაკისრი რიგი ვალდებულებები.

სადაზღვევო კომპანიებს დაზღვეულ უმწეო მოქალაქეებთან დადგენილ ვადებში არ გაუფორმებიათ სადაზღვევო ხელშეკრულებები. 5 სადაზღვევო კომპანიის მონაცემის მიხედვით 254 644 დაზღვეულიდან ხელშეკრულება არ გაფორმებულა 193 099 პირთან.

- სადაზღვევო კომპანიების ანგარიშგება სამინისტროს წინაშე არასისტემატიზირებული და მოუწესრიგებელია. წარდგენილი ყოველთვიური ანგარიშების ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით სამინისტრო არ ამუშავებდა ანგარიშებს.
- სადაზღვევო კომპანიები ხელოვნურად ამცირებენ ან არ აფიქსირებენ დაზღვეულთა დაუკმაყოფილებელი განცხადებების რაოდენობას. წარმოდგენილი მონაცემებით 7 კომპანიის 515 226 დაზღვეულიდან მკურნალობაზე უარი მიიღო 0,23%-მა.
- 2008-2010 წლებში დაფიქსირდა 615 093 სადაზღვევო შემთხვევა საიდანაც 277 703 ერთეულზე (შემთხვევების 45,1%) შემთხვევის ხარჯი არ აღემატებოდა 20 ლარს.

შესაბამისად სამედიცინო მომსახურების ხარჯი გაცილებით ნაკლები ღირებულებისაა ვიდრე სადაზღვევო პრემია (144 ლარი). სადაზღვევო კომპანიები საჯარო დაზღვევის პროგრამით მოსარგებლეთა დაკმაყოფილების სტატისტიკას მნიშვნელოვნად ზრდიან სწორედ მცირე ღირებულების მომსახურების განვითარებით.

რეალური ფინანსური რისკების დაზღვევა სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფით დასჭირდა დაზღვეული უმწეო მოსახლეობის მხოლოდ 10%-ს;

საჯარო დაზღვევის სისტემის ფარგლებში არ არის უზრუნველყოფილი პროგრამით მოსარგებლეთა ინტერესების სათანადოდ დაცვა; სააგენტოს არ გაუტარებია საკმარისი ღონისძიებები დაზღვევის პირობების შესახებ მოსახლეობისთვის სრულყოფილი ინფორმაციის მისაწოდებლად; დაზღვეულ პირს არ აქვს სამკურნალო დაწესებულების არჩევის უფლება, ხოლო მკურნალობის დაფინანსების მოლოდინის ხანგრძლივობა შეადგენს 6 თვეს რაც აიძულებს დაზღვეულს თავად დააფინანსოს მკურნალობის ხარჯები; დაზღვეულთა ბაზები შეიცავს არსებით ცდომილებებს რაც ერთი მხრივ განაპირობებს საბიუჯეტო სახსრების არამიზნობრივად

ხარჯვას და მეორე მხრივ არღვევს უმწეოთა კანონიერ ინტერესებს; დაზღვეულთა ბაზის ცდომილებები ქმნის მოქალაქის იდენტიფიცირების პრობლემას 13 382 პირის საიდენტიფიკაციო მონაცემები არ ედრება სამოქალაქო რეესტრის მონაცემებს; დაზღვეულთა ბაზაში უმწეო სტატუსით აღრიცხულია 278 782 მოქალაქე რომლებსაც აქვთ ფინანსური შემოსავლების წყარო.

უმწეო სტატუსით აღრიცხულია სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს თანამშრომლები და მათი ოჯახის წევრები, ჯამში 430 პირი, რომლებიც სარგებლობენ საჯარო დაზღვევით მათ სასარგებლოდ 2008-2010 წლებში სახელმწიფო ბიუჯეტიდან სადაზღვევო პრემიის სახით არამიზნობრივად გადახდილია 109 924 ლარი.

ბაზაში დაზღვეული აღმოჩნდა 17 690 გარდაცვლილი უმწეო მოქალაქე, რომელთა სასარგებლოდ 2008-2010 წლებში არამიზნობრივად გადახდილია 3 708 039 ლარი. პროგრამის ფარგლებში უმწეოთა სტატუსით დაზღვეულია საქართველოს მოქალაქეობიდან გასული, მოქალაქეობა შეწყვეტილი და მუდმივად უცხოეთში საცხოვრებლად მყოფი 188 მოქალაქე. უმწეოთა ბაზაში გაორებულია 1 842 მოქალაქის ჩანაწერი რომელიც გვხვდება 3 743 ჯერ. 2008-2010 წლებში მოქალაქეთა გაორების გამო სადაზღვევო პრემიის სახით ჯამში არამიზნობრივად გადახდილია 145 171 ლარი. უმწეოთა დაზღვევით მოსარგებლე პირთაგან საქართველოს თავდაცვის სამინისტროს პირადი შემადგენლობის დაზღვევით ამავდროულად სარგებლობს 3 255 მოქალაქე. ორმაგი დაზღვევის გამო მათ სასარგებლოდ საჯარო დაზღვევის პროგრამიდან გადახდილი პრემიის ოდენობა 2010 წელს შეადგენს 224 446 ლარს.

საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ განხორციელებული საჯარო სკოლის პედაგოგთა და ადმინისტრაციული პერსონალის დაზღვევის პროგრამით და საჯარო დაზ-

ღვევის პროგრამით ერთდროულად მოსარგებლეთა რაოდენობამ 2008-2010 წლებში შეადგინა 3 183 პედაგოგი და სკოლის ადმინისტრაციული პერსონალი, რომელთა სასარგებლოდ უმწეოთა დაზღვევის პროგრამის ფარგლებში სადაზღვევო პრემიის სახით გადარიცხულია 904 567 ლარი.

ამრიგად, სადაზღვევო სამსახურების ამოცანაა, სწორი ანალიზის გაკეთება, რათა მომავალში გამოირიცხოს ის უამრავი შეცდომა, რაც ადრე იყო დაშვებული. შეცდომები, როგორც კლინიკების განლაგების და მათი სიმძლავრეების დაგებისას, ასევე სადაზღვევო კომპანიების რესურსების, მათი ფინანსური შესაძლებლობების და სტაბილურობის კუთხით. მნიშვნელოვანია სახელმწიფომ მიიღოს სწორი გადანაწევებები კლინიკების რეფორმირების, მმართველობის და მომავალში ოპერირების სწორი მიმართულების შესახებ. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ საქართველოს ტერიტორიაზე მისი რელიეფისა და მოსახლეობის განაწილების მიხედვით, შესაძლებელია დაშვებული იქნას მმართველობის სხვადასხვა მოდელები.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. გ. გოგოლაშვილი „სადაზღვევო საქმე“ თბ. 2012
2. კ. ჯაყელი. „დაზღვევა და ჯანდაცვის ეკონომიკა“ თბ. 2010
3. www.moh.gov.ge
4. www.for.ge
5. www.pirveli.com.ge
6. News.ge
6. რადიო „თავისუფლება“