

რეზიუმე

საქართველოში სადაზღვევო მომსახურების საჭიროება განაპირობა 90-იანი წლების ეკონომიკურმა დაღმასვლამ, რამაც ჯანდაცვის სექტორში ინფრასტრუქტურის მდგომარეობის და მომსახურების ხარისხის მკვეთრი გაუარესება გამოიწვია. ასევე, შემცირდა სახელმწიფოს მხრიდან ჯანდაცვის სექტორის დაფინანსებაც. შესაბამისად XXI საუკუნის დასაწყისში ჯანდაცვის სფეროს წახალისება და განვითარება სახელმწიფოს ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს პრიორიტეტს წარმოადგენდა.

2006 წლიდან სახელმწიფო იწყებს “საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის” ფორმირებას. თავდაპირველად, სოციალურად დაუცველი პირებისათვის, შემოდის ვაუჩერული პრინციპით დაფინანსების წინადადებით, რაც სადაზღვევო კომპანიებისათვის წამგებიანი იყო და შესაბამისად უინტერესო.

საქართველოს მთავრობამ სადაზღვევო კომპანიების დაინტერესების მიზნით, პროგრამაში მონაწილეობის სანაცვლოდ, 2010 წლიდან მათ სხვა ტიპი შეღავათი/წახალისება შესთავაზა, კერძოდ ქვეყნის კონკრეტული რეგიონის მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილისათვის სამედიცინო დაზღვევის ექსკლუზიური უფლება. შედეგად სადაზღვევო ბაზარზე მოქმედი ყველა მსხვილი კომპანია ჩაერთო პროექტში.

აღნიშნული პროექტი ნაწილობრივ აუმჯობესებდა მოსახლეობის სოციალურ მდგომარეობას, მაგრამ კვლავ გამოწვევად რჩებოდა ჯანდაცვის სექტორში ინფრასტრუქტურის არაადაპტაციურობის მდგომარეობა. აღნიშნული მდგომარეობის გამოსასწორებლად, საქართველოს მთავრობამ შეიმუშავა ახალი პროექტი, რომლის მიხედვითაც ერთმანეთს დაუკავშირა სამედიცინო დაზღვევისა და სამედიცინო დაწესებულებათა მშენებლობა/რეაბილიტაციის პროექტები.

საქართველოს ხელისუფლების მიერ წამოწყებული პროექტი წამგებიანი აღმოჩნდა სადაზღვევო კომპანიებისათვის და 2012 წლის არჩევნების შედეგად ახლად არჩეულმა მმართველმა გუნდმა არაეფექტურად მიიჩნია იგი. შესაბამისად შეიცვალა მიდგომა და საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამამ მიიღო დღეს არსებული სახე. კერძოდ, პროგრამა ვრცელდება საქართველოს ყველა კერძო დაზღვევის არ მქონე მოსახლეზე და პროგრამის ფარგლებს მიღმა რჩებიან სადაზღვევო კომპანიები, რომლებმაც დაიწყეს სხვა ალტერნატიული სადაზღვევო პროდუქტების შემუშავება და სადაზღვევო ბაზარზე დანერგვა.

საკვანძო სიტყვები: დაზღვევა, დაზღვევის სახეები, სადაზღვევო სისტემა, საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, ჯანდაცვის სფეროს რეფორმა, სახელმწიფო დაზღვევის მოდელი.

Summary Georgian Insurance System

Need of insurance services in Georgia was led by the 90s downturn, which also led a sharp deterioration of infrastructure condition and service quality in the health sector. Also, the government has reduced funding for the health sector. Therefore, in the beginning of the 21st century promotion and development in the health sector was of the most important priority.

Since 2006, the state launched «Universal health care program» formation. Initially, government begins the voucher principle financing system for vulnerable persons, which was unprofitable and uninteresting for insurance companies.

For interesting insurance companies, in the 2010, the government offers them different types of benefits/incentives instead of participation in the program. In our case it was an exclusive right to offer health insurance in the specific region. As a result, all the major insurance companies were involved in the project.

This project partly improves the social condition of the population, but in the health sector still remained a challenge poor infrastructure in poor condition. Therefore, the government elaborated a new project, which linked the projects of medical insurance and medical facilities construction/rehabilitation.

This project turned out unprofitable for insurance companies and in the 2012 elections, newly elected government considered it as ineffective one. Therefore approach was changed and “Universal health care program” received the current form. In particular, the program has been extended to all citizens, which did not have a private insurance. Also, insurance companies remain outside programs, which began to develop and implement other alternative insurance products.

ძირითადი ტექსტი

დაზღვევა მრავალნაირად შეიძლება განიშროტოს, მაგრამ ყველა განმარტება ეყრდნობა დაზღვევის იდეას, რომ ხელშეკრულების საფუძველზე სადაზღვევო კომპანია თავისთავზე იღებს პასუხისმგებლობას დაზღვეულის წინაშე, ზარალის დადგომის შემთხვევაში დაზღვეული დააბრუნოს იმ

მდგომარეობაში რა მდგომარეობაშიც იმყოფებოდა ის ზარალის მიღებამდე.

დაზღვევა არის რისკის მართვის ერთ-ერთი ფინანსური ინსტრუმენტი, რომლის საშუალებითაც შესაძლებელია რისკის შედეგად წარმოქმნილი ფინანსური ზარალის თავიდან აცილება [1]. დაზღვევის ძირითადი პრინციპია — ყოველწლიურად უამრავი ადამიანის მიერ გარკვეული თანხის საერთო ფონდში შეტანა, საიდანაც საჭიროების (სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის) შემთხვევაში კომპენსაცია მიეცემა ცალკეულ დაზღვეულ პირებს.

დაზღვევის ელემენტები თავდაპირველად საზღვაო გადაზიდვებში გამოჩნდა. შორ გზაზე მოგზაურობა ყოველთვის შეიცავდა რისკს (ქარიშხლების, ქარბი ტვირთისა და გაუმართავი, ან დაზიანებული კონსტრუქციის გამო ჩაძირვები). კრედიტორი გემის მფლობელს სადაზღვევო მოგზაურობისათვის აძლევდა თანხას იმ პირობით, რომ მშვიდობიანად დაბრუნების შემთხვევაში აღნიშნული თანხა უკან უნდა დაბრუნებოდა წინასწარ შეთანხმებული სარგებლის ჩათვლით.

დღეის მდგომარეობით სადაზღვევო ბაზარი საკმაოდ განვითარებული და კონკურენტუნარიანი დარგია. ფუნქციონირებს მრავალი სადაზღვევო კომპანია, რომლებიც მომხმარებლებს სადაზღვევო პროდუქტების მრავალფეროვან არჩევანს სთავაზობს.

დღეისათვის საქართველოს სადაზღვევო ბაზარზე არსებობს დაზღვევის შემდეგი სახეობები:

სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევა;

ქონების დაზღვევა;

სიცოცხლის დაზღვევა;

უბედური შემთხვევის დაზღვევა;

სამოგზაურო დაზღვევა;

საკრედიტო ვალდებულებების დაზღვევა;

სამოქალაქო პასუხისმგებლობის დაზღვევა;

ვალდებულებათა შესრულების დაზღვევა;

დაზღვევა საფინანსო დანაკარგებისაგან;

იურიდიული ხარჯების დაზღვევა;

სახმელეთო სატრანსპორტო საშუალებების

დაზღვევა (გარდა სარკინიგზო ტრანსპორტისა);

სარკინიგზო სატრანსპორტო საშუალებათა დაზღვევა;

სახმელეთო ტრანსპორტის გამოყენებასთან დაკავშირებული სამოქალაქო პასუხისმგებლობის დაზღვევა;

საჰაერო სატრანსპორტო საშუალებების დაზღვევა;

საჰაერო სატრანსპორტო საშუალებათა გამოყენებასთან დაკავშირებული პასუხისმგებლობის დაზღვევა;

მცურავი სატრანსპორტო საშუალებების დაზღვევა;

მცურავ სატრანსპორტო საშუალებათა გამოყენებასთან დაკავშირებული პასუხისმგებლობის დაზღვევა.

ტვირთების დაზღვევა;

გარდა ზემოაღნიშნულისა, დღეის მდგომარეობით შემუშავების პროცესშია საპენსიო დაზღვევის პროგრამა.

საქართველოში ყველაზე გავრცელებული სადაზღვევო პროდუქტებია - სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევა, სიცოცხლის დაზღვევა, სამოგზაურო დაზღვევა და ქონების დაზღვევა. საბანკო სექტორის მიერ, თავისი ინტერესების გათვალისწინებით, ასევე ხდება საკრედიტო ვალდებულებების დაზღვევის პოპულარიზაცია.

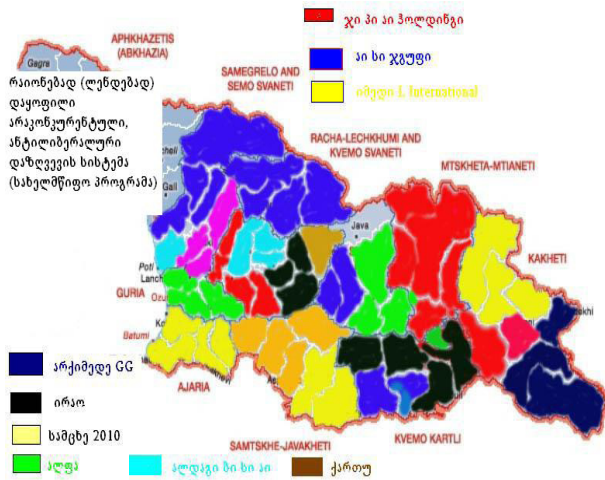
საქართველოში თავად სადაზღვევო მომსახურების საჭიროება განაპირობა 90-იანი წლების ეკონომიკურმა დაღმასვლამ, რამაც ჯანდაცვის სფეროში ინფრასტრუქტურის მდგომარეობისა და მომსახურების ხარისხის მკვეთრი გაუარესება გამოიწვია. აგრეთვე, შემცირდა სახელმწიფოს მხრიდან ჯანდაცვის სექტორის დაფინანსება. შესაბამისად მოსახლეობას სამედიცინო მომსახურების მისაღებად უწევდათ საკუთარი სახსრების გაღება, რაც საკმაოდ ძვირი და ხშირ შემთხვევაში საშუალო ეკონომიკური მდგომარეობის მქონე ოჯახისთვის ხელმიუწვდომელიც კი იყო.

საქართველოს ხელისუფლებამ ჯანდაცვის სექტორში პირველი ფართომასშტაბიანი რეფორმა 2006 წელს დაიწყო, როდესაც სახელმწიფოს მხრიდან ე.წ. “სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის” ინიცირება მოხდა. აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში, საქართველოს მთავრობამ, ვაუჩერული სისტემის გამოყენებით სოციალურად დაუცველი — სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფი მოსახლეობა სამედიცინო დაზღვევით უზრუნველყო.

პოგრამის ერთპიროვნულ მართვას 2008 წლიდან სადაზღვევო კომპანიები ახორციელებდნენ. 2010 წლის გაზაფხულზე მთავრობამ შეცვალა “სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის” ვაუჩერული სისტემა და სადაზღვევო კომპანიების უფლება პროგრამის მონაწილე პირების დაზღვევის თაობაზე მიაბა მათ ნება-სურვილს. შედეგად მივიღეთ სადაზღვევო მოდელი, სადაც “სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის” ფარგლებში სადაზღვევო კომპანიებს სახელმწიფო უდგენდა მათთვის ფინანსურად საზიანო პირობებს, რის სანაცვლოდაც სახელმწიფომ სადაზღვევო კომპანიებს შესთავაზა სხვადასხვა ტიპის შეღავათები/წახალისება, რითაც მათ უნდა გაადვილებოდათ აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში ნაკისრი ვალდებულებების შესრულება. ამ ტიპის შეღავათები/წახალისებები შეიძლება იყოს — დამატებითი სახელმწიფო შეკვეთები, პრივატიზების პროცესში კომპანიის პრივილეგირება ან/და ადგილობრივ ბაზარზე კომპანიის მონოპოლიური პოზიციების ტოლერირება. ჩვენს შემთხვევაში ეს აღმოჩნდა ქვეყნის კონკრეტული რეგიონის მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილისათვის სამედიცინო დაზღვევის შეთავაზების ექსკლუზიური უფლება.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სახელმწიფოს სადაზღვევო ბაზარზე არსებული პოზიციების გათვალისწინებით, 2010 წელს განხ-

ორცილებული ცვლილებების ლოგიკური შედეგი თითქმის ყველა მსხვილი სადაზღვევო კომპანიის პროექტში ჩართვა დახდა. საბოლოო ჯამში, სადაზღვევო კომპანიებს შორის კი სამოქმედო რეგიონები შემდეგნაირად გადანაწილდა:



წყარო: <https://heconomic.wordpress.com/>

2012 წელს “სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა” გაფართოვდა და სამედიცინო დაზღვევა საპენსიო ასაკში მყოფ ქვეყნის მოსახლეობაზე, სტუდენტებსა და 6 წლამდე ბავშვებზეც გავრცელდა [2]. საერთო ჯამში, პროგრამის ფარგლებში ქვეყნის თითქმის 1.7 მლნ ადამიანის ანუ ქვეყნის მოსახლეობის 30%-ის დაზღვევა მოხდა.

“სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის” პარალელურად, 2006 წელს, სახელმწიფოს მხრიდან ასევე დაიწყო ქვეყნის ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების მცდელობა. პროექტის ძირითად იდეას მთლიანი სექტორის პრივატიზების გეგმა წარმოადგენდა. დაგეგმილი იყო სახელმწიფოს საკუთრებაში არსებული თითქმის მთლიანი უძრავი და მოძრავი ქონების კერძო ინვესტორისათვის უსასყიდლოდ გადაცემა, რომელიც არსებული ჰოსპიტალების გარემონტებასა და ახალი ჰოსპიტალების მშენებლობის ვალდებულებას აიღებდა საკუთარ თავზე. აღნიშნული პროექტის ჩავარდნის შემდგომ სახელმწიფომ გადაწყვიტა “სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამა” და ქვეყნის ჰოსპიტალური სექტორის განვითარების პროექტი ერთმანეთისათვის დაეკავშირებინა [3]. დაკავშირების შედეგად სადაზღვევო კომპანიები იძულებულნი გახდნენ აქტიურად ჩართულიყვნენ საავადმყოფოების შეძენა-გარემონტება ან/და ახალი საავადმყოფოების მშენებლობის პროექტში. 2012 წლის მდგომარეობით მათ მერ აშენდა 49 ახალი საავადმყოფო და საავადმყოფოების მთლიანი რაოდენობის თითქმის 42% მათ საკუთრებაში გადავიდა [4]. ტენდენცია მზარდი გახლდათ, რადგან 2012 წელს “სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის” გაფართოების შედეგად, სადაზღვევო კომპანიებმა დამატებით 13 ახალი საავადმყოფოს მშენ-

ებლობის ვალდებულება აიღეს საკუთარ თავზე [2].

აღნიშნულ პროექტს “ახალგაზრდა ფინანსისტთა და ბიზნესმენთა ასოციაციის” (აფბა) მოსაზრებით რეგიონებისათვის სიკეთე არ მოუტანია. უფრო მეტიც, ამ პროექტის წყალობით რეგიონში იმატა უმუშევრობის დონემ. აღნიშნულის თაობაზე საუბრობს აფბა-ს გამგეობის წევრი მერაბ ჯანიაშვილი 2012 წელს გაზეთ “კვირის პალიტრასთან” მიცემულ ინტერვიუში — “ტელევიზიით ლამის ყოველდღე ვხედავთ, როგორ იხსნება თანამედროვე აპარატურით აღჭურვილი საავადმყოფოები და როგორ იქმნება ახალი სამუშაო ადგილები, მაგრამ არავინ ამბობს, რა ხდება სინამდვილეში: თუ ადრე რეგიონში იყო, ვთქვით, სამი ტიპის ჰოსპიტალური დაწესებულება — საბავშვო პოლიკლინიკა (ცალკე, სამშობიარო — ცალკე, ჩვეულებრივი საავადმყოფო კი — ცალკე, ახალი საავადმყოფოს გახსნის შემდეგ იხურება სხვა სამედიცინო დაწესებულებები და რჩება ერთი, სადაზღვევო კომპანიის მფლობელობაში მყოფი კერძო კლინიკა, რომელიც კადრებს ისევ ძველი დაწესებულებებიდან იღებს, მაგრამ საბოლოოდ ისე გამოდის, რომ თუ ადრე ამ რეგიონში მუშაობდა 900 ექიმი ან ექთანი, ახლი საავადმყოფოს გახსნის შემდეგ მათგან მაქსიმუმ 300 კაცი დასაქმდება, ხოლო დანარჩენი უმუშევარი რჩება. ე. ი. უმუშევარი რჩება სამედიცინო პერსონალის დაახლოებით 70%. ასე მოხდა ლაგოდეხსა და ბორჯომში, სადაც ბევრი ექიმი დარჩა უმუშევარი.” [5]

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ 2010 წელს ჯანდაცვის სექტორის განვითარების სხვადასხვა პროექტის ერთმანეთზე მიბმამ სექტორზე ნეგატიურად იმოქმედა, რაზეც სადაზღვევო კომპანიების ლიკვიდაცია (“იმედი-გ”), სახელმწიფო პროგრამის ნებაყოფლობით დატოვება (“ალფა”) და გაკოტრების საქმის დაწყება (“არქიმედეს გლობალ ჯორჯია”) მეტყველებს.

სიტუაცია საქართველოს სადაზღვევო და ჯანდაცვის სექტორებში შეიცვალა 2012 წლის ოქტომბრის საპარლამენტო არჩევნების შემდეგ. ახალმა მმართველმა გუნდმა არსებული სახელმწიფო დაზღვევის მოდელი გრძელობადიან პერსპექტივაში არაეფექტიანად მიიჩნია და ახალი ფართომასშტაბიანი რეფორმის მომზადება დაიწყო. 2013 წლის თებერვლიდან საქართველომ “საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის” სახით უნივერსალურ ჯანდაცვის სისტემაზე გადასვლის პროცესი დაიწყო [6], რომლის ფარგლებშიც სამედიცინო მომსახურების მიმღებთა მიზნობრივი ჯგუფი შეიცვალა და აღნიშნული გავრცელდა საქართველოს მთლიან მოსახლეობაზე, გამონაკლის წარმოადგენდა კერძო დაზღვევის სქემაში ჩართული მოსახლეობა.

ახალი პროგრამის განხორციელება დაევალი საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საჯარო სამართლის იურიდიულ პირს — სოციალური მომსახურების სააგენტოს. შედეგად, სადაზღვევო კომპანიების ჩარევის გარეშე, საქართველოს თითოეულ მოსახლეს მიეცა შესაძლებლობა ესარგებლა სხვადასხვა ტიპის

სადაზღვევო პაკეტით.

აღნიშნული პროგრამის მიხედვით, საბიუჯეტო დაფინანსებაზე მყოფ სახელმწიფო სტრუქტურებს, საჯარო სამართლის იურიდიული პირებს, არასამეწარმეო (არაკომერციული) იურიდიული პირებსა და იმ საწარმოებს, რომელთა წილის 50%-ზე მეტი იყოს სახელმწიფოს მფლობელობაში, დაევალებათ ყოველთვიურად, სსიპ — სოციალური მომსახურების სააგენტოსათვის განახლებული მონაცემების მიწოდება, მათთან დასაქმებული იმ პირებისა და მათი ოჯახის წევრების შესახებ, რომლებიც იმავე ორგანიზაციების მიერ იყვნენ დაზღვეულნი საბიუჯეტო სახსრებით. პროგრამა ასევე ითვალისწინებდა ორმაგი საბიუჯეტო დანახარჯების გაწევის დაუშვებლობას ისეთ პირობებზე, რომლებიც მასში იყო გათვალისწინებული. ამასთან, აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ 2017 წლის 1 იანვრამდე გამონაკლისის წარმოადგენდნენ საქართველოს შინაგან სამქეთა და თავდაცვის სამინისტროებსა და მათ სტრუქტურულ ერთეულებში დასაქმებული პირები და მათი ოჯახის წევრები. ისინი სარგებლობდნენ, როგორც სახელმწიფო დაზღვევით, ასევე კერძოდ დაზღვევით, რომელიც ფინანსდებოდა საბიუჯეტო სახსრებიდან [6]. შესაბამისად 2014 წელს ორმაგი საბიუჯეტო დაზღვევით სარგებლობდა 72• 008 დასაქმებული და მათი ოჯახის წევრი, 2015 წელს — 72 403 დასაქმებული და მათი ოჯახის წევრი, 2016 წელს კი — 72•165 დასაქმებული და მათი ოჯახის წევრი (აღნიშნული ციფრები არ მოიცავს შტატგარეშედ დასაქმებულ პირებს და მათი ოჯახის წევრებს). [7]

აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ დღეს მოქმედი “საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაც” არ არის სრულყოფილი და მოიცავს არსებით ხარვეზებს, კერძოდ პროგრამა არ ითვალისწინებს 2013 წლის 1 ივლისის მდგომარეობით კერძო სადაზღვევო სექტორში ჩართული პირებისათვის, რომელთაც ამა თუ იმ მიზეზით შეუწყდათ სადაზღვევო კონტრაქტის მოქმედება, გეგმიური სტაციონარული მომსახურების დაფინანსებას, ისევე როგორც ამბულატორიის შემთხვევაში — ვიწრო პროფილის ექიმ-სპეციალისტთა კონსულტაციას, ექიმის დანიშნულებით ინსტრუმენტალურ გამოკვლევებს და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირის სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევებს. ასეთ შემთხვევებში, დაფინანსებას ასევე არ ექვემდებარება ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობა, კერძოდ — ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია, სხივური თერაპია და ამ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევები და მედკამენტები.

დასკვნა

ამჟამად, რომ სახელმწიფო პროექტებმა დიდი გავლენა იქონიეს საქართველოში არსებულ სადაზღვევო სისტემაზე. საქართველოს მთავრობის ინიციატივით განხორციელებული რეფორმების შედეგად თავდაპირველად სადაზღვევო კომპანიების ინტერესს სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევა წარმოადგენდა, ხოლო 2012 წლის საპარლამენტო არჩევნების შედეგად შეცვლილი მმართველი გუნდის ხედვამ და რეფორმებმა სადაზღვევო კომპანიებს წაართვა სამედიცინო (ჯანმრთელობის) დაზღვევის დიდი ნაწილი და აიძულა ეზრუნათ სხვა სადაზღვევო პროდუქტების განვითარებასა და პოპულარიზაციაზე.

მიუხედავად იმისა, რომ დროთა განმავლობაში იხვეწებოდა და ვითარდებოდა საქართველოს სადაზღვევო სისტემა, რასაც არაერთი ძირეული რეფორმა მოჰყვა, დღესდღეისობით მაინც არსებობს არსებითი ხასიათის ხარვეზები, რომელთა გაანალიზებაც და უმოკლეს ვადებში აღმოფხვრაც სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია, როგორც სადაზღვევო ბიზნესის შემდგომი განვითარებისათვის, ასევე საქართველოს მოსახლეობის ეკონომიკურ-სოციალური მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. ka.wikipedia.org
2. “ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის ბავშვების, 60 წლის და ზემოთ ასაკის ქალების და 65 წლის და ზემოთ ასაკის მამაკაცების (საპენსიო ასაკის მოსახლეობის), სტუდენტების, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირთა ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ” საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილება;
3. “სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ” საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილება;
4. ეროვნული ბანკის 2012 წლის წლიური ანგარიში;
5. www.kvirispalitra.ge
6. “საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ” საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილება;
7. “საქართველოს 2016 წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ” საქართველოს კანონი.