



საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში სადაზღვევო მომსახურების რეფორმები

სოფიო შირცხალავა
სტუ-ს დოქტორანტი
ელ.ფოსტა: sophiapir@yahoo.com

რეზიუმე

ნაშრომში განხილულია საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სადაზღვევო მომსახურების მხრივ მომხდარი ძირეული რეფორმები და საკანონმდებლო ცვლილებები, რომელთაც ადგილი ჰქონდა ჩვენს ქვეყანაში ბოლო 20

წლის განმავლობაში, სტატისტიკური მონაცემების დაყრდნობით.

საკვანძო სიტყვები: ჯანდაცვა, დაზღვევა, რეფორმა, ექიმი, პროგრამა, დაფინანსება.

შესავალი

დაზღვევამ, როგორც ფინანსური საქმიანობის შემადგენელმა ნაწილმა, წარმოშობიდან დღემდე განვითარების გრძელი გზა განვლო. როგორც წესი, დაზღვევაში ასხვას პოულობს საზოგადოებრივი და პირადი მოთხოვნილებების დაცვა სხვადასხვა არასასურველი მოვლენებისა და შემთხვევებისაგან.

ძველმა ბერძნებმა და რომაელებმა დასაბამი მისცეს ჯანმრთელობისა და სიცოცხლის დაზღვევას ჩვ. წ. 600 წელს, როცა მათ შექმნეს გილდიები (კავშირები) სახელად „კეთილმოსურნეთა საზოგადოებები“, რომლებიც ზრუნავდნენ ოჯახებზე და მათ წევრებს უხდიდნენ დაკრძალვის ხარჯებს სიკვდილის შემთხვევაში.

დაზღვევის ისეთი ფორმა, როგორიც დღესაც ცნობილი, უკავშირდება ლონდონის დიდ ხანძარს, რომელიც 1666 წელს მოხდა. 1680 წლის ბოლოს ედუარდ ლლოიდმა ლონდონში ჩაუყარა საფუძველი დაზღვევის ოფიციალურ სახეს. ლლოიდის სიკვდილის შემდეგ მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში სადაზღვევო ორგანიზაციებს ლლოიდები ეწოდათ.

დაზღვევა – ურთიერთობაა, რომელიც მყარდება ფიზიკური და იურიდიული პირების პირადი და ქონებრივი ინტერესების დასაცავად სადაზღვევო შენატანებით (სადაზღვევო პრემიით) ფორმირებული ფულადი ფონდებისა და კანონმდებლობით ნებადართული სხვა წყაროების ხარჯზე, გარკვეული გარემოებების

(სადაზღვევო შემთხვევების) დადგომისას.

დაზღვევის ობიექტი შეიძლება იყოს ნებისმიერი ქონებრივი ან პირადი არაქონებრივი ინტერესი, რომელიც არ ეწინააღმდეგება საქართველოს კანონმდებლობას.

დაზღვევა ხორციელდება ნებაყოფლობითი და სავალდებულო ფორმებით. ნებაყოფლობითი დაზღვევა ხორციელდება მზღვეველსა და დამზღვევს შორის დადებული ხელშეკრულების საფუძველზე. სავალდებულო დაზღვევა არის დაზღვევის ისეთი ფორმა, რომლის დროსაც დაზღვევის ობიექტი, სახეობები და განხორციელების წესი განისაზღვრება შესაბამისი კანონით სავალდებულო დაზღვევის შესახებ.

საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის განვითარების მოკლე ისტორიული მიმოხილვა და რეფორმები

საქართველოში სამედიცინო დაზღვევის სისტემამ განვითარების რამოდენიმე ეტაპი გაიარა. სოციალისტური სისტემიდან საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლის შედეგად ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნებში დაირღვა ყველა სფეროში მოქმედი ცენტრალიზებული სისტემები, შესაბამისად ყველგან გაჩნდა სერიოზული პრობლემები მათ შორის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ სფეროებში. ამ პროცესს არც საქართველოში ჩაუვლია უმტკივნეულოდ.

1992-1996 წლებში რეალური ეროვნული შემოსავალი 1990 წლის მონაცემებთან შედარ-



ებით 78%-ით შემცირდა. ერთ სულ მოსახლეზე წლის განმავლობაში ჯანმრთელობის დაცვაზე გაწეული დანახარჯი ერთ აშშ დოლარსაც კი არ უდრიდა.

სამუშაოსა და შემოსავლის გარეშე დარჩენილი მოსახლეობის უდიდეს ნაწილის გადახდისუნარიანობის დაკარგვამ და სამედიცინო მომსახურების მიღებისათვის როგორც ფინანსურმა, ასევე გეოგრაფიულმა დაბრკოლებებმა (განსაკუთრებით სოფლად, მთიან, ძნელად მისადგომ ადგილებში) საგრძნობლად იმოქმედა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. იმატა ავადობამ დაავადებათა თითქმის ყველა ძირითადი კლასის მიხედვით. შემცირდა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა და გაიზარდა მოკვდაობის რიცხვი.

1995 წლიდან ძალაში შევიდა კანონი სამედიცინო გადასახადის შესახებ, რომელიც ითვალისწინებდა მოქალაქეთა ხელფასიდან დამატებით 3%-ის დაქვითვას მათი სამედიცინო მომსახურებისათვის. მიღებული თანხებით ფინანსირდებოდა ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამები, რომელთაგან უნდა აღინიშნოს:

1. სოციალურად საშიშ დაავადებათა პროფილაქტიკა
2. ერთ წლამდე ბავშვთა მკურნალობა
3. ორსულთა ზედამხედველობა
4. ომის მონაწილეთა და უმწეო მდგომარეობაში მყოფი მოსახლეობის ურგენტული დახმარება

ეს სახსრების ასევე ხმარდებოდა კატასტროფებისა და ეპიდემიოტექნიკისათვის რეზერვების შექმნას და სამედიცინო მეცნიერების განვითარებას.

პროგრამები ითვალისწინებდა საქართველოს ყველა მოქალაქისათვის თანაბარი, მაგრამ კონკრეტული, შეზღუდული ასორტიმენტის მქონე სამედიცინო მომსახურების (თანა) დაფინანსებას და არაფექტური აღმოჩნდა მოსახლეობის უნივერსალური მოცვის ამბიციისა და იმავდროულად დეფიციტური ბიუჯეტის გამო, რომელიც ყოფნიდა დაავადებათა რეალურ შემთხვევების წლიური რაოდენობის დაახლოებით 20%-ს. პროგრამების არასრულყოფილებამ იმაშიც გამოიხატებოდა, რომ მოსახლეობის უდიდეს ნაწილს წარმოუდგენაც კი არ ჰქონდა მათი არსებობის შესახებ.

2004-2006 წლებში ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროში დონორი ორგანიზაციების დახმარებით დაიწყო მუშაობა ჯანდაცვის სისტემის რეფორმაზე, მაგრამ მისი განხორციელება შეფერხდა გადაწყვეტილების მომდებთა ერთიანი

და ჩამოყალიბებული კონცეფციის უქონლობის გამო. თუმცა, ამ პერიოდში შეინიშნებოდა გარკვეული პოზიტიური ძვრები - უკვე 2003 წლიდან მოქმედებდა პირველადი ჯანდაცვის პროგრამა, რომლის მიზანს წარმოადგენდა სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ყველა მოქალაქისათვის, მიუხედავად მისი ასაკის, სქესისა და რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია სოციალური მდგომარეობისა.

2006 წელს ჩამოყალიბდა ჯანდაცვის სექტორში რეფორმების განხორციელების ძირითადი პრინციპები. რეფორმის კონცეპტუალური მოდელი ითვალისწინებდა 4 სტრატეგიულ მიმართულებას:

I. აუცილებელ სამედიცინო მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა და მოსახლეობის დაცვა სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ფინანსური რისკებისაგან;

II. პირველადი ჯანდაცვა

III. სტანდარტულ სტაციონარულ მომსახურება

IV. VI. მაღალტექნოლოგიური პოსპიტალურ მომსახურება

ამრიგად, პირად დაცვაზე სახელმწიფო დანახარჯების ოპტიმიზაცია რამოდენიმეჯერ განხორციელდა 1995-2004 წლებში:

ჯანდაცვის სახელმწიფო უნივერსალური პროგრამები (2006, 2007 წწ.) ითვალისწინებდა საქართველოს მთელი მოსახლეობისათვის – ყველა მოქალაქისათვის თანაბარი, მაგრამ კონკრეტული, შეზღუდული ასორტიმენტის მქონე სამედიცინო მომსახურების პაკეტის (თანა) დაფინანსებას. პროგრამები არაფექტური აღმოჩნდა მოსახლეობის უნივერსალური მოცვის ამბიციისა და იმავდროულად დეფიციტური ბიუჯეტის (სახსრები საშუალოდ ყოფნიდა რეალურ შემთხვევათა წლიური რაოდენობის მხოლოდ 20%-ს) გამო. პროგრამების არასრულყოფილებამ განაპირობა, რომ მოსახლეობის უდიდეს ნაწილს წარმოუდგენაც კი არ ჰქონდა მათი არსებობის შესახებ.

2006 წელს, საქართველოს მთავრობამ ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსების სისტემაში ცვლილების შეტანისას, ჯანმრთელობის გაუარესებასთან დაკავშირებული ფინანსური რისკების უკეთ მართვის მიზნით, სამედიცინო მომსახურების შესყიდვის მაგივრად არჩევანი ჯანმრთელობის დაზღვევის შესყიდვის სასარგებლოდ გააკეთა. „საქართველოს სადაზღვევო ასოციაციასთან“ თანამშრომლობის შედეგად მთავრობამ შეიმუშავა კონცეფცია, რომელიც ითვალისწინებდა ერთდროულად ორი მიმართულებით მუშაობას,



ორ ძირითად პრინციპზე დაყრდნობით:

პირველი პრინციპი: სახელმწიფო დაფინანსების მიზნობრივი სისტემის შექმნა მოსახლეობის სოციალურად ყველაზე დაუცველ ფენების სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფისათვის; მეორე პრინციპი: სახელმწიფო სახსრების მართვა კერძო დაზღვევის განვითარების ხელშეწყობისათვის.

სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევით უზრუნველყოფის პირველი სახელმწიფო პილოტური პროგრამა 2007 წელს შემუშავდა და სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყო თბილისსა და იმერეთის რეგიონში აღრიცხული სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი 196 000 მოქალაქე.

2008 წლის საქართველოს მთავრობის 192 დადგენილების “სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გადასაცემი სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ” საფუძველზე მთელი საქართველოს მასშტაბით დაიწყო მოსახლეობის ეტაპობრივად დაზღვევარეგიონების მიხედვით. წლის ბოლოსათვის პოლისი გადაეცა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ 666 651 ადამიანს. უკანასკნელი, 2010 წლის აპრილის თვის მონაცემებით ჯანმრთელობის დაზღვევით უზრუნველყოფილია სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი 954 966 მოქალაქე.

სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფის სტატუსი მოქალაქეს ენიჭებოდა, თუ მისი ოჯახისათვის, “სოციალური მომსახურების სააგენტოს” შეფასების სისტემის მიხედვით ჩატარებული გამოკვლევების საფუძველზე მიკუთვნებული ქულათა ჯამი არ აღემატება 70 000-ს.

სოციალური მომსახურების სააგენტო მოქალაქეს გადასცემდა ვაუჩერს. მოქალაქე თავად ირჩევდა სადაზღვევო კომპანიას, აფორმებდა ხელშეკრულებას, ვაუჩერით ღებულობდა სადაზღვევო პოლისს, რომლის საფუძველზეც უზრუნველყოფილი იყო სადაზღვევო ვაუჩერით დაფინანსებული სამედიცინო დაზღვევის პირობებით.

პარალელურად, 2007 წლიდან, სახელმწიფო უწყებებმა აქტიურად დაიწყეს კერძო სამედიცინო დაზღვევის შესყიდვა და სახელმწიფო დაფინანსების მეშვეობით სადაზღვევო სისტემაში სხვადასხვა საჯარო ორგანიზაციების წარმომადგენლები ჩაერთვნენ.

საქართველოს მოსახლეობის ერთი მესამედი სარგებლობს სამედიცინო დაზღვევით; საქართველოში 12 სადაზღვევო კომპანიაა, რომლებიც ამა თუ იმ ფორმით ემსახურებიან ადამიანებს. ესენია: “ჯი პი აი ჰოლდინგი”, “ალფა”, “ალდაგი ბისიი”, “სტანდარტ დაზღვე-

ვა საქართველო”, “იმედი ინტერნაციონალ”, “გესტი”, “ქართუ”, ირაო”, “აი სი ჯგუფი”, “ტაო”, “პარტნიორი” და “არქიმედეს გლობალ ჯორჯია”. კონკურენციის მიუხედავად, ამ კომპანიების მუშაობის სტილი თითქმის ერთნაირია. ციფრებს თუ მოვიშველიებთ, დავინახავთ, რომ ყველაზე უკეთ სადაზღვევო სექტორში სამედიცინო დაზღვევა ვითარდება და მთლიანად დაზღვეულთა 68 პროცენტს შეადგენს. მათგან 84 პროცენტი სახელმწიფოს მიერაა დაზღვეული, მათ შორის კი თვალსშისაცემი უმრავლესობა სოციალურად დაუცველი ფენაა და მათი დაზღვევის ხარჯებს სახელმწიფო ანაზრაურებს. შევთანხმდეთ მთავარზე: როდესაც სამედიცინო დაზღვევაზე ვლაპარაკობთ, სინამდვილეში კორპორატიული წესით დაზღვეულებზე ვლაპარაკობთ, ისიც უმთავრესად თბილისში. 2011 წლის მონაცემებით მხოლოდ 8 პროცენტმა დააზღვია საკუთარი ქონება და 7-მა - სატრანსპორტო საშუალებები. არცაა გასაკვირი: ქვეყანაში, სადაც მუდმივად მიმდინარეობს ჯანდაცვის რეფორმა და ასევე მუდმივად იზრდება ფასები სამედიცინო მომსახურებასა თუ მედიკამენტებზე, წინდახედული ადამიანები სწორედ საკუთარ ჯანმრთელობაზე ზრუნავენ.¹

მაინც, რითი გავს სადაზღვევო კომპანიის სამედიცინო პაკეტი ერთმანეთს? უპირველესად იმით, რომ 65 წლის ზემოთ, რაგინდ მდიდარი არ უნდა იყოთ, არც ერთი მათგანი არ დაზღვევთ. რომ იკითხოთ რატომ, ასეთ პასუხს მოისმენთ: კომპანიებისთვის ამ ასაკობრივი ჯგუფის მომსახურება წამგებიანია, თანაც სახელმწიფო 65 წელს ზემოთ ყველას უფასო მკურნალობას სთავაზობს. სინამდვილეში ხანდაზმულებს უფასოდ მხოლოდ 4 სამედიცინო პროგრამის ფარგლებში ემსახურებიან და, ბუნებრივია, მთელი რიგი დაავადებების შემთხვევაში, ხანშიშესულ პაციენტთა დიდი ნაწილი ამ პროგრამების მიღმა რჩება. მეორე მსგავსება სადაზღვევო კომპანიებს შორის ისაა, რომ ინდივიდუალურად დაზღვევის შემთხვევაში ძნელად თუ ავინაზღაურდებათ იმ დაავადებების გამოვლინებისთან დაკავშირებული ხარჯები, რომელთა მკურნალობასაც სოლიდური თანხა სჭირდება.

12-დან მხოლოდ 5 სადაზღვევო კომპანიაშია შესაძლებელი ინდივიდუალურად დაზღვევა (“ჯი პი აი ჰოლდინგი”, “ალფა”, “ალდაგი ბისიი”, “სტანდარტ დაზღვევა საქართველო”, “იმედი ინტერნაციონალ”). კონკრეტულად რა ციფრებზეა ლაპარაკი, სადაზღვევო კომპანიე-

¹ www.geolaw.wordpress.com [უკანასკნელად ნანახია 5 დეკემბერი 2013].



ბი ინფორმაციას არ იძლევიან. ამისდა მიუხედავად, ინდივიდუალურად დაზღვეულთა რიცხვი რომ საგრძნობლად მცირეა კორპორატიულად დაზღვეულებთან შედარებით, ეს ფაქტია.

თუ სადაზღვევო პაკეტებს გადავხედავთ, ადვილად აღმოვაჩენთ, რომ მომსახურების თვალსაზრისით დიდი სხვაობა კომპანიებს შორის არ შეიმჩნევა არც ფინანსური კუთხით და არც იმ სერვისის ჩამონათვალით, რის ანაზღაურებასაც კომპანიები გეპირდებიან. აქ ლაპარაკია უფრო რაოდენობრივ მაჩვენებლებზე, ანუ, თუ მე ვიხდი თვეში 50 ლარს, ამ შემთხვევაში უფრო მეტჯერ შემიძლია მივაკითხო სამედიცინო დაწესებულებას, ვიდრე მაშინ, 25 ლარს რომ ვიხდიდე. ყველაზე დიდ პრობლემას ანაზღაურებისას ურგენტული (გადაუდებელი) შემთხვევები ვაწყდებით, როდესაც უნდა დავემტოცოთ სადაზღვევო კომპანიას, რომ, მაგალითად, ქირურგიული ჩარევა არ გამოუწვევია ქრონიკულ დაავადებებს.² სამედიცინო დაზღვევის მონაცემები 2012 წლისთვის შემდეგნაირად გამოიყურება:

თბილისი (BPI) – სამედიცინო დაზღვევის სექტორში მოზიდულმა პრემიამ 2012 წლის პირველ კვარტალში 91.6 მლნ ლარი შეადგინა და სხვა დაზღვევის სახეობებს შორის ყველაზე მაღალი წილი უჭირავს – 70%. კომპანიების მიერ ანაზღაურებული ზარალის მოცულობა კი 45,204 მლნ. ლარია.

სამედიცინო დაზღვევის სექტორში მოზიდული პრემიის მიხედვით კომპანია „აღდაგი ბისია“ ლიდერობს, კომპანიის მიერ მოზიდულმა პრემიამ 23,811 მლნ. ლარი შეადგინა. ანაზღაურებული ზარალის მოცულობა კი 6,6 მლნ. ლარს უტოლდება. შემდეგ მოდის კომპანია „ჯიპიაი პოლინგი“, მის მიერ მოზიდულმა პრემიამ 12,282 მლნ. ლარი, ანაზღაურებული ზარალის მოცულობამ 8,029 მლნ. ლარი შეადგინა.

მოზიდული პრემიის მიხედვით მესამეა „პსპ სამედიცინო დაზღვევა“ – 11 მლნ, ლარით, კომპანიამ პირველ კვარტალში 1,875 მლნ. ლარი ანაზღაურა.

სამედიცინო დაზღვევის სექტორში მოზიდული პრემიის მიხედვით სხვა კომპანიების მონაცემები შემდეგია:

– იმედი, მოზიდული პრემია 9,988 მლნ. ლარი, ანაზღაურებული ზარალი – 8 მლნ. ლარი; – „აღფა“ – მოზიდული პრემია 7,309 მლნ. ლარი, ანაზღაურებული ზარალი – 8,334 მლნ. ლარი; – „არქიმედეს გლობალ ჯორჯია“ – მოზიდული პრემია – 7,204 მლნ. ლარი, ანაზღაურებული

ზარალი – 1,657 მლნ. ლარი; – „ირაო“ – მოზიდული პრემია – 7,161 მლნ. ლარი, ანაზღაურებული ზარალი – 3,785 მლნ. ლარი; – „აისი ჯგუფი“ – მოზიდული პრემია – 5,392 მლნ. ლარი, ანაზღაურებული ზარალი – 5,397 მლნ. ლარი; – ქართუ – მოზიდული პრემია 4,290 მლნ. ლარი, ანაზღაურებული ზარალი – 731 ათასი ლარი; – ტაო – მოზიდული პრემია 2,776 მლნ. ლარი, ანაზღაურებული ზარალი – 774 ათასი ლარი; – უნისონი – მოზიდული პრემია, 216 ათასი ლარი, ანაზღაურებული ზარალი – 17 356 ლარი; – სტანდარტ დაზღვევა – მოზიდული პრემია 212 ათასი ლარი, ანაზღაურებული ზარალი – 50 548 ლარი; – არდი ჯგუფი – მოზიდული პრემია 6000 ლარი, ანაზღაურებული ზარალი 17 000 ლარი; მიმდინარე წლის მაისში კომპანია „აღდაგი ბისიაიმ“ ბაზრის მეორე ლიდერი იმედი შეიძინა. მთლიანობაში სადაზღვევო კომპანიების მიერ მოზიდულმა პრემიამ 2012 წლის პირველ კვარტალში 130 მლნ. ლარი შეადგინა.³

2013 წლის 28 თებერვლიდან საყოველთაო დაზღვევა ამოქმედდა, დაზღვევის მინიმალურ პაკეტს 2 მილიონზე მეტი ადამიანი მიიღებს. საყოველთაო დაზღვევა პირველ ეტაპზე გეგმიურ ამბოლატორულ მომსახურებას – პოლიკლინიკაში, უბნის, ან ოჯახის ექიმთან ვიზიტს და ძირითად კლინიკურ-ლაბორატორიულ კვლევებს, ამბოლატორიულ და სტაციონალურ ჩარევებს. გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება, რომლის მაქსიმალური თანხა 15 ათასი ლარია, ყველასთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს.⁴

2013 წლის 1 ივლისიდან საქართველოს მონახლეობა საყოველთაო დაზღვევის ფარგლებში გაფართოებულ სამედიცინო მომსახურებას მიიღებს.

დაზღვევის ფარგლებში ფართოვდება ურგენტული შემთხვევების დაფინანსების სპექტრი. კერძოდ, პროგრამა ითვალისწინებს ამბულატორიაში ოჯახის ექიმის მომსახურების, ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული კვლევების დაფინანსებას. ასევე, როგორც ჯანდაცვის სამინისტროში აცხადებენ, სახელმწიფო დაფინანსებს გეგმიურ ოპერაციებს (წლიური ლიმიტი 15 ათასი ლარი. დაფინანსდება 70%-ით), ასევე დაფინანსდება ონკოლოგიური პაციენტების მკურნალობა (წლიური ლიმიტი 12 ათასი ლარი, დაფინანსდება 80%-ით) და ორსულთა პატრონაჟი და მშობიარობა (ფიზიოლოგიური 500 ლარი და საკეისრო კვეთა 800 ლარი).

³ www.agora.ge [უკანასკნელად ნანახია 1 დეკემბერი 2013].

⁴ www.for.ge/view.php?for_id=21886&cat=1 [უკანასკნელად ნანახია 5 დეკემბერი 2013].

² თოდუა ს., რა ვიცი სამედიცინო დაზღვევის შესახებ? - გაზ. „24 საათი“, 10 ოქტ. 2010.



გამოყენებული ლიტერატურა

1. საქართველოს კანონი „დაზღვევის შესახებ“, თბ. 1997;
2. საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის კომენტარი წიგნი V, ლ. ჭანტურიას რედაქციით. თბ.; 2000,
3. არეშიძე ლ., შონია ნ., ლავთაძე გ., სადაზღვევო საქმე, ქუთაისი 2005;
4. ბენიძე ნ., შონია ნ., ბიწაძე ჯ., რისკები და დაზღვევა, თბ. 2010;
5. თოდუა ს., რა ვიცით სამედიცინო დაზღვევის შესახებ? - გაზ. „24 საათი“, 10 ოქტ. 2010;
6. ლეჟავა ნ., სადაზღვევო ბაზარი საქართველოს გარდამავალ ეკონომიკაში, თბ. 2006.
7. მურჯიკნელი მ., სამედიცინო დაზღვევა საქართველოში, თბ. 2003;
8. ფაჩულია რ., დაზღვევა; პრობლემები და მოსაზრებები, თბ. 1998;

ინტერნეტ საიტები

- www.geolaw.wordpress.com [უკანასკნელად ნანახია 5 დეკემბერი 2013].
- www.agora.ge [უკანასკნელად ნანახია 1 დეკემბერი 2013].
- www.for.ge/view.php?for_id=21886&cat=1 [უკანასკნელად ნანახია 5 დეკემბერი 2013].
- <http://myadvokat.ge/> [უკანასკნელად ნანახია 5 დეკემბერი 2013].

INSURANCE SERVICE REFORMS IN HEALTHCARE SYSTEM OF GEORGIA

SOPHIO PIRTSKHALAVA

stu-s doqtoranti

E-mail: sophiapir@yahoo.com

Summary

Paper considers the principle reforms and legislative changes carried out in respect to insurance service reforms in healthcare system of Georgia, which have been occurred in our country during the last 20 years, based on the statistic data.