



საქართველოს კონტროლის პალატის აუდიტის
აქტი

№ 18/00

„22“ ივნისი 2011

ქ. თბილისი

“ვ ა მ ტ კ ი ც ე ზ”
სოციალური სფეროს აუდიტის
დეპარტამენტის უფროსი

გიორგი ალასანია
„22“ ივნისი 2011 წელი
ეგზ. N2

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს
სისტემის დაწესებულებათა მიერ მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის
სახელმწიფო პროგრამების მართვის შესაბამისობის აუდიტის აქტი
(01.01.07-01.01.2011)

ს ა რ ჩ ე ვ ი

შესავალი-----	გვ. 3
აუდიტის მნიშვნელოვანი შედეგები -----	გვ. 5
ძირითადი ტექსტი -----	გვ. 8
აუდიტის აქტის გასაჩივრების წესი -----	გვ. 44
აუდიტის ჯგუფის წევრთა ხელმოწერები-----	გვ. 44

შესავალი

ფინანსური აუდიტის საფუძველი - საქართველოს კონტროლის პალატის თავმჯდომარის 2010 წლის 22 ოქტომბრის N91/43, 12 ნოემბრის N95/43 და 2011 წლის 17 მარტის N24/43 ბრძანებები.

აუდიტის ობიექტი - საჯარო სამართლის იურიდიული პირი - სოციალური მომსახურების სააგენტო; იურიდიული მისამართი: ქ. თბილისი, აკაკი წერეთლის გამზ. N144, ტელ: 51 00 41;

სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულება - ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტო რეორგანიზებული იქნა სხვადასხვა დაწესებულებებთან მიერთების გზით საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 21 სექტემბრის N288 დადგენილების საფუძველზე.

აუდიტის ჯგუფი - მთავარი აუდიტორი ირაკლი ყენია (ჯგუფის ხელმძღვანელი) აუდიტორი ლალი სეხნიაშვილი და აუდიტორ-ასისტენტი ლევან მერაბიშვილი.

აუდიტის პროგრამით გათვალისწინებული საკითხები ჯგუფის წევრების მიერ შესწავლილი იქნა ერთობლივად.

აუდიტის ვადა - 22/10/10 -13/12/10, 17/03/11 - 6/04/11 (დაწყება-დამთავრება).

შემოკლებანი

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამები - პროგრამები;

საჯარო სამართლის იურიდიული პირი „სოციალური მომსახურების სააგენტო“ - სოციალური მომსახურების სააგენტო;

სახელმწიფო საქვეუწყებო დაწესებულება - ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტო - ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტო;

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო - სამინისტრო;

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი - მინისტრი.

საქმიანობის მოკლე მიმოხილვა

აუდირებულ პერიოდში მოქმედებდა (1) სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის, (2) სახალხო არტისტების, სახალხო მხატვრებისა და რუსთაველის პრემიის ლაურეატების ჯანმრთელობის დაზღვევის, ასევე (3) ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევით მოსახლეობის დაფარვის ხელშეწყობის მიზნობრივი სახელმწიფო პროგრამები, რომელთა განხორციელებით სახელმწიფო უზრუნველყოფდა მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობას კერძო სამედიცინო სადაზღვევო მექანიზმების საფუძველზე, პირველადი ჯანდაცვისა და ჰოსპიტალური მომსახურების დონეზე.

სადაზღვევო ვაუჩერით დაფინანსებული სამედიცინო დაზღვევის პირობები ითვალისწინებდა რიგი სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებას, რომლის დაფარვა ეკისრებოდა საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად ლიცენზირებულ სადაზღვევო ორგანიზაციას.

2007-2009 წლებში ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებს მართავდა ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტო, ხოლო 2010 წელს, ასევე 2009 წელს ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევით მოსახლეობის დაფარვის ხელშეწყობის მიზნობრივ პროგრამას - სოციალური მომსახურების სააგენტო.

სააგენტოების მიერ დაზღვევის პროგრამის მართვის თვალსაზრისით, მათ ძირითად მოვალეობებს შეადგენდა დასაზღვევთა კატეგორიის იდენტიფიცირება, სადაზღვევო ვაუჩერის დარიგება და განაღდება, სადაზღვევო კომპანიებთან ფინანსური ანგარიშსწორება, ბენეფიციართა უფლებების რეალიზაცია, ანგარიშგების ფორმების მეშვეობით სადაზღვევო კომპანიების პროგრამული საქმიანობის მონიტორინგი, გამოვლენილი ნაკლოვანებების აღმოფხვრა და ა.შ.

სოციალური მომსახურების სააგენტოს ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფუნქციას, მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის ერთიანი საინფორმაციო სისტემის დანერგვისა და დაზღვევის ბენეფიციართა დადგენის მიზნით, შეადგენდა “სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიანი ბაზის” შექმნა, დასაზღვევთა დადგენა და ბაზის პერიოდული სრულყოფა/განახლება.

მოსახლეობის დაზღვევის პროგრამას ორი ძირითადი მიზანი აქვს:

1. სამედიცინო ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება, რაც ზრდის სამედიცინო მომსახურების მოხმარებას;

2. იმ ოჯახების ფინანსური დაცვა, რომლებიც საჭიროებენ სამედიცინო მომსახურებას, რაც გამოიხატება დაზღვეული მოქალაქეების სამედიცინო მომსახურების ღირებულების სადაზღვევო კომპანიის მიერს ანაზღაურებაში.

აღნიშნული მიზნის მისაღწევად აუცილებელია პროგრამის ორგანიზებული და ეფექტიანი მართვა. აქედან გამომდინარე, აუდიტის შესწავლის საგანს წარმოადგენდა დასახული ძირითადი მიზნის მიღწევის ხარისხის განსაზღვრა, რაც

44

დაკავშირებულია პროგრამის თანმიმდევრულ მართვასთან. აღნიშნული მოიცავს შემდეგი საკითხების აუდიტს:

1. სამინისტროს სისტემის დაწესებულებათა მიერ სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელების მდგომარეობა;
2. ზემოაღნიშნული ძირითადი მიზნების მისაღწევად საბიუჯეტო პროგრამული სახსრების ხარჯვის მიზნობრიობა და ეფექტიანობა;
3. სადაზღვევო კომპანიების მიერ ნაკისრი ვალდებულებების დროულად და ჯეროვნად შესრულება და სახელმწიფოს წინაშე ანგარიშგება;
4. ბენეფიციართა კანონიერი ინტერესების უზრუნველყოფა და მათი დაცვის მექანიზმები, სადაზღვევო პირობების ნაკლოვანებები;
5. პროგრამების ბენეფიციართა ბაზების ფორმირება, მართვა და მონიტორინგი.

აღნიშნული საკითხების შესწავლის მიზანს წარმოადგენს სახელმწიფო სადაზღვევო სისტემის გამართული ფუნქციონირების უზრუნველსაყოფად სამინისტროსათვის რეკომენდაციების წარდგენა.

აუდიტის მნიშვნელოვანი შედეგები

1. 2008-2010 წლების განმავლობაში სადაზღვევო კომპანიები ჯამში მოემსახურნენ **335,105** უმწეოს. აღნიშნულ პირთათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების 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** %-ს.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, პროგრამის მიზანი, გაზრდილიყო სამედიცინო მომსახურების მოხმარება, უტოლდება დაზღვეულთა **13.8%**-იან დაკმაყოფილებას (შემთხვევათა რაოდენობა **25.4%**), რაც მცირე მაჩვენებელია და საჭიროებს მნიშვნელოვანმატებას. სამედიცინო მომსახურების ზრდის მაჩვენებელი 2008-2010 წლებში სტატიკურია და არ იზრდება, რაც საფრთხეს უქმნის პროგრამული მიზნის მიღწევას.

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

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

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

3. სადაზღვევო კომპანიების ანგარიშგება სამინისტროს წინაშე არასისტემატიზირებული და მოუწესრიგებელია. წარდგენილი ყოველთვიური

ანგარიშების ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით სამინისტრო არ ამუშავებდა ანგარიშებს.

3.1. სადაზღვევო კომპანიები ხელოვნურად ამცირებენ ან არ აფიქსირებენ დაზღვეულთა დაუკმაყოფილებელი განაცხადების რაოდენობას. წარმოდგენილი მონაცემებით, 7 კომპანიის **515,226** დაზღვეულიდან მკურნალობაზე უარი მიიღო **0,23** %-მა.

3.2. 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 დაუკმაყოფილების სტატისტიკას მნიშვნელოვნად ზრდიან სწორედ მცირე ღირებულების მომსახურების გაწევით.

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

4. საჯარო დაზღვევის სისტემის ფარგლებში არ არის უზრუნველყოფილი პროგრამით მოსარგებლეთა ინტერესების სათანადოდ დაცვა.

4.1. სააგენტოს არ გაუტარებია საკმარისი ღონისძიებები დაზღვევის პირობების შესახებ მოსახლეობის სრულყოფილი ინფორმაციის მისაწოდებლად.

4.2. დაზღვეულ პირს არ აქვს სამკურნალო დაწესებულების არჩევის უფლება, ხოლო მკურნალობის დაფინანსების მოლოდინის ხანგრძლივობა შეადგენს 6 თვეს, რაც აიძულებს დაზღვეულს, თავად დააფინანსოს მკურნალობის ხარჯები.

5. დაზღვეულთა ბაზები შეიცავს არსებით ცდომილებებს, რაც, ერთი მხრივ, განაპირობებს საბიუჯეტო სახსრების არამიზნობრივად ხარჯვას, და, მეორე მხრივ, არღვევს უმწეოთა კანონიერ ინტერესებს:

5.1. დაზღვეულთა ბაზის ცდომილებების ქმნის მოქალაქის იდენტიფიცირების პრობლემას. **13,382** პირის საიდენტიფიკაციო მონაცემები არ ედრება სამოქალაქო რეესტრის მონაცემებს.

5.2. დაზღვეულთა ბაზაში უმწეო სტატუსით აღრიცხულია **278,782** მოქალაქე, რომლებსაც აქვთ ფინანსური შემოსავლების წყარო;

5.3. 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.

5.4. ბაზაში დაზღვეული აღმოჩნდა **17,690** გარდაცვლილი უმწეო მოქალაქე, რომელთა სასარგებლოდ 2008-2010 წლებში არამიზნობრივად გადახდილია **3,703,039** ლარი.

46

5.5. პროგრამის ფარგლებში უმწეოთა სტატუსით დაზღვეულია საქართველოს მოქალაქეობიდან გასული, მოქალაქეობაშეწყვეტილი და მუდმივად უცხოეთში საცხოვრებლად მყოფი **188** მოქალაქე.

5.6. 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.

5.7. 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.

5.8. საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ განხორციელებული საჯარო სკოლის პედაგოგთა და ადმინისტრაციულ-ტექნიკური პერსონალის დაზღვევის პროგრამით და საჯარო დაზღვევის პროგრამით ერთდროულად მოსარგებლეთა რაოდენობამ 2008-2010 წლებში შეადგინა **3,183** პედაგოგი და სკოლის ადმინისტრაციულ-ტექნიკური პერსონალი, რომელთა სასარგებლოდ უმწეოთა დაზღვევის პროგრამის ფარგლებში სადაზღვევო პრემიის სახით გადარიცხულია **904,567** ლარი.

44

ძირითადი ტექსტი

1. სამინისტროს სისტემის დაწესებულებათა მიერ სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების განხორციელების მდგომარეობა

აუდიტის პერიოდში, წლების მიხედვით მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამები დამტკიცებული იქნა საქართველოს მთავრობის 7 სხვადასხვა დადგენილებით¹. აუდიტის მიმდინარეობის პერიოდში მოქმედებდა მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის N218 დადგენილება „სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“, რომელიც განსაზღვრავს სადაზღვევო ვაუჩერის პირობებს და სადაზღვევო კონკურსში გამარჯვებული მზღვეველის გამოვლენის წესს.

დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეთა განსაზღვრის მიზნით, აუდიტურ პერიოდში მოქმედებდა სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიანი ბაზის ფორმირების წესი². დასაზღვევი უმწეო მოქალაქეთა კატეგორიის იდენტიფიცირება ხორციელდება ამ ბაზიდან ელექტრონული რეპორტით მათთვის მინიჭებული ქულების გაფილტვრის მეშვეობით.

საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის N218 დადგენილების შესრულების უზრუნველყოფის მიზნით, სოციალური მომსახურების სააგენტოს დირექტორის 2010 წლის 8 იანვრის N 01/01-ო ბრძანებით დამტკიცდა 2010 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით მოსახლეობისათვის სადაზღვევო ვაუჩერის გაცემის წესი.

აუდიტის პერიოდში, მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების შესასრულებლად, სახელმწიფო ბიუჯეტით გათვალისწინებული ასიგნებებისა (სადაზღვევო პრემია) და გაწეული ხარჯების მაჩვენებლებია:

2007 წელი

		(ლარი)
	პროგრამის დასახელება	გადახდა
1	სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევა	5 078 917

2008 წელი

		გადახდა
	პროგრამის დასახელება	
1	სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევა	48 823 516
2	სახალხო არტისტების, სახალხო მხატვრებისა და რუსთაველის	19 124

¹ იხ. დანართი.

² დამტკიცებული საქართველოს მთავრობის 2005 წლის 17 მარტის N51 და 2010 წლის 24 აპრილის N126 დადგენილებებით.

48

	პრემიის ლაურეატების ჯანმრთელობის დაზღვევა	
3	ჯამი	48 842 640

2009 წელი

	პროგრამის დასახელება	გადახდა
1	სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევა	124 817 223
2	სახალხო არტისტების, სახალხო მხატვრებისა და რუსთაველის პრემიის ლაურეატების ჯანმრთელობის დაზღვევა	32 363
3	ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევით მოსახლეობის დაფარვის ხელშეწყობის მიზნობრივი პროგრამა ³	5 629 846
4	ჯამი	130 479 432

2010 წელი

	პროგრამის დასახელება	გადახდა
1	სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევა	141 562 497
2	ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევით მოსახლეობის დაფარვის ხელშეწყობის მიზნობრივი პროგრამა	5 695 266
3	ჯამი	147 257 763

2007-2010

პროგრამის დასახელება	გადახდები				
	2007	2008	2009	2010	ჯამი
სახალხო არტისტების, სახალხო მხატვრებისა და რუსთაველის პრემიის ლაურეატების ჯანმრთელობის დაზღვევა	-	19,124	32,363	-	51,487
სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევა	5,078,917	48,823,516	124,817,223	141,562,497	320,282,153
ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევით მოსახლეობის დაფარვის ხელშეწყობის მიზნობრივი პროგრამა	-	-	5,629,846	5,695,266	11,325,112
ჯამი	5,078,917	48,842,640	130,479,432	147,257,763	331,658,752

წლების მიხედვით პროგრამების პირობები (ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევით მოსახლეობის დაფარვის ხელშეწყობის მიზნობრივი პროგრამის გარეშე) ითვალისწინებდა ბენეფიციართა შემდეგ კატეგორიას, სადაზღვევო პრემიის ფასსა და სადაზღვევო პერიოდებს:

³ აუდიტის აქტში წარმოდგენილი ინფორმაცია არ მოიცავს „ჯანმრთელობის ნებაყოფლობითი დაზღვევით მოსახლეობის დაფარვის ხელშეწყობის მიზნობრივი პროგრამის“ ფარგლებში საბიუჯეტო სახსრების ხარჯვის მიზნობრიობას.

წელი	ბენეფიციარები	წლიური პრემიის ოდენობა ბენეფიციართა ასაკის მიხედვით	სადაზღვევო პერიოდი
2007	ქ. თბილისისა და იმერეთში მცხოვრები ოჯახები, რომლებიც რეგისტრირებულნი იყვნენ "სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში" 2007 წლის 1 ივლისამდე და რომელთა სარეიტინგო ქულა ტოლი ან ნაკლები იყო 70 000-ზე	0-64 წ.წ. – 83,04 ლარი; 65 წელი და მეტი – 93,6 ლარი.	1 წელი
2008	მთელი ქვეყნის მასშტაბით მცხოვრები ოჯახები, რომლებიც რეგისტრირებულნი იყვნენ "სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში" და 2008 წლის 31 მარტის მდგომარეობით მათი სარეიტინგო ქულა ტოლი ან ნაკლები იყო 70 000-ზე	0-64 წ.წ. – 110,88 ლარი; 65 წელი და მეტი – 180,12 ლარი.	1 წელი
	-სახალხო არტისტები, სახალხო მხატვრები და რუსთაველის პრემიის ლაურეატები		
2009	2008 წლის „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის“ მოსარგებლეები, რომლებიც სურვილს გამოთქვამდნენ სადაზღვევო კომპანიის შეცვლის თაობაზე ან რომელთა მზღვეველიც შეწყვეტდა პროგრამაში მონაწილეობას და ამავდროულად, 2008 წლის 31 დეკემბრის მდგომარეობით მათი ოჯახების სარეიტინგო ქულა იყო ტოლი ან ნაკლები 70 000-ზე; ოჯახები, რომლებიც დარეგისტრირდნენ „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ 2008 წლის 31 მარტიდან 2008 წლის 1 დეკემბრამდე და ამავდროულად, მათი ოჯახების სარეიტინგო ქულა იყო ტოლი ან ნაკლები 70 000-ზე; 2008 წლის 6 აგვისტოდან საქართველოზე რუსეთის ფედერაციის შეიარაღებული თავდასხმის შედეგად იძულებით გადაადგილებული ოჯახები; ბავშვთა სააღმზრდელო დაწესებულებებში, მცირე ტიპის საოჯახო სახლებსა და სკოლა-პანსიონებში მცხოვრები (მათ შორის, ობოლი, მშობელთა მზრუნველობას მოკლებული და შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე) ბავშვები; ბავშვები, რომელთა ოჯახები იღებენ რეინტეგრაციის შემწეობას ან შეიღობილად აყვანის (მინდობით აღზრდის) ანაზღაურებას. სახალხო არტისტები, სახალხო მხატვრები და რუსთაველის პრემიის ლაურეატები	0-64 წ.წ. – 151,08 ლარი; 65 წელი და მეტი – 245,4 ლარი	1 წელი
2010	ოჯახები, რომლებიც რეგისტრირებული იყვნენ „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“, მათთვის მინიჭებული სარეიტინგო ქულა არ აღემატებოდა 70 000-ს და მათი სადაზღვევო ხელშეკრულება გაფორმებული ან გაგრძელებული იყო 2010 წლის 1 აპრილამდე, ასევე, ოჯახები, რომლებთანაც სადაზღვევო ხელშეკრულება გაფორმდებოდა ან გაგრძელდებოდა 2010 წლის 1 აპრილის შემდეგ;	180 ლარი (იმ ბენეფიციართან მიმართებაში, რომლებსაც ჰქონდათ უფლება გაეფორმებინათ/გაეგრძელებინათ სადაზღვევო ხელშეკრულებები 2010 წლის 1 იანვრიდან 1 მაისამდე)	3 წელი (2010 წლის 1 აპრილამდე გაფორმებული სადაზღვევო ხელშეკრულებების საფუძველზე)
	2010 წლამდე ჯანმრთელობის დაზღვევის პროგრამების ბენეფიციართა დადგენილი კატეგორიები	0-64 წ.წ. – 155,16 ლარი; 65 წელი და მეტი – 257,16 ლარი (2010 წლის 1 თებერვლამდე პერიოდში გაფორმებული სადაზღვევო ხელშეკრულების საფუძველზე)	1 წელი (2010 წლის 1 მაისიდან გაფორმებული სადაზღვევო ხელშეკრულებების საფუძველზე, იმავე მზღვეველთან ავტომატური

80

		განახლების პირობით, 2013 წლის 1 მაისამდე)
		კონკურსის შედეგად ცალკეული სამედიცინო რაიონების მიხედვით დადგენილი ოდენობა (2010 წლის 1 მაისიდან გაფორმებულ ხელშეკრულებებთან მიმართებაში)

2010 წელს იმ ბენეფიციარებისათვის, რომლებსაც სარეიტინგო ქულა მიენიჭათ 2009 წლის 1 დეკემბრამდე, სადაზღვევო ვაუჩერი წარმოადგენდა მატერიალიზებული ფორმის ფინანსურ ინსტრუმენტს, რომლის გაცემას, დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის N218 დადგენილების გამოქვეყნებიდან 2010 წლის 20 მარტის ჩათვლით, უზრუნველყოფდა სოციალური მომსახურების სააგენტო.

ამ კატეგორიის ბენეფიციარებს 2010 წლის 1 აპრილამდე უფლება ჰქონდათ, სადაზღვევო ვაუჩერის წარდგენის გზით შეერჩიათ სასურველი მზღვეველი და გაეფორმებინათ მასთან სადაზღვევო ხელშეკრულება 2010 წლის 31 მარტის ჩათვლით.

ვაუჩერების გაცემა/განაღების მონაცემები		
	ოჯახი	პირი
ვაუჩერი დაიბეჭდა	53 720	178 815
ვაუჩერი გადაეცა და გაუფორმდა	50 865	164 357
გადაცემული ვაუჩერებიდან ვაუჩერში არ გაფორმდა პირი		6 840
უკვე სარგებლობს დაზღვევის პროგრამით		4 421
გარდაცვლილია		1 032
მოთავსებულია სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში		63
აღარ არის ოჯახის შემადგენლობაში		1 324
ვაუჩერის გადაცემის შეჩერება ოჯახზე	2 855	7 618
ოჯახი მუდმივად არ ცხოვრობს მითითებულ მისამართზე	1 736	4 240
ოჯახის ყველა წევრი გარდაცვლილია ან ვერ მოიპოვებს ვაუჩერით სარგებლობის უფლებას	451	643
ოჯახი არის საშუალო ან საშუალოზე მაღალი შეძლების	630	2 636
უარს აცხადებს ვაუჩერით სარგებლობაზე	38	99
ვაუჩერის გამოყენება	ოჯახი	პირი
დაეზღვა კომპანიაში ვაუჩერის განაღების საფუძველზე 1/4/2010-დან	49 431	161 263
ოჯახს ვაუჩერი არ გაუნაღებია კომპანიაში	1 288	2 639
მათ შორის, დაეზღვა რაიონული პრინციპით	1 271	2 620
მათ შორის, არ დაეზღვა გარდაცვალების გამო	17	19
არ დაეზღვა (ვაუჩერი წარმოდგენილი აქვს ორ კომპანიას)	86	258
არ დაეზღვა (კომპანიას ვაუჩერის ნომერი არ წარმოუდგენია)	16	46
არ დაეზღვა დუბლირების გამო	44	151

მატერიალიზირებული ვაუჩერების განაღდების შედეგად, სადაზღვევო ხელშეკრულებები გაფორმდა შემდეგ სადაზღვევო კომპანიებთან:

სადაზღვევო კომპანია	დაზღვეულთა რაოდენობა სადაზღვევო კომპანიების მონაცემებით	დაზღვეულთა რაოდენობა სააგენტოს მონაცემებით
„ალფა“	20 717	19 533
„ალდაგი ბისიაი“	19 779	19 602
„აი სი ჯგუფი“	8 861	8 572
„ირაო“	27 217	26 777
„იმედი L International“	46 210	45 750
„ჯი პი აი ჰოლდინგი“	26 194	25 928
„ვესტი“	5 874	5 817
„არქიმედეს გლობალ ჯორჯია“	5 821	5 739
„ქართუ“	3 654	3 545
სულ	164 327	161 263

ვაუჩერით დაზღვეულთა შესახებ ინფორმაცია სადაზღვევო კომპანიებს სააგენტოში უნდა წარმოედგინათ 2010 წლის 1 აპრილიდან 10 აპრილის ჩათვლით.

აღნიშნულის შესახებ, აუდიტის ობიექტის მიერ წარმოდგენილია სადაზღვევო კომპანიების წერილების ასლები და დაზღვეულთა სიების ელექტრონული ვერსიები. რიგ წერილებში მითითებულია დაზღვეულთა რაოდენობა, რომელიც არ ემთხვევა სააგენტოს მიერ აუდიტის ჯგუფისათვის მოწოდებულ ინფორმაციას, რაც ასახულია ზემოთ წარმოდგენილ ცხრილში. თუმცა, სადაზღვევო პრემიები ანაზღაურდა სააგენტოს მონაცემებით.

მატერიალიზირებული ვაუჩერის მფლობელთა გარდა, დანარჩენი ბენეფიციარები ეზღვეოდნენ და სადაზღვევო ხელშეკრულებას აფორმებდნენ იმ სადაზღვევო კომპანიასთან, რომელიც ბენეფიციარის საცხოვრებელი ადგილის შესაბამის სამედიცინო რაიონში კონკურსში გამოვლინდებოდა გამარჯვებულად. ასეთი ბენეფიციარები ითვლებოდნენ არამატერიალიზებული ვაუჩერის მფლობელებად.

საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის N218 დადგენილებაში შეტანილი ცვლილებებით, განისაზღვრა 2010 წლის 1 აპრილის მდგომარეობით დაზღვეულთა რაოდენობა, სულ 888,392 ბენეფიციარი, რომლებიც გადანაწილდა 26 სამედიცინო რაიონის მიხედვით.

2010 წლის 20 აპრილს საგანგებოდ შექმნილი უწყებათაშორისი კომისიის მიერ ჩატარებული კონკურსის შედეგად, ყოველ ცალკეულ სამედიცინო რაიონში, წარმოდგენილი უმცირესი ფასით, გამოვლინდა გამარჯვებული სადაზღვევო კომპანია. მთავრობის მითითებული დადგენილებით დამტკიცებული წესის თანახმად, ერთეულის ფასი (წლიური სადაზღვევო პრემია) არ უნდა ყოფილიყო 144 ლარზე მეტი.

კონკურსში გაიმარჯვა 9 სადაზღვევო კომპანიამ შემდეგი პირობებით:

სადაზღვევო კომპანია	სამედიცინო რაიონი	ბენეფიციარი	წლიური პრემია (ლარი)
„ალფა“	ქ. თბილისი	100 350	116,4
	გორი, კასპი,	50 502	116,4
	ლანჩხუთი, ოზურგეთი, ჩოხატაური	42 398	132
„ალდაგი ბისიაი“	ქუთაისი, წყალტუბო, ტყიბული, თერჯოლა	67 708	132
	ფოთი, ხობი	17 544	132
„აი სი ჯგუფი“	მესტია, ზუგდიდი, წალენჯიხა, ჩხოროწყუ	57 352	132
	ხაშური, ქარელი	30 011	132
	ბოლნისი, დმანისი	22 830	132
	ცაგერი, ლენტეხი	14 293	132
	ამბროლაური, ონი	12 807	132
	ხარაგაული, ზესტაფონი, ჭიათურა	48 016	132
„ირაო“	თეთრიწყარო, წალკა, მარნეული	30 050	132
	გარდაბანი, რუსთავი	23 686	132
	თელავი, ახმეტა, ყვარელი	43 193	132
„იმედი L“	შუახევი, ქედა, ხულო	38 532	132
	ბათუმი, ხელვაჩაური	28 303	132
	ქობულეთი, ჩაქვი	27 237	132
	ახალქალაქი, ნინოწმინდა	7 807	132
	ყაზბეგი, მცხეთა, ახალგორი, დუშეთი, თიანეთი	42 455	132
„ჯი პი აი ჰოლდინგი“	საგარეჯო, გურჯაანი	33 634	132
	სამტრედია, ხონი	22 240	132
	ბაღდათი, ვანი	21 775	132
	სენაკი, აბაშა, მარტვილი	42 092	132
„ვესტი“	სენაკი, აბაშა, მარტვილი	42 092	132
„არქიმედეს გლობალ ჯორჯია“	ლაგოდეხი, წნორი, დედოფლისწყარო	31 183	132
„ქართუ“	საჩხერე	11805	116,4

წინამდებარე ცხრილში მოცემულია სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ პირთა ბაზაში არსებული ბენეფიციარების გადანაწილება მათი სტატუსის მიხედვით, 2010 წლის აპრილის ტენდერის პერიოდისათვის და მისი ამოქმედების შემდეგ.

მარტი		აპრილი	
სტატუსი	ბენეფიციარები	სტატუსი	ბენეფიციარები
დევენილები	12075	დევენილები	12075
ლაურეატები	189	ლაურეატები	189
მინდობით აღზრდა	925	მინდობით აღზრდა	925
უმწეოთა პროგრამა	793557	უმწეოთა პროგრამა	954974

მზრუნველობას მოკლებული ბავშვები	2128	მზრუნველობას მოკლებული ბავშვები	2128
ჯამი	808874	ჯამი	970291 ⁴

კონკურსში გამარჯვებულ სადაზღვევო კომპანია/ამხანაგობას, დაზღვევის პირობებით გათვალისწინებულის გარდა, წარმოეშვა საავადმყოფოების მშენებლობის დამატებითი ვალდებულება⁵.

2. საბიუჯეტო პროგრამული სახსრების ხარჯვის მიზნობრიობა და ეფექტიანობა

როგორც ზემოთ აღინიშნა, მოსახლეობის დაზღვევის პროგრამას ორი ძირითადი მიზანი აქვს:

1. სამედიცინო ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება, რაც ზრდის სამედიცინო მომსახურების მოხმარებას;

2. იმ ოჯახების ფინანსური დაცვა, რომლებიც საჭიროებენ სამედიცინო მომსახურებას, რაც გამოიხატება დაზღვეული მოქალაქეების სამედიცინო მომსახურების ღირებულების სადაზღვევო კომპანიის მიერ ანაზღაურებაში.

პროგრამა არ ითვალისწინებს აღნიშნული მიზნების მიღწევის ინდიკატორებს, ანუ მაჩვენებლებს, რომლებიც შედეგების მიღწევის ხარისხის შესაფასებლად იქნებოდა გამოყენებული. შეფასების კრიტერიუმების არარსებობა უარყოფითად აისახება წინასწარ დასახული მიზნების მიღწევაზე.

აუდიტის ჯგუფმა შეისწავლა 2008-2010 წლებში პროგრამაში მონაწილე სადაზღვევო კომპანიების მიერ დაზღვეული მოქალაქეების სამედიცინო მომსახურებით დაკმაყოფილების სტატისტიკა და დაადგინა მომსახურებაზე გაწეული ხარჯების რაოდენობა.

კერძოდ, წინამდებარე სტატისტიკა აჩვენებს:

- სადაზღვევო კომპანიებისათვის ბიუჯეტიდან გადახდილი სადაზღვევო პრემიების მოცულობას;
- წლის განმავლობაში ანაზღაურებული ზარალების ღირებულებას;
- სხვაობას პრემიასა და ზარალებს შორის;
- წლის განმავლობაში მომსახურებული დაზღვეული კონტიგენტის რაოდენობას.

აღსანიშნავია, რომ სტატისტიკური მაჩვენებლები მოიცავს სამ თანამდევ წელს და საშუალებას გვაძლევს, რეალური სურათი წარმოჩინდეს დინამიკაში, რაც მნიშვნელოვანია სადაზღვევო სექტორში რეზულტატების შესაფასებლად.

⁴ 161,0 ათასი ზენფიცირით ზრდა განპირობებულია მატერიალიზირებული ვაუჩერის დარიგებით. ამას გარდა, დაემატა 88,0 ათასი საჯარო სკოლის პედაგოგი და სხვა პერსონალი.

⁵ რაიონები და მოსაწყობი საწოლების რაოდენობა იხ. დანართში.

84

სადაზღვევო კომპანია (2008)	მოზიდული პრემია	ზარალები	ამონაგების მარჟა	დაზღვეულთა რაოდენობა	მომსახურებულ ბენეფიციართა რაოდენობა	მომსახურებულ ბენეფიციართა წილი
არქიმედეს გლობალ ჯორჯია	914,323	146,773	83.95%	32,334	301	0.93%
ალდაგი ბისიაი	6,299,546	3,941,025	37.44%	58,380	8,644	14.81%
ჯი პი აი ჰოლდინგი	12,453,876	7,564,657	39.26%	171,767	8,698	5.06%
აი სი ჯგუფი	1,502,242	341,142	77.29%	43,024	660	1.53%
იმედი ელ	11,824,475	5,205,024	55.98%	184,192	19,805	10.75%
ირაო	6,979,717	2,479,282	64.48%	106,824	11,576	10.84%
ვესტი	1,199,646	232,019	80.66%	20,696	368	1.78%
ალფა	-	-	-	-	-	-
სახალხო დაზღვევა	7,649,688	3,912,979	48.85%	121,052	5,739	4.74%
ქართუ	-	-	-	-	-	-
ჯამში	48,823,513	23,822,902	51.21%	738,269	55,791	7.56%

სადაზღვევო კომპანია (2009)	მოზიდული პრემია	ზარალები	ამონაგების მარჟა	დაზღვეულთა რაოდენობა	მომსახურებულ ბენეფიციართა რაოდენობა	მომსახურებულ ბენეფიციართა წილი
არქიმედეს გლობალ ჯორჯია	4,663,478	2,797,688	40.01%	29,178	3,947	13.53%
ალდაგი ბისიაი	11,190,901	6,401,762	42.79%	74,249	8,925	12.02%
ჯი პი აი ჰოლდინგი	27,204,113	15,749,481	42.11%	173,781	23,675	13.62%
აი სი ჯგუფი	12,210,232	4,787,982	60.79%	43,868	9,502	21.66%
იმედი ელ	30,422,739	15,032,466	50.59%	194,122	42,421	21.85%
ირაო	18,100,796	10,600,957	41.43%	115,493	30,563	26.46%
ვესტი	5,279,526	2,750,041	47.91%	37,654	3,582	9.51%
ალფა	3,106	848	72.70%	284	3	1.06%
სახალხო დაზღვევა	14,172,441	7,379,947	47.93%	126,365	9,872	7.81%
ქართუ	1,569,887	902,465	42.51%	11,397	5,591	49.06%
ჯამში ⁶	123,247,332	65,501,171	46.85%	794,994	132,490	16.67%

სადაზღვევო კომპანია (2010)	მოზიდული პრემია	ზარალები	ამონაგების მარჟა	დაზღვეულთა რაოდენობა	მომსახურებულ ბენეფიციართა რაოდენობა	მომსახურებულ ბენეფიციართა წილი
არქიმედეს გლობალ ჯორჯია	7,021,700	3,474,436	50.52%	42,985	6,422	14.94%
ალდაგი ბისიაი	15,417,224	6,387,983	58.57%	86,305	9,317	10.80%
ჯი პი აი ჰოლდინგი	25,525,096	15,403,289	39.65%	146,959	17,872	12.16%
აი სი ჯგუფი	25,730,399	7,466,932	70.98%	160,260	13,321	8.31%

⁶ ჯამური ციფრების დაანგარიშებისას არ გამოიყენება კომპანია „ქართუს“ მონაცემები.

იმედი ელ	30,767,129	19,841,195	35.51%	179,072	48,467	27.07%
ირაო	19,216,053	12,399,534	35.47%	105,548	39,575	37.49%
ვესტი	5,663,061	2,021,137	64.31%	39,512	3,598	9.11%
ალფა	9,860,145	8,176,351	17.08%	130,722	8,252	6.31%
სახალხო დაზღვევა	-	-	-	-	-	-
დაზღვევის კომპანია ქართუ	2,362,448	2,428,549	-2.80%	15,238	8,020	52.63%
ჯამში ⁷	139,200,807	75,170,857	46.00%	891,363	146,824	16.47%

სადაზღვევო კომპანია 2008 - 2010	მოზიდული პრემია	ზარალები	ამონაგების მარჟა	დაზღვეულთა რაოდენობა ⁸	მომსახურებულ ბენეფიციართა რაოდენობა ⁹	მომსახურებულ ბენეფიციართა წილი
არქიმედეს გლობალ ჯორჯია	12,599,501	6,418,896	49.05%	34,832	10,670	10.21%
ალდაგი ბისი	32,907,671	16,730,770	49.16%	72,978	26,886	12.28%
ჯი პი აი ჰოლდინგი	65,183,085	38,717,427	40.60%	164,169	50,245	10.20%
აი სი ჯგუფი	39,442,873	12,596,055	68.07%	82,384	23,483	9.50%
იმედი ელ	73,014,343	40,078,686	45.11%	185,795	110,693	19.86%
ირაო	44,296,566	25,479,773	42.48%	109,288	81,714	24.92%
ვესტი	12,142,233	5,003,196	58.80%	32,621	7,548	7.71%
კომპანია ალფა	9,863,251	8,177,199	17.09%	43,574	8,255	6.32%
სახალხო დაზღვევა	21,822,129	11,292,926	48.25%	82,472	15,611	6.31%
დაზღვევის კომპანია ქართუ	3,932,335	3,331,014	15.29%	13,318	13,611	34.07%
ჯამში ¹⁰	311,271,652	164,494,930	47.15%	808,114	111,704	13.82%

2008-2010 წლების განმავლობაში სადაზღვევო კომპანიები ჯამში მოემსახურნენ 335,105 უმწეოს, რაც სტატისტიკურად წელიწადში 111,701 მომსახურებულ უმწეო პაციენტს უდრის. აღნიშნულ პირთათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების შემთხვევათა ჯამმა შეადგინა 615,093, რაც წლის სტატისტიკური მაჩვენებელი 205,031 შემთხვევას შეადგენს. წელიწადში დაზღვეულ უმწეო პირთა რაოდენობასთან წელიწადში მომსახურებული პაციენტებისა და სამედიცინო შემთხვევების შეფარდებით ვიღებთ 13,8 და 25.4 %-ს.

ზემოაღნიშნული ინფორმაციიდან გამომდინარეობს, რომ პროგრამის მიზანი, გაზრდილი სამედიცინო მომსახურების მოხმარება, უტოლდება დაზღვეულთა 13.8%-იან დაკმაყოფილებას (შემთხვევათა რაოდენობა 25.4%), რაც მცირე მაჩვენებელია და საჭიროებს მნიშვნელოვან მატებას. სამედიცინო მომსახურების

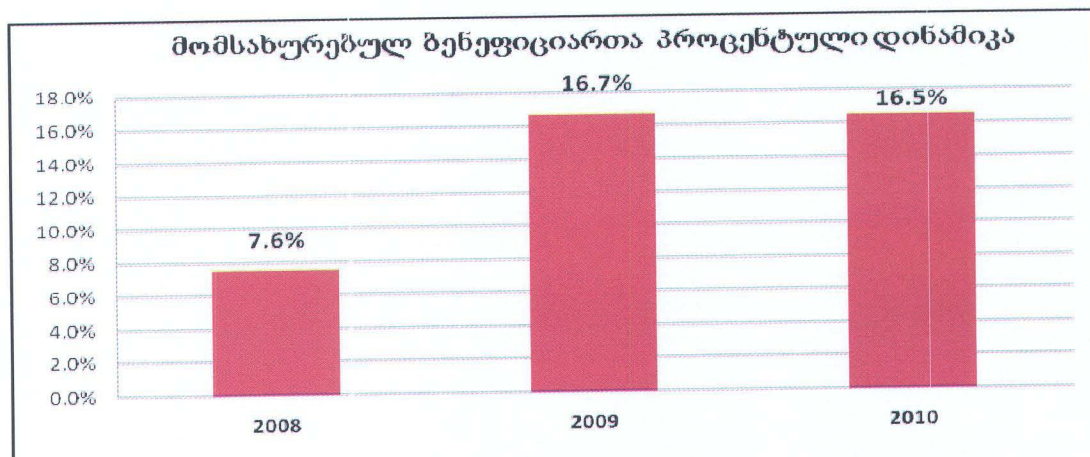
⁷ჯამური ციფრების დაანგარიშებისას არ გამოიყენება კომპანია „ქართუს“ მონაცემები;

⁸წლიური გასაშუალოებული მონაცემი;

⁹სამი წლის ჯამური მონაცემი;

¹⁰ჯამური ციფრების დაანგარიშებისას არ გამოიყენება კომპანია „ქართუს“ მონაცემები.

ზრდის მაჩვენებელი 2008-2010 წლებში პრაქტიკულად სტატიკურია და არ იზრდება, რაც საფრთხეს უქმნის პროგრამული მიზნის მიღწევას.



მოსახლეობის სამედიცინო მომსახურებით უზრუნველყოფაში დახარჯული თანხები წარმოადგენს იმ ხარჯს, რომელსაც პროგრამის დახმარებით თავი აარიდეს მოქალაქეებმა. აღნიშნული თანხობრივად შეადგენს 164,5 მილიონს ლარს, რაც პროგრამიდან გამოყოფილ სახსრებთან მიმართებაში მხოლოდ **52.9** %-ია.

სადაზღვევო კომპანიების მიერ პროგრამის ფარგლებში უნდა გაწეულიყო მეტი სახსრები სამედიცინო მომსახურებაზე, რაც უზრუნველყოფდა მოქალაქეთა დამატებითი რაოდენობის დაკმაყოფილებას.

ამდენად, ამ მიზნის მიღწევის ხარისხის შეფასება უკავშირდება პროგრამის პირველი მიზნის დაბალ მაჩვენებელს (გაზრდილი სამედიცინო მომსახურების მაჩვენებელი). სამედიცინო მომსახურების მოხმარების მაჩვენებელი შეადგენს **13.8/25.4** %-ს (მომსახურებული პაციენტები/სამედიცინო შემთხვევები), ხოლო ოჯახების ფინანსური დაცვის მაჩვენებელი **53** %-ს.

უნდა აღინიშნოს, რომ ჯანმრთელობის საჯარო დაზღვევის პროგრამა არ ითვალისწინებს მიზნების მიღწევის ხარისხის შეფასების კრიტერიუმებს და გაზომვად ინდიკატორებს, რომელთა შესწავლა უნდა განხორციელდეს

84

2. სუსტი სახელმწიფო კონტროლი და ანგარიშგება - არ ხორციელდება სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების შესრულების სათანადო მონიტორინგი;

3. პროგრამით მოსარგებლეთა არასაკმარისი ინფორმირება სადაზღვევო პირობების შესახებ;

4. სამედიცინო მომსახურების შეზღუდული ხარისხი და ხელმისაწვდომობა - სათანადოდ არ არის უზრუნველყოფილი დაზღვეულთა კანონიერი ინტერესების დაცვა;

5. დაზღვეულთა მონაცემთა ბაზის ხარვეზები და ცდომილებები.

ჩამოთვლილი ცალკეული რისკი და გამოვლენილი ნაკლოვანებები აღწერილია აუდიტის ანგარიშის მომდევნო ნაწილებში.

3. სადაზღვევო კომპანიების მიერ ნაკისრი ვალდებულებების შესრულება

3.1. სადაზღვევო ხელშეკრულებების გაფორმება

3.1.1. საქართველოს მთავრობის 2009 წლის №218 დადგენილებით დამტკიცებული სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების მე-5 მუხლის მე-11 პუნქტის თანახმად, სოციალური მომსახურების სააგენტოს უნდა უზრუნველყო შესაბამის სამედიცინო რაიონში გამარჯვებული მზღვეველისათვის ბენეფიციარების შესახებ ინფორმაციის მიწოდება.

ინფორმაციის მიწოდების ვადები და პერიოდულობა არ განსაზღვრულა. სააგენტო 2010 წლიდან აწარმოებს დაზღვეულთა ყოველთვიურ ბაზას, რომლის მიხედვით ყოველი თვის 20 რიცხვამდე ხორციელდება სადაზღვევო პრემიის მზღვეველისათვის ანაზღაურება.

კონკურსის შემდეგ, ვინაიდან სადაზღვევო პერიოდის დასაწყისი იყო 2010 წლის 1 მაისი, სააგენტოს მიერ სადაზღვევო კომპანიებისათვის დაზღვევის ყველა პროგრამის მიხედვით დასაზღვევ ბენეფიციართა ბაზა 1 მაისის მდგომარეობით გაგზავნილია 2010 წლის 30 აპრილით დათარიღებული წერილებით.

შემდგომი თვეების მიხედვით ანალოგიური ბაზები მიწოდებულია:

მისაწოდებელი თვე	მიწოდების თარიღი	მიწოდების ფორმა	დაგვიანება
ივნისი	06.06.2010	ელ.ფოსტა	6 დღე
ივლისი	09.07.2010	წერილობითი	9 დღე
აგვისტო	09.08.2010	წერილობითი	9 დღე
სექტემბერი	31.08.2010	წერილობითი	-

მიწოდებული ბაზები შეიცავს ისეთ მოსარგებლეთა მონაცემებს, რომლებიც სააგენტოს მიერ დაგვიანებით იქნენ ჩასმული დასაზღვევთა ბაზაში და, შესაბამისად,

დაგვიანებულ თვეებში რეალურად დაზღვეულები არ იყვნენ, თუმცა მათზე სადაზღვევო პრემია ირიცხება გაცდენილი თვეებიდან (უკუქცევითი დაზღვევა).

მაგალითად, 2010 წლის ივნისის თვის ბაზებში, რომელიც ცალკეულად ეგზავნებათ სადაზღვევო კომპანიებს მათი დაზღვეულების ჩვენებით, მითითებულია, რომ მაისის თვიდან დაზღვეულია 10 უმწეო მოქალაქე. თუმცა, მაისის თვეში ამავე სადაზღვევო კომპანიებში გადაგზავნილი ბაზა ამ მოქალაქის ჩანაწერს არ შეიცავს. შესაბამისად, ეს მოქალაქე მაისის თვეში დაზღვევით სარგებლობას ვერ შეძლებდა. ამის მიუხედავად, ივნისის თვეში სადაზღვევო კომპანიას ამგვარ ბენეფიციარზე ირიცხება როგორც ივნისის თვის, ასევე მაისის თვის პრემია.

მაგალითად, სააგენტოს მიერ „აღფაში“ 2010 წლის მაისის თვიდან გადაგზავნილი დაზღვეულთა ბაზებში დაგვიანებით დაზღვეულ უმწეოთა და მათზე გადარიცხული პრემიის ოდენობა შემდეგია:

2010 წელს მაისის თვიდან ყოველთვიურად მიწოდებულ დაზღვეულთა ბაზებში დაგვიანებით ასახული პირები										
სადაზღვევო პერიოდის დასაწყისი	ბაზის მიწოდების/გადარიცხვის პერიოდი									სულ ჯამი
		მაისი	ივნისი	ივლისი	აგვისტო	სექტემბერი	ოქტომბერი	ნოემბერი	დეკემბერი	
							3			3
იანვარი	რაოდენობა						29.1			29.1
	თანხა						3			3
თებერვალი	რაოდენობა						29.1			29.1
	თანხა						3			3
მარტი	რაოდენობა						29.1			29.1
	თანხა						3			722
აპრილი	რაოდენობა	714	5				29.1			7022.78
	თანხა	6929	64.65							461
მაისი	რაოდენობა		439	8	3		7	4		4584.8
	თანხა		4366	78.9	33		67.9	38.8		91
ივნისი	რაოდენობა			51	25	1	8	4	2	953.06
	თანხა			503.8	298.13	12.13	80.8	38.8	19.4	237
ივლისი	რაოდენობა			83		58	16	22	58	2544.13
	თანხა			860.73		619.92	173.3	245.12	645.06	219
აგვისტო	რაოდენობა					80	35	34	70	2391.58
	თანხა					837.22	386.68	390.62	777.06	1964
სექტემბერი	რაოდენობა						171	1689	104	19404.98
	თანხა						1716.87	16499.12	1188.99	2011
ოქტომბერი	რაოდენობა							17459.42	2616.18	20075.6
	თანხა								302	302
ნოემბერი	რაოდენობა								3403.83	3403.83
	თანხა									

სულ ბენეფიციართა რაოდენობა	6016
სულ თანხა	60468.06

სააგენტოს მიერ დასაზღვევთა სიის მიუწოდებლად ვერ მოხერხდებოდა, ერთი მხრივ, ბენეფიციართან სადაზღვევო ხელშეკრულებების გაფორმება და პოლისის გაცემა, და მეორე მხრივ, ბენეფიციარი ვერ განახორციელებდა კანონმდებლობით მისთვის მინიჭებული უფლების რეალიზებას, ესარგებლა დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამით.

3.1.2. სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების მე-8 მუხლის მე-4 პუნქტის თანახმად, სადაზღვევო ორგანიზაცია ვალდებული იყო, სადაზღვევო პერიოდის დაწყებიდან ერთი თვის ვადაში უზრუნველყო თითოეულ დაზღვეულთან სადაზღვევო ხელშეკრულების გაფორმება და მისთვის სადაზღვევო პოლისის გაცემა. გარდა ამისა, სადაზღვევო კომპანია სადაზღვევო პოლისების დარიგებამდე ვალდებული იყო, უზრუნველყო, მათ შორის, ადგილობრივი საინფორმაციო საშუალებების გამოყენებით, მის მიერ დაზღვეული პირების ინფორმირება დაზღვევის შესახებ.

ამდენად, 2010 წლის 31 მაისისათვის სადაზღვევო კომპანიებს ყველა ბენეფიციართან უნდა გაეფორმებინათ ხელშეკრულებები. აუდიტის ჯგუფმა სადაზღვევო კომპანიებისაგან გამოითხოვა ბენეფიციარებთან ხელშეკრულებების გაფორმების ამსახველი ინფორმაცია.

იმის მიუხედავად, რომ მოთხოვნილი იყო ელექტრონული ფორმით მარტივად დასამუშავებელი მონაცემი (პოლისის ნომრების ელექტრონული მართვა), რომელიც, ბენეფიციარებთან ხელშეკრულებების გაფორმების პროცესის მართვის მიზნით, სადაზღვევო კომპანიებს კონტროლის პალატის მხრიდან მოთხოვნამდე უნდა ჰქონოდათ დამუშავებული, სადაზღვევო კომპანიების „აი სი ჯგუფის“, „ჯი პი აი ჰოლდინგისა“ და „ალდაგი ბი-სი-აის“ მიერ მოთხოვნილი ინფორმაცია არ იქნა წარმოდგენილი იმ მიზეზის მითითებით, რომ სამართალდამცავმა ორგანოებმა სათანადო მასალები ამოიღეს საგამოძიებო მოქმედებების ჩასატარებლად, ხოლო „იმედი ელ-ის“ მიერ ვერ იქნა დაზუსტებული ბენეფიციარებთან ხელშეკრულებების გაფორმების თარიღები.

იმ სადაზღვევო კომპანიების მონაცემების ანალიზით, რომლებმაც წარმოადგინეს ინფორმაცია, რომელიც ასახავს დაზღვეულ მოქალაქეებთან ხელშეკრულების გაფორმებისა და პოლისების გაცემის დინამიკას, დადგინდა, რომ დაზღვეულთა დიდ ნაწილთან ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში ხელშეკრულება არ გაფორმებულა. ხელშეკრულებები დაზღვეულებთან ფორმდებოდა ეტაპობრივად, მომდევნო თვეების განმავლობაში, თუმცა 2010 წლის დეკემბრისათვის, ანუ ხელშეკრულების გაფორმების ვალდებულების ამოწურვიდან 7 თვის შემდეგაც კი დაზღვეულთა სრულად დაფარვის მოთხოვნა არ შესრულებულა.

ერთ თვიან ვადაში გაფორმებული ხელშეკრულებები - 6/1/2010		
ბენეფიციართა რაოდენობა, რომლებთანაც უნდა გაფორმებულიყო ხელშეკრულება	გაფორმდა	სხვაობა

90

ირაო	136340	19787	116553
არქიმედე	37204	4206	32998
ვესტი	29506	5759	23747
ალფა	51614	31813	19801
ჯამი	254644	61565	193099
12/1/2010			
ბენეფიციართა რაოდენობა, რომლებთანაც უნდა გაფორმებულიყო ხელშეკრულება		გაფორმდა	სხვაობა
ირაო	119879	80773	39106
არქიმედე	43411	23637	19774
ვესტი	39729	34142	5587
ალფა	150466	132279	18187
ჯამი	353484	270831	82654

დაზღვეულთა ელექტრონულ ბაზაში გათვალისწინებულია ველი სადაზღვევო პოლისის შესახებ (სახელწოდებით „POLICY NO“). მოცემულ ველში მითითებულია ოჯახის საიდენტიფიკაციო ნომერი (FID), რაც დამატებითი მტკიცებულებაა, რომ ფაქტობრივი დაზღვევის დამადასტურებელი რაიმე სახის ინფორმაცია, სადაზღვევო პოლისის ან/და სადაზღვევო ხელშეკრულების რეკვიზიტები, სააგენტოსათვის ცნობილი არ არის.

ხელშეკრულებების გარდა, სადაზღვევო კომპანიებს ევალუბოდან დაზღვეულთა ინფორმირება დაზღვევის შესახებ. სამინისტროს არ გააჩნია ინფორმაცია, სადაზღვევო კომპანიების მიერ დაზღვეული მოსახლეობის ინფორმირების მიზნით გატარებული ღონისძიებების შესახებ. სააგენტო არ ახორციელებდა სადაზღვევო კომპანიების მიერ ამ ვალდებულების შესრულების მონიტორინგს.

სადაზღვევო ვაუჩერის პირობები არ ითვალისწინებს რეგულირების მექანიზმებს სადაზღვევო ხელშეკრულებების განსაზღვრულ ვადაში გაუფორმებლობის შემთხვევებისათვის. კერძოდ, თუ სადაზღვევო კომპანიისათვის გადაცემულ დაზღვეულთა ყოველთვიურ ბაზაში გათვალისწინებულია კონკრეტული ბენეფიციარი, სადაზღვევო კომპანიის მხრიდან აღნიშნული ერთი თვის ვადაში ხელშეკრულების გაუფორმებლობის შემთხვევაში სამართლებრივი ან ფინანსური შედეგები არ იცვლება - სადაზღვევო კომპანია უფლებამოსილია მოითხოვოს ამ პირის სასარგებლოდ პრემიის მიღება, ხოლო სააგენტო ვალდებულია გადაიხადოს თანხა.

ათობით ათას პროგრამით მოსარგებლესთან ხელშეკრულებების გაფორმება დაკავშირებულია დანახარჯებთან. რამდენადაც ხელშეკრულებების გაუფორმებლობა არ აუარესებს სადაზღვევო კომპანიის მდგომარეობას, მას არ აქვს ინტერესი გასწიოს დამატებითი ხარჯები. პირიქით, იგი დაინტერესებულია, რაც შეიძლება ნაკლებმა დაზღვეულმა იცოდეს დაზღვევის პირობების შესახებ, რათა არ ისარგებლოს დაზღვევით და კომპანიამ არ გასწიოს ზარალი. ამ პირობებში

სადაზღვევო კომპანია დამატებითი რისკის გარეშე გამოიმუშავებს სადაზღვევო პრემიას.

თუმცა, აღნიშნული არღვევს დაზღვეულ პირთა კანონიერ ინტერესებს. სადაზღვევო ხელშეკრულებას საჯარო დაზღვევის პროგრამის ფარგლებში არ აქვს იგივე დატვირთვა, როგორც კერძო სადაზღვევო სექტორში, სადაც მხარეთა ნების ავტონომიაზეა დამოკიდებული მათი უფლებამოვალეობებისა და სახელშეკრულებო პირობების განსაზღვრა. საჯარო დაზღვევის პროგრამებში კი მზღვეველსა და დამზღვევს (დაზღვეულს) შორის სამართლებრივ ურთიერთობას არეგულირებს სახელმწიფო.

ამდენად, საჯარო დაზღვევაში ხელშეკრულების ინსტიტუტის ძირითადი არსი დამზღვევის ინტერესების დაცვას ემსახურება, რათა მან მიიღოს ამომწურავი ინფორმაცია სადაზღვევო პირობების, სადაზღვევო კომპანიის, დაზღვევით სარგებლობის პროცედურების და სხვა არსებითი საკითხების შესახებ, რაც გავლენას ახდენს პროგრამით მოსარგებლის მიერ პროგრამით აქტიურად სარგებლობაზე.

აღნიშნულ პირობებში, სადაზღვევო კომპანიების მიერ პროგრამით მოსარგებლებთან ხელშეკრულებების დროულად ან საერთოდ გაუფორმებლობამ გამოიწვია მოქალაქეთა ინფორმაციული ნაკლებობა, რის გამოც მათ ვერ შეძლეს პროგრამით სარგებლობა. ზემოაღნიშნული გარემოება წარმოადგენს ერთ-ერთ ფაქტორს, რამაც განაპირობა მოქალაქეთა აქტივობის დაბალი მაჩვენებელი (13.8%).

3.1.3. პროგრამით მოსარგებლებთან სადაზღვევო ხელშეკრულებების გაფორმებას, ინფორმაციული უზრუნველყოფის გარდა, აქვს მეორე, არანაკლებ მნიშვნელოვანი დატვირთვა, რაც ემსახურება პროგრამით მოსარგებლეთა მონაცემების განახლებას.

პროგრამით მოსარგებლები 2010 წლის აპრილის თვიდან დაეზღვნენ 3 წლიანი ვადით. 2010 წლის აპრილამდე პროგრამით მოსარგებლებს ურიგდებოდათ სადაზღვევო ვაუჩერები, რაც მიმწოდებელს აძლევდა შესაძლებლობას, განეახლებინა ინფორმაცია დაზღვეული ოჯახის შემადგენლობის შესახებ, სადაც ცვლილებების მრავალი რისკია (ოჯახის დაყოფა, დატოვება, გარდაცვალება და ა.შ.), რაც იწვევს სადაზღვევო პრემიის ოდენობის შეცვლას.

რამდენადაც 2010 წლის აპრილამდე რიგდებოდა ვაუჩერები, ხოლო 2010 წლის აპრილიდან ვაუჩერი გახდა არამატერიალიზირებული, ოჯახში ბოლო წლების განმავლობაში განხორციელებული ცვლილებები ვერ დაფიქსირდა, რამაც განაპირობა დიდი ოდენობით საბიუჯეტო სახსრების არამიზნობრივი ხარჯვა.¹¹

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, აუცილებელია ყველა ბენეფიციართან ხელშეკრულების გაფორმება. 2010 წლიდან 3 წლის ვადით დაზღვეულ ბენეფიციარებთან ერთჯერადად ხელშეკრულების გაფორმების შემთხვევაში აღნიშნული პირები მიიღებენ ინფორმაციას, რომელიც მომდევნო სამი წლის განმავლობაში იქნება ძალაში. სადაზღვევო პირობების ცვლილების ინფორმირების

¹¹ ოჯახის წევრთა მონაცემების ბაზებში არსებული ნაკლოვანებები იხ. მე-5 ნაწილში.

მიზნით, აუცილებელია ყოველი განახლებული სადაზღვევო წლის შემთხვევაში ხელახალი ხელშეკრულებების გაფორმება პროგრამით მოსარგებლებთან.

აღნიშნული, ერთი მხრივ, გააუმჯობესებს პროგრამით მოსარგებლეთა ინფორმირების ხარისხს და მათი კანონიერი ინტერესების დაცვას, და მეორე მხრივ, ხელს შეუწყობს დაზღვეულთა ბაზის განახლებას.

3.2. სამინისტროს წინაშე ანგარიშგება

ვაუჩერის პირობების მე-9 მუხლის თანახმად, სადაზღვევო კომპანიებს ყოველთვიურად, არა უგვიანეს მომდევნო თვის 10 რიცხვისა, სააგენტოში უნდა წარედგინათ ინფორმაცია დაზღვეულების ზარალის შესახებ.

3.2.1. სადაზღვევო კომპანიების მიერ სააგენტოში წარდგენილი ანგარიშები გაუმართავი და არასისტემატიზირებულია. სააგენტო არ ამუშავებდა მიღებულ ინფორმაციას. ტექნიკური თვალსაზრისით, აღნიშნული ინფორმაციების შემცველი დოკუმენტები, მათი ხარისხის დადგენის მიზნით, სააგენტოს შესაბამის სამსახურებს არც შეუმოწმებიათ. ზოგიერთ შემთხვევაში, წარდგენილი CD დისკი აღმოჩნდა ცარიელი, ყოველგვარი ჩანაწერის გარეშე.

შესაბამისად, სააგენტო არ აკონტროლებს როგორც წარდგენილი ინფორმაციის ხარისხს, ასევე შინაარსს, რის გამოც ანგარიშებში გამოვლინდა არსებითი ცდომილებები.

მაგალითად, „ალდაგი ბი-სი-აის“ 2010 წლის თებერვლის თვის ანგარიშში კაპიტაციის ხარჯი დაფიქსირებულია 325,000 ლარი. დეტალური კვლევის შედეგად აღმოჩნდა, რომ ხარჯის ოდენობა შეადგენს 32,500 ლარს, ხოლო სხვაობა გამოწვეულია კომპანიის ფინანსური სამსახურების შეცდომით.

თითოეული სადაზღვევო კომპანიის ანგარიშში ინფორმაცია წარდგენილია არასისტემატიზირებულ ფორმატში, როგორც პროგრამული თვალსაზრისით, ასევე შინაარსობრივად. მაგალითად კომპანიების - „არქიმედე გლობალ ჯორჯია“, „ქართუ“, „ალდაგი ბი-სი-აი“, „აი-სი ჯგუფი“ - ანგარიშები დამუშავებულია Excel-ში, ხოლო სხვა დანარჩენის - Access-ში.

ელექტრონული დოკუმენტების ველები დაჯგუფებულია უსისტემოდ და ასახავს სრულიად განსხვავებული ტიპის ინფორმაციას სადაზღვევო კომპანიების მიხედვით. მაგალითად, „აი-სი ჯგუფის“ 2010 წლის მარტის თვის ანგარიშში მოცემული ველების რაოდენობა ორჯერ აღემატება „ალდაგი ბი-სი-აის“ მიერ წარმოდგენილ ანალოგიურ მონაცემს. კონკრეტულად, „ალდაგი ბი-სი-აის“ ანგარიშში არსებული ველები „მოთხოვნილი თანხა“ და „გადაწყვეტილება“ არ გვხვდება „აი-სი ჯგუფის“ მონაცემებში. ასევე „აი-სი ჯგუფის“ ანგარიშში ასახავს ველებს „ფრანჩიზა“ და „პროგრამა“, რომლებიც არ არსებობს „ალდაგი ბი-სი-აის“ ანალოგიურ მონაცემში.

3.2.2. ერთ-ერთი პრინციპული ინფორმაცია, რომელიც სამინისტროში წარდგენილ ანგარიშში უნდა აისახოს, წარმოადგენს კომპანიების ზარალებს, რაც ნიშნავს დაზღვეულთა მკურნალობაზე კომპანიების მიერ გაწეულ ხარჯებს. სადაზღვევო კომპანიების ანგარიშები არც ამ კრილშია ერთგვაროვანი. რიგი

კომპანიები წლების განმავლობაში წარდგენილ ყოველთვიურ ანგარიშებში არ მიუთითებდნენ ე.წ. კაპიტაციურ ხარჯებს.¹²

კერძოდ, სადაზღვევო კომპანიებს „არქიმედეს გლობალ ჯორჯიასა“ და „ვესტს“ 2010 წელს სამინისტროსათვის არ უცნობებიათ კაპიტაციური ხარჯის შესახებ, შედეგად გაურკვეველია იმ მოქალაქეების რაოდენობა, რომელთაც ჩაუტარდათ მკურნალობა კლინიკისთვის გადარიცხული კაპიტაციური ხარჯის ფარგლებში. 2009 წელს „ვესტის“ მიერ არ არის წარმოდგენილი კაპიტაციური ხარჯები. ასევე, არ არსებობს „ალდაგი ბი-სი-აის“, „ვესტისა“ და „ირაოს“ 2008 წლის კაპიტაციის მონაცემები.

3.2.3. 2010 წლიდან კომპანიების ზარალების შესახებ ინფორმაცია მოიცავს მხოლოდ დაზღვეულთა დაფინანსებული განაცხადების მოცულობას. სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების 2009 წლის 9 დეკემბრამდე მოქმედი რედაქცია სადაზღვევო კომპანიებისაგან ითხოვდა დეტალურ ინფორმაციას, რომელიც იძლეოდა ინფორმაციის სტანდარტიზაციის საშუალებას, კერძოდ:

- რა სამედიცინო მომსახურება ჩაიტარა ბენეფიციარმა – დიაგნოზი, სად (მიმწოდებლის დასახელება, მისამართი), როდის (დაწყებისა და დამთავრების თარიღები);
- ზარალის ოდენობა (ლარობით) – მოთხოვნილი თანხა, დაზუსტებული თანხა, უკვე გადახდილი თანხა;
- განაცხადები, რომლის ანაზღაურებაზე უარი ეთქვა დაზღვეულს. უარების შესახებ მონაცემების დამუშავებით დადგინდა შემდეგი:

წლები	2010		2008 - 2009		
კომპანია	უარის შემთხვევები	მოთხოვნილი თანხიდან დაკმაყოფილებული < 50 %	უარის შემთხვევები	მოთხოვნილი თანხიდან დაკმაყოფილებული < 50 %	სულ
GPI	310	n/a	0	n/a	310
BCI ¹³	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
ირაო	43	91	18	0	152
ალფა	59	1,016	0	n/a	1075
იმედი L ¹⁴	n/a	n/a	4	n/a	4
ვესტი	56	13	0	n/a	69
არქიმედეს გლობალ ჯორჯია	896	51	331	7	1285

¹² კაპიტაციურია ხარჯი, როდესაც სადაზღვევო კომპანია პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებას პერიოდულად ურიცხავს ფიქსირებულ თანხას განსაზღვრული რაოდენობის დაზღვეულთა მკურნალობის ასანაზრაურებლად, მაგალითად, 10000 ბენეფიციარის სანაცვლოდ პროვაიდერს ერიცხება თვეში 10000 ლარი, იმის მიუხედავად, ყველა მათგანმა მიაკითხა სამკურნალოდ თუ არა მას.

¹³ სამინისტროში წარდგენილი ანგარიშების ფორმებში კომპანიის მიერ გაცემული უარის რაოდენობის მონაცემები არ ფიქსირდება კომპანიის მიერ სათანადო ინფორმაციის წარუდგენლობის გამო;

¹⁴ სამინისტროში წარდგენილი ანგარიშების ფორმებში კომპანიის მიერ გაცემული უარის რაოდენობის მონაცემები არ ფიქსირდება კომპანიის მიერ სათანადო ინფორმაციის წარუდგენლობის გამო;

ქართუ ¹⁵	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
აი სი ჯგუფი	n/a	n/a	845	49	894
	1364	1171	1198	56	3789

7 კომპანიის მონაცემთა ანალიზით, რომლებმაც წარადგინეს უარის ამსახველი ინფორმაცია 2008-2009 წლებში, დადგინდა, რომ სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურებაზე უარი ეთქვა 1,198 უმწეო მოქალაქეს. აღნიშნული ნიშნავს, რომ ამ კომპანიების მიერ 2008-2009 წლებში მომსახურებული პაციენტების რაოდენობის გათვალისწინებით (108,486), მათ დააკმაყოფილეს მოთხოვნის 1,1 %.

წარმოდგენილი მონაცემები არ ასახავს რეალურ სურათს და აღნიშნული ფაქტობრივი გარემოება იმთავითვე გამორიცხულია, რადგან ამ 7 კომპანიის 515,226 დაზღვეულიდან უარი მიიღო 0,23 %-მა.

სადაზღვევო კომპანიების მიერ წარდგენილი უარების შესახებ ინფორმაციის უზუსტობა განპირობებულია იმ გარემოებით, რომ სადაზღვევო კომპანიები, ერთი მხრივ, პროცედურულად არ აფიქსირებენ პროგრამით მოსარგებლეთა იმ განაცხადების ბრუნვას, რომლებიც არ დაკმაყოფილდა, და მეორე მხრივ, არსებული ინფორმაცია წარდგენილია არასწორად და არასრულად.

სადაზღვევო კომპანიას აქვს შესაძლებლობა, ხელოვნურად შეამციროს გაცემული უარის რაოდენობა და უარყოფილი პაციენტი არ ასახოს მონაცემებში. შესაბამისად, საჭიროა კონტროლის დამოუკიდებელი მექანიზმი უარის გაცემის პროცედურაზე. ბენეფიციარს (პოლისის დარიგებისას) უნდა განემარტოს მისი უფლება/მოვალეობა, სადაზღვევო კომპანიის მხრიდან უარის მიღების შემთხვევაში მიმართოს სააგენტოს და მოითხოვოს ახსნა-განმარტება, რომელსაც სააგენტო გასცემს სადაზღვევო კომპანიიდან მიღებულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით. შესაბამისად, სადაზღვევო კომპანია ვეღარ შეძლებს დაფაროს ან არასრულად ასახოს უარების რაოდენობა და საფუძველი.

როგორც ზემოთ აღინიშნა, 2010 წლიდან სადაზღვევო ვაუჩერის პირობები აღარ ითვალისწინებს კომპანიების მიერ სააგენტოში ისეთი ინფორმაციის წარდგენას, როგორიცაა კომპანიებში რეგისტრირებული და დაუკმაყოფილებელი განაცხადები. არ არსებობს სადაზღვევო შემთხვევაზე უარის გაცემის შემთხვევაში მიზეზის დაკონკრეტების და ახსნა-განმარტების პროცედურა.

სადაზღვევო კომპანიები მათი სურვილსამებრ წარადგენენ მითითებულ მონაცემებს, ზოგიერთი მათგანი გასულ პერიოდში არსებული ფორმით განაგრძობს ანგარიშგებას უარების მონაცემებითურთ, ხოლო ზოგმა შეცვალა ფორმა და ეს კრიტერიუმი ამოიღო ანგარიშიდან.

ჯანმრთელობის საჯარო დაზღვევის პროგრამის ამოსავალი პრინციპი სოციალურად დაუცველი და სხვა მოსარგებლე კატეგორიების ჯანმრთელობის ხელშეწყობაა. აღნიშნული მიზნის მისაღწევად მათი ჯანმრთელობის მკურნალობაზე

¹⁵ სამინისტროში წარდგენილი ანგარიშგების ფორმებში კომპანიის მიერ გაცემული უარის რაოდენობის მონაცემები არ ფიქსირდება კომპანიის მიერ სათანადო ინფორმაციის წარუდგენლობის გამო.

მოთხოვნის დაკმაყოფილების დონის განსაზღვრა ყველაზე მნიშვნელოვანი კრიტერიუმია პროგრამის ეფექტიანობისა და სარგებლიანობის, პროგრამით მოსარგებლეთა კმაყოფილების შესაფასებლად და ხელშემშლელი ბარიერების აღმოსაფხვრელად.

ანაზღაურებაზე უარების შესახებ ინფორმაცია იძლევა შესაძლებლობას, დადგინდეს იმ დიაგნოზების და ნოზოლოგიების ჯგუფები, რომელთა არასათანადოდ განსაზღვრის გამო, სადაზღვევო კომპანიები თავს არიდებენ ხარჯის გაწევას. დაკმაყოფილების მონაცემებთან ერთად დამუშავების შემთხვევაში დადგინდება, ძირითადად რა ტიპის მკურნალობაზე აცხადებენ თანხმობას ან უარს კომპანიები, რაც ამ სფეროში მიმდინარე ტენდენციებზე შექმნის განზოგადებულ სურათს. ამასთან, აღნიშნული სტატისტიკა სამინისტროს მისცემს საშუალებას, დაადგინოს, თუ რა მიმართულებით ესაჭიროებათ სამედიცინო პროგრამული დახმარება უმწეო მოსახლეობას, რომელსაც სადაზღვევო კომპანია არ უწევს.

3.2.4. მოქალაქეთა განაცხადების დაკმაყოფილების სტატისტიკიდან ჩანს, რომ სადაზღვევო კომპანიების მიერ მოქალაქეთა მკურნალობაზე გაწეული ხარჯების ნახევარი შეადგენს 20¹⁶ ლარზე ნაკლები ოდენობით გაწეულ მომსახურებას.

წელი	2008			2009			2010		
	შეთხვევები < 20 ლარზე	სულ შემთხვევები	%	შეთხვევები < 20 ლარზე	სულ შემთხვევები	%	შეთხვევები < 20 ლარზე	სულ შემთხვევები	%
სადაზღვევო კომპანია									
არქიმედე	87	408	21.3%	1,624	6,887	23.6%	4,087	12,169	33.6%
გლობალ ჯორჯია									
ალდაგი ზისიაი	2,534	10,762	23.5%	2,693	14,434	18.7%	4,445	16,342	27.2%
ჯი პი აი ჰოლდინგი	6,059	26,226	23.1%	5,950	32,035	18.6%	14,647	39,069	37.5%
აი სი ჯგუფი	229	880	26.0%	5,110	13,638	37.5%	8,254	20,508	40.2%
იმედი L	22,312	30,496	73.2%	34,383	80,075	42.9%	42,354	82,577	51.3%
ირაო	7,594	15,127	50.2%	35,236	64,609	54.5%	74,528	105,753	70.5%
ვესტი	17	400	4.3%	395	5,194	7.6%	582	5,320	10.9%
ალფა	-	-	-	-	3	0.0%	866	10,665	8.1%
სახალხო დაზღვევა	1,341	7,351	18.2%	2,376	14,165	16.8%	-	-	-
ქართუ	-	-	-	20,678	21,348	96.9%	45,857	49,549	92.5%
ჯამი	40,173	91,650	43.8%	87,767	231,040	38.0%	149,763	292,403	51.2%

2008 – 2010 წლებში დაფიქსირდა 615,093 სადაზღვევო შემთხვევა¹⁷, საიდანაც 277,703 ერთეულზე (შემთხვევების 45.1%), შემთხვევის ხარჯი არ აღემატებოდა 20 ლარს.

უნდა აღინიშნოს, რომ წლიური სადაზღვევო პრემიის ოდენობა დადგენილია არაუმეტეს 144 ლარის ოდენობით. შესაბამისად, წლის განმავლობაში გაწეული 20

¹⁶ 20 ლარიანი ზღვარი შერჩეულია ელემენტარული სამედიცინო მომსახურების ღირებულების მიხედვით: პოლიკლინიკაში ვიზიტი, ზეპირი კონსულტაცია, მარტივი მანიპულაცია (გადახვევა, ინექცია და ა.შ.).

¹⁷ კომპანია „ქართუს“ მონაცემების გაუთვალისწინებლად.

ლარიანი სამედიცინო მომსახურების ხარჯი გაცილებით ნაკლები ღირებულებისაა, ვიდრე სადაზღვევო პრემია. ანუ რისკი გაცილებით იაფი ღირს, ვიდრე მისი დაზღვევა.

შესაბამისად, სადაზღვევო კომპანიები საჯარო დაზღვევის პროგრამით მოსარგებლეთა დაკმაყოფილების სტატისტიკას მნიშვნელოვნად ზრდიან სწორედ მცირე ღირებულების მომსახურების გაწევით.

იმის გათვალისწინებით, რომ 2008-2010 წლების ზარალების საშუალო წლიური მაჩვენებელი ისედაც მცირეა (ბენეფიციართა **13.8 %**), მცირე ღირებულების მკურნალობის ხარჯების გათვალისწინება ამ პროცენტულ მაჩვენებელს კიდევ უფრო ამცირებს.

წინამდებარე ცხრილში მოცემულია იმ ბენეფიციართა რაოდენობა, რომლებმაც წლის განმავლობაში ისარგებლეს 20 ლარზე ნაკლები ღირებულების სამედიცინო მომსახურებით.

კომპანია	2008			2009			2010			2008 - 2010		
	1 ¹⁸	2 ¹⁹	%	1	2	%	1	2	%	1	2	%
არქიმედე	35	301	11.6%	490	3,947	12.4%	1,300	6,422	20.2%	1,825	10,670	17.1%
ალდაგი ბისი	1,790	8,644	20.7%	676	8,925	7.6%	1,218	9,317	13.1%	3,684	26,886	13.7%
ჯი-პი-აი	515	8,698	5.9%	1,465	23,675	6.2%	2,856	17,872	16.0%	4,836	50,245	9.6%
აი-სი ჯგუფი	140	660	21.2%	2,060	9,502	21.7%	3,114	13,321	23.4%	5,314	23,483	22.6%
იმედი L	13,121	19,805	66.3%	23,935	42,421	56.4%	17,344	48,467	35.8%	54,400	110,693	49.1%
ირაო	4,908	11,576	42.4%	7,845	30,563	25.7%	3,512	39,575	8.9%	16,265	81,714	19.9%
ვესტი	16	368	4.3%	158	3,582	4.4%	278	3,598	7.7%	452	7,548	6.0%
სახალხო დაზღვევა	710	5,739	12.4%	757	9,872	7.7%				1,467	15,611	9.4%
ალფა	-			-	3	0.0%	449	8,252	5.4%	449	8,255	5.4%
ქართუ	-			3,078	5,591	55.1%	4,587	17,193	26.7%	7,665	22,784	33.6%
ჯაშვი	21,235	55,791	38.1%	37,386	132,490	28.2%	30,071	146,824	20.5%	88,692	335,105	26%

სამი წლის განმავლობაში სულ სამედიცინო მომსახურებით ისარგებლა 335,105 მოქალაქემ, რაც წლიურად 111,701 მოქალაქეს უდრის. 335,105 მოქალაქიდან **88,692** უმწეომ ისარგებლა 20 ლარზე (ერთწლიანი პერიოდის განმავლობაში მოქალაქეზე გაწეული დანახარჯი) ნაკლები სამედიცინო მომსახურებით (2008-2010 წლების მონაცემები). შესაბამისად, 335,105-ს თუ გამოვაკლებთ 88,692 მოქალაქეს, მივიღებთ იმ მოქალაქეთა რაოდენობას - 246,413-ს, რომლებმაც სამი წლის განმავლობაში 20 ლარზე მეტი ღირებულების მკურნალობა ჩაიტარეს, რაც წლიურად **82,138-ს** უდრის.

¹⁸ „1“ - აღნიშნავს ბენეფიციართა რაოდენობას, რომელმაც წლის განმავლობაში ისარგებლა 20 ლარზე ნაკლები ღირებულების მომსახურებით.

¹⁹ „2“ - აღნიშნავს ბენეფიციართა რაოდენობას, რომლებმაც ისარგებლეს სამედიცინო მომსახურებით (ჯამური ღირებულების მიუხედავად);

94

ზემოაღნიშნული მონაცემებიდან გამომდინარეობს, რომ წლიურად 111,701 მოქალაქიდან, რომლებმაც ისარგებლეს დაზღვევით, მხოლოდ 82,692 მათგანს დასჭირდა რეალური ფინანსური რისკების დაზღვევა სამედიცინო მომსახურების ფინანსური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფით, რაც დაზღვეული უმწეო მოსახლეობის მხოლოდ 10 %-ს შეადგენს (ჯამურად მომსახურებულ ბენეფიციართა რაოდენობა 13.8%-ს შეადგენს).

3.2.5. სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების მე-9 მუხლის მე-2 პუნქტის თანახმად, დაზღვეულთა ზარალების შესახებ სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან ინფორმაციის წარდგენის ვადა და ფორმატი, სადაზღვევო ტექნიკური საკითხების განმხილველი საბჭოს რეკომენდაციის გათვალისწინებით, უნდა დაემტკიცებინა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრს ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით.

აუდიტის მიმდინარეობის პერიოდში აღნიშნული აქტი გამოცემული არ ყოფილა, რაც წარმოადგენს სადაზღვევო კომპანიების ანგარიშგების არსებითი ხარვეზების მიზეზს.

სამინისტრომ უნდა შეიმუშავოს საჯარო დაზღვევის ანგარიშგების ერთიანი სისტემა და ფორმატი, რომელშიც წარმოდგენილი უნდა იყოს მრავალმხრივი ინფორმაცია ერთიანი ფორმით ყველა სადაზღვევო კომპანიის მიერ:

- დაზღვეულთა რაოდენობა, რომელთა სასარგებლოდ სადაზღვევო კომპანიამ გასწია ხარჯი (იდენტიფიცირებული დაზღვეული);
- დაზღვეულთა მკურნალობაზე გაწეული ხარჯები თითოეული დაზღვეულის მიხედვით;
- კაპიტაციური დანახარჯები - თითოეული პროვაიდერისათვის გადარიცხული თანხა და პროვაიდერის მომსახურებით მოსარგებლე დაზღვეული პაციენტების რაოდენობა;
- მკურნალობის შინაარსი (ნოზოლოგიის/დიაგნოზის, გამოკვლევისა და სხვა სამედიცინო პროცედურის, მისი ხანგრძლივობის და სამკურნალო დაწესებულების ჩვენებით);
- დაზღვეულთა დაუკმაყოფილებელი განაცხადების რაოდენობა, თითოეული მათგანის მიზეზის მითითებით (იდენტიფიცირებული დაზღვეული, რათა შესაძლებელი იყოს გადამოწმება).
- დაზღვეულთა ჯამური რაოდენობა, რომლებთანაც გაფორმდა ხელშეკრულება. თითოეული განაცხადის სახელშეკრულებო და პოლისის იდენტიფიკატორი/ნომერი.

ანგარიშგების ერთიანი სისტემისა და ფორმატის გარდა, აუცილებელია, განისაზღვროს ანგარიშებით მოპოვებული ინფორმაციის დამუშავების წესი, მიზანი, ანალიზის საგანი და მეთოდები. ანგარიშების სათანადოდ შესწავლა საჯარო დაზღვევის პროგრამის ფინანსური და სხვა რისკების დასადგენად ინფორმაციის მნიშვნელოვან წყაროს წარმოადგენს.

ანგარიშგების ერთიანი სისტემა და ფორმატი აუცილებელი პირობაა სადაზღვევო კომპანიების მიერ სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების შესრულების სათანადო მონიტორინგისათვის, რაც არ ხორციელდებოდა. სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების შესრულების მონიტორინგი წარმოადგენს დაზღვევის პროცესში მონაწილე 2 ძირითადი სუბიექტის პასუხისმგებლობას - სამინისტრო და სადაზღვევო კომპანიები უნდა უზრუნველყოფდნენ ყველა სათანადო პირობას დაზღვევის გამჭვირვალობისა და სისტემური ზედამხედველობის განსახორციელებლად.

4. პროგრამით მოსარგებლეთა ინტერესების დაცვა

4.1. მოსახლეობის ინფორმირება

4.2.1. საჯარო დაზღვევის პროგრამების განხორციელებაში ჩართული იყო ათამდე სადაზღვევო კომპანია. სადაზღვევო პირობები განისაზღვრებოდა დროის სხვადასხვა პერიოდში მოქმედი ნორმატიული აქტებით (მთავრობის დადგენილებებით), რომლებიც ადგენდა დაზღვევით დაფარულ სამედიცინო მომსახურების შინაარსს, მოცულობას და სხვა დეტალებს. დაზღვევით სარგებლობის პირობები და პროცედურები განისაზღვრებოდა სადაზღვევო კომპანიების დონეზე, როდესაც მათ მიმართავდა პაციენტი, რომელიც საჭიროებდა მკურნალობას (სადაზღვევო შეტყობინება, მკურნალობის დამადასტურებელი დოკუმენტაციები, სამედიცინო ცნობების წარდგენა და ა.შ.).

ყოველივე ზემოაღნიშნული წარმოადგენდა ინფორმაციის პაკეტს, რომელიც აუცილებლად უნდა მიწოდებოდა დაზღვეულ მოქალაქეს. ინფორმირების გარეშე მოქალაქე ვერ შეძლებს ჯეროვანი დაზღვევით სარგებლობას. ამასთან, გასათვალისწინებელია სამიზნე ჯგუფი, რომელიც მოიხმარს მხოლოდ შეზღუდული არხებით მიწოდებულ ინფორმაციას (მაგალითად, შეუძლებელია უმწეოთა ინფორმირება ელექტრონული საშუალებებით მათი სტატუსიდან გამომდინარე და ა.შ.). სამინისტროს და მის სტრუქტურულ ერთეულებს ზუსტად და სწორად უნდა განესაზღვრათ ინფორმაციის მიწოდების ფორმები და საშუალებები.

საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 19 თებერვლის #32 დადგენილების²⁰ მე-4 პუნქტის თანახმად, ჯანმრთელობისა და სოციალური პროგრამების სააგენტოს 2009 წლის საბიუჯეტო ასიგნებათა ფარგლებში უნდა უზრუნველყო ბენეფიციარი მოსახლეობის ინფორმირება ვაუჩერის პირობების შესახებ.

ამავე დადგენილების მე-5 პუნქტით, პროგრამების სააგენტოს დაერთო ნება, ბენეფიციარი მოსახლეობის ინფორმირებისათვის საჭირო მომსახურების შესყიდვა განხორციელებინა ერთ პირთან მოლაპარაკების საშუალებით.

²⁰ „სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის სამედიცინო დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში 2009 წელს ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით მოსახლეობისათვის გადასაცემი სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ;

წარმოდგენილი ცნობის თანახმად, ბენეფიციარების ინფორმირება ხორციელდებოდა ტერიტორიულ და რაიონულ ცენტრებში განცხადების საინფორმაციო დაფაზე განთავსების საშუალებით.

აღნიშნული ფორმით ინფორმაციის გავრცელება არ წარმოადგენდა საკმარის ღონისძიებას ქვეყნის მასშტაბით მილიონამდე დაზღვეული მოქალაქის ინფორმირების მიზნით. ამ ფორმით ინფორმაციის დაზღვეულამდე მიწოდებას დასჭირდებოდა გაცილებით ხანგრძლივი დრო. მსგავსი ფორმები ატარებს ინფორმაციის მხოლოდ დამატებითი წყაროს ფუნქციას. ტელერადიო საშუალებებით ინფორმაციის გავრცელება, რომლის შესყიდვის განსახორციელებლად სააგენტოსათვის დაშვებულ იქნა საგამონაკლისო ნორმა, მოქალაქეთა ინფორმირების ხარისხს მნიშვნელოვნად ამაღლებდა.

4.2. სადაზღვევო ვაუჩერით დაფინანსებული სამედიცინო დაზღვევის პირობების ნაკლოვანებები

საჯარო დაზღვევის ვაუჩერი ითვალისწინებს სამედიცინო მომსახურებათა ნუსხას, რომლითაც სარგებლობის უფლება აქვს ვაუჩერის მფლობელს. დაზღვევით სარგებლობისათვის ასევე დადგენილია გარკვეული პროცედურები, რომელიც უნდა გაიაროს დაზღვეულმა, სამედიცინო მომსახურების მისაღებად.

სამედიცინო მომსახურების მიწოდების ხარისხი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია საჯარო დაზღვევის პროგრამით განსაზღვრული მიზნების მისაღწევად - დაზღვეულთა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის ზრდისათვის.

ვაუჩერის პირობებით განსაზღვრული ხანგრძლივი პროცედურები აყალიბებს სადაზღვევო ბიუროკრატias, რაც მკურნალობის მაძიებელი უმწეო მოქალაქისათვის მძიმე ტვირთია.

4.2.1. სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების მე-8 მუხლის მე-3 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით, არ უნდა არსებობდეს რაიმე ბარიერი და შეზღუდვა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის არჩევისას დაზღვეულის მიერ **გადაუდებელი** სამედიცინო მომსახურების მიღების საჭიროების შემთხვევაში.

ამავე პუნქტის „ვ“ ქვეპუნქტში მითითებულია, რომ სადაზღვევო კომპანიის მიერ **გეგმური** ქირურგიული ოპერაციების ხარჯები ანაზღაურდება მხოლოდ მზღვეველის მიერ შერჩეულ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებებში.

ზემოაღნიშნული დებულებების გათვალისწინებით, პრაქტიკულად, დაზღვეულ უმწეო მოქალაქეს არ აქვს უფლება, თავად შეარჩიოს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი, რომელიც მისთვის სასურველია გეოგრაფიული თვალსაზრისით. გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის კრიტერიუმის გათვალისწინების ვალდებულება სადაზღვევო კომპანიას აქვს მხოლოდ ამბულატორიული მომსახურების მიწოდებისას.

მილიონამდე დაზღვეული უმწეო მოსახლეობა გეოგრაფიულად მოიცავს ქვეყნის ფართო ტერიტორიას. სადაზღვევო კომპანიებს ხელშეკრულებები პროგრამის ფარგლებში სამედიცინო მომსახურების შესახებ სამედიცინო დაწესებულებებთან გაფორმებული აქვთ ფინანსური ინტერესების საფუძველზე: შერჩეულია კლინიკები,

რომლებიც სხვებთან შედარებით ნაკლები ღირებულებით ემსახურებიან უმწეოებს. აღნიშნული კლინიკების შერჩევისას პრიორიტეტი მინიჭებული აქვს ფინანსურ მხარეს და არა გეოგრაფიას.

პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებამდე მგზავრობის ხანგრძლივობა, (გადაადგილება) და ღირებულება განსაზღვრავს პროგრამაში მონაწილეობის ინტერესს. დაზღვეულ უმწეო მოქალაქეს არ უღირს რამდენიმეჯერ გეოგრაფიულად დაშორებულ პუნქტში მგზავრობა იაფფასიანი სამედიცინო მომსახურების მისაღებად და ალტერნატიული წყაროებით ცდილობს მკურნალობის დაფინანსებას.

ამასთან გასათვალისწინებელია, რომ ჯანმრთელობის მკურნალობისათვის მნიშვნელოვანი კომპონენტია პაციენტის ნდობა მედპერსონალის მიმართ. ამდენად, გეოგრაფიული კომპონენტის გარდა, უმწეო მოქალაქეს აქვს კანონიერი ინტერესი, იმკურნალოს კონკრეტულ სამედიცინო დაწესებულებაში, კონკრეტულ ექიმთან. თუმცა, მას კლინიკის არჩევის უფლება აქვს შეზღუდული, გადაუდებელი აუცილებლობის გარდა.²¹

4.2.2. სადაზღვევო ვაუჩერის პირობებით, უმწეო მოქალაქისათვის გეგმიური მომსახურების მოლოდინის პერიოდი განსაზღვრულია არაუმეტეს 6 თვით. შესაბამისად, სადაზღვევო კომპანიას უფლება აქვს, უმწეო მოქალაქისათვის სამედიცინო მომსახურების მიწოდება დააყოვნოს ნახევარი წლით.

სადაზღვევო კომპანიის მიერ დაზღვეულის ინფორმირებაც კი, რომ მას აქვს უფლება, 6 თვით ალოდინოს პაციენტი, უარყოფითად განაწყობს ბენეფიციარს პროგრამის მიმართ. სამედიცინო ჩვენებით გამოწვეული ფიზიკური ზემოქმედება (ტკივილი, მოძრაობის შეფერხება და ა.შ.), მკურნალობის გადადების შემთხვევაში არსებული დიაგნოზის დამძიმების რისკი და სხვა ფაქტორები აიძულებს დაზღვეულს, იზრუნოს მკურნალობის ალტერნატიულ წყაროებზე.

ისევე, როგორც ზემოთ მითითებულ პუნქტში აღნიშნულ შემთხვევაში, თუ გეგმიური მომსახურების ღირებულება არ არის განსაკუთრებით ძვირი, და როგორც სტატისტიკამ აჩვენა, გაწეულ მომსახურებათა 50% 20 ლარამდე ღირებულებისაა, დაზღვეული 6 თვიან მოლოდინის რეჟიმს თავს აარიდებს და დამოუკიდებლად დააფინანსებს მკურნალობას. შესაბამისად, მის სასარგებლოდ გადახდილი სადაზღვევო პრემია მთლიანად რჩება სადაზღვევო კომპანიას.

სამინისტრომ უნდა გაანალიზოს და დაადგინოს წლების განმავლობაში სადაზღვევო კომპანიების მხრიდან მოლოდინის რეჟიმის გამოყენების სტატისტიკური მაჩვენებელი, რათა განსაზღვროს ოპტიმალური პერიოდი, რაც სადაზღვევო კომპანიას სჭირდება სადაზღვევო შემთხვევების მენეჯმენტისათვის.

4.2.3. სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების თანახმად, სადაზღვევო კომპანიის მიერ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთან გაფორმებული ხელშეკრულება არ უნდა მოიცავდეს ისეთ პირობებს, რომლებიც დაზღვეულებისათვის შექმნის

²¹ დაზღვეულთათვის გადაუდებელი აუცილებლობის შემთხვევებში სადაზღვევო კომპანიების დამოკიდებულება და უარის შემთხვევები უნდა შეისწავლოს სამინისტრომ, დაზღვევის პირობების შესრულების სისტემატური მონიტორინგისა და გამართული ანგარიშგების პირობებში.

101

ბარიერებს დაზღვევით გათვალისწინებული დროული და ხარისხიანი მომსახურების მისაღებად.

სადაზღვევო კომპანიასა და პროვაიდერ კლინიკებს შორის გაფორმებული ხელშეკრულებები ითვალისწინებს პირობას, რომლის თანახმად პროვაიდერი ვალდებულია, 24 საათის განმავლობაში შეატყობინოს სადაზღვევო კომპანიას სადაზღვევო შემთხვევის შესახებ. შეტყობინების ძირითადი მიზანი დაზღვეული მოქალაქის იდენტიფიცირებაა, მისი მომსახურების დაფინანსების გასარკვევად.

იდენტიფიცირება ხორციელდება პაციენტის მონაცემების გადამოწმებით სადაზღვევო კომპანიაში არსებულ დაზღვეულთა ბაზაში. პრობლემა წარმოიშვა ორ შემთხვევაში: პირველი, როდესაც 24 საათიანი ვადა ემთხვევა უქმე დღეს, და მეორე, როდესაც ბენეფიციარი აცხადებს, რომ ის არის უმწეო და სარგებლობს დაზღვევით, ხოლო ბაზაში მონაცემი არ ემთხვევა.

პირველ შემთხვევაში უმწეო ბენეფიციარის მკურნალობა წარმოადგენს პროვაიდერი კლინიკის ზარალს, რადგან 24 საათის შემდეგ მიღებული შეტყობინება სადაზღვევო კომპანიის მიერ ანაზრაურობას არ ექვემდებარება. ამ საფუძვლით სადაზღვევო კომპანიებს დაგროვილი აქვთ დებიტორული დავალიანებები პროვაიდერი კლინიკების მიმართ. საქართველოს კონტროლის პალატას წერილობით მიმართა 20-მდე პროვაიდერმა კლინიკამ საქართველოს სხვადასხვა რეგიონიდან²², რომელთა მიმართ სადაზღვევო კომპანიების დებიტორულმა დავალიანებამ შეადგინა 48,617.8 ლარი.

რაც შეეხება ბენეფიციარის იდენტიფიკაციას, დაზღვეული მოქალაქის იდენტიფიცირება ხორციელდება პირადი ნომრით, სახელით, გვარითა და დაბადების თარიღით. აუდიტის ანგარიშის მე-5 ნაწილში აღწერილია დაზღვეულთა ბაზებში არსებული მრავლობითი ცდომილების შესახებ. როდესაც პროვაიდერ კლინიკაში გამოცხადებული დაზღვეული მოქალაქის იდენტიფიცირება ვერ ხერხდება დაზღვეულთა ბაზაში (არსებითი ცდომილებების გამო), დაზღვეული იძულებულია მიმართოს სამინისტროს, მისი მონაცემების დაზუსტების/კორექტირების მიზნით. სადაზღვევო კომპანია კი 24 საათის განმავლობაში აღნიშნულ შეტყობინებას, თუ მონაცემები წესრიგში არ არის, არ იტოვებს. შესაბამისად, ან მოქალაქე ვერ იღებს მისთვის სასურველ ვადაში მომსახურებას, ან მისი მკურნალობა პროვაიდერი კლინიკის ზარალს წარმოადგენს.

4.2.4. სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების თანახმად, იმ შემთხვევაში, თუ სადაზღვევო პერიოდის ამოწურვის შემდეგ ბენეფიციარი აღარ არის სახელმწიფო პროგრამების მოსარგებლე, სადაზღვევო კომპანია აგრძელებს დაზღვევის პერიოდის განმავლობაში მომხდარი გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციის დაფინანსების ვალდებულებას, მაგრამ არა უმეტეს 10 000 ლარის ლიმიტისა, სადაზღვევო პერიოდის ამოწურვის შემდეგ.

²² აღნიშნული მხოლოდ იმ პროვაიდერთა მონაცემებია, რომლებმაც მიმართეს კონტროლის პალატას, შესაბამისად, დავალიანების ოდენობის შესახებ წარმოდგენილი ინფორმაცია არასრულია.

აღნიშნული ფაქტორი, როგორც სადაზღვევო კომპანიის დამატებითი ვალდებულება, მონაწილეობს სადაზღვევო ვაუჩერის ფასის განსაზღვრაში. სადაზღვევო კომპანიის ყოველი დამატებითი ვალდებულება ზრდის დაზღვევის ღირებულებას.

სამინისტრომ უნდა ჩაატაროს კომპლექსური კვლევა, წლების განმავლობაში რამდენად გამოყენებადია სადაზღვევო კომპანიის დამატებითი ვალდებულებები. დაზღვევის საფასურის უსაფუძვლოდ ზრდის, ან სადაზღვევო პირობების დაუსაბუთებლად გაუარესების მიზნით ხომ არ არის გათვალისწინებული სადაზღვევო კომპანიების ისეთი სანაცვლო ვალდებულებები, რომლებიც რეალურ ურთიერთობებში არ გამოიყენება.

სამინისტროს დასაბუთებული აქტუარული კვლევა სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების ღირებულების დასადგენად არ გააჩნია. ზემოაღნიშნული არასასურველი და მომხმარებელზე არაორიენტირებული სადაზღვევო პირობები, როგორებიცაა პროვაიდერის შერჩევის უფლების შეზღუდვა და მოლოდინის 6 თვიანი ვადა განპირობებულია სადაზღვევო პრემიის დაბალი ფასით.

თუმცა, აუდიტის შედეგად დადგინდა სრულიად საპირისპირო სურათი. დაზღვევით გარანტირებული სამედიცინო მომსახურებათა შეზღუდული ხელმისაწვდომობა საგრძნობლად ამცირებს ბენეფიციართა მონაწილეობას პროგრამაში და ზრდის სადაზღვევო კომპანიებისათვის არაეფექტიანად გადახდილ საბიუჯეტო სახსრებს.

შესაბამისად, სადაზღვევო პოლისის ღირებულება იძლევა შესაძლებლობას, სადაზღვევო ვაუჩერის პირობები უფრო მეტად მოერგოს უმწეო მოსახლეობის ინტერესებს. სამინისტრომ სათანადო ცვლილებები უნდა შეიტანოს სადაზღვევო პირობებში, სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის ხარისხის ზრდის მიზნით.

4.3. ბენეფიციართა კანონიერი ინტერესების უზრუნველყოფა და მათი დაცვის მექანიზმები, მედიაციის სამსახური

4.3.1. სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების მე-8 მუხლის მე-6 პუნქტის თანახმად, სადაზღვევო ორგანიზაცია ვალდებული იყო, შეექმნა დაზღვეულების საჩივრებისა და პრეტენზიების განხილვის შიდა პროცედურა, რომელიც უზრუნველყოფს დაზღვეულის უფლებას, შეუფერხებლად დაუკავშირდეს ან შეხვდეს კომპანიის წარმომადგენელს სადაზღვევო ან სამედიცინო მომსახურებაში არსებული პრობლემების გადაჭრის მიზნით.

სამინისტრო არ ახორციელებს სადაზღვევო კომპანიებში საჯარო დაზღვევის პროგრამის ფარგლებში დაზღვეულთა საჩივრების განხილვის პროცედურების დანერგვის მონიტორინგს. სამინისტრო არ ფლობს სადაზღვევო კომპანიებისადმი პროგრამის მოსარგებლეთა მიერ საჩივრებით მიმართვის სტატისტიკურ ინფორმაციას, არ იცნობს დაზღვეულთა პრეტენზიების შინაარსს და ამ კუთხით შექმნილ სურათს. ამგვარი ინფორმაცია სადაზღვევო კომპანიების მიერ სამინისტროს წინაშე ანგარიშგების ერთ-ერთი პრინციპული საგანი უნდა იყოს.

ამდენად, თითოეულ სადაზღვევო კომპანიაში შექმნილი საჩივრების ადმინისტრირების სისტემის შესაბამისობა პროგრამის სპეციფიკასთან (გეოგრაფია, სამიზნე ჯგუფის სტატუსი, სიმრავლე და ა.შ.) და ეფექტიანობა დაუდგენელია, რაც პროგრამის განმახორციელებლის მიერ დამატებით კვლევას საჭიროებს.

4.3.2. პროგრამის ფარგლებში არ არსებობს უმწეო მოქალაქეთათვის გაწეული როგორც სადაზღვევო ადმინისტრირების, ასევე სამედიცინო მომსახურების ხარისხის შეფასების მეთოდი და პროცედურა. საჯარო დაზღვევით სარგებლობის უხარისხო პროცესები, ერთი მხრივ, ლახავს დაზღვეულთა კანონიერ ინტერესებს, და მეორე მხრივ, აიძულებს უმწეო მოქალაქეს, თავად თქვას უარის პროგრამით სარგებლობაზე.

4.3.3. ბენეფიციართა ინტერესებისა და უფლებების უზრუნველსაყოფად სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების მე-8 მუხლის მე-4 პუნქტით, სადაზღვევო ორგანიზაციები ვალდებული არიან, სადაზღვევო პოლისში ნათლად და მკაფიოდ მიუთითონ ინფორმაცია ჯანმრთელობის დაზღვევის მედიაციის სამსახურის შესახებ (მათ შორის, მისამართი, საკონტაქტო მონაცემები, უფლება-მოვალეობები).

მედიაციის სამსახურის ძირითადი ფუნქციებია:

- სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში დაზღვევის სუბიექტებს შორის სახელშეკრულებო ურთიერთობებიდან წარმოშობილი დავების გადაწყვეტასთან დაკავშირებით მედიატორის როლის შესრულება და რეკომენდაციების მომზადება;

- სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში, სუბიექტებისაგან მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე, სახელმწიფო პროგრამების განხორციელების ხარისხთან დაკავშირებით წინადადებების მომზადება და უფლებამოსილი ორგანოებისათვის წარდგენა;

- სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში, ვაუჩერის/კონკურსის პირობებით გათვალისწინებული ვალდებულებების სისტემატური და უხეში დარღვევის შესახებ წინადადებების მომზადება და უფლებამოსილი ორგანოებისათვის წარდგენა, მისი კომპეტენციის ფარგლებში;

- სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში მზღვეველისა და დაზღვეულის კანონიერი ინტერესების დაცვა;

- დაზღვეულსა და მზღვეველის სამედიცინო პროვაიდერს შორის სწორი კომუნიკაციის ხელშეწყობა.

მედიაციის სამსახურიდან წარმოდგენილი მასალებიდან ირკვევა, რომ 2010 წლის ივლისი-სექტემბრის პერიოდში სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობის დაზღვევასთან დაკავშირებით მიღებული მოქალაქეთა 15 განცხადებიდან, რომლებიც განეკუთვნება მე-3 კატეგორიას, ე.წ. რთულ მედიაციას²³, 14 ეხებოდა სადაზღვევო კომპანია „ალფას“ მიერ დაზღვეულთა კანონიერი უფლებების შეზღუდვას.

²³ მოქალაქეთა მიმართულები მედიაციის სამსახურის მიმართ დაყოფილია 3 კატეგორიად: 1-საცნობარო, 2- მოთხოვნები სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების მიღმა (მარტივი მედიაცია), 3- რთული მედიაცია.

მედიაციის სამსახურს რომელიმე სადაზღვევო კომპანიის მიერ გაუჩერის/კონკურსის პირობებით გათვალისწინებული ვალდებულებების სისტემატური და უხეში დარღვევის შესახებ წინადადებები არ მოუშადავია.

სამსახურს უფლებადაცვითი ამოცანა არ აკისრია. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მისი როლი დაზღვეულთა ინტერესების დაცვაში, რომლებიც არსებული რეგულირების მექანიზმის პირობებში, სადაზღვევო კომპანიების წინაშე პირისპირ არიან დარჩენილები და მათი კანონიერი უფლებების დაცვა მხოლოდ მართლმსაჯულების საგნად რჩება. სასამართლო სამართალწარმოების გზა, პროცედურებისა და ხანგრძლივობის გათვალისწინებით, სადაზღვევო ურთიერთობების მოსაწესრიგებლად უმწეო მოქალაქეთათვის არაადექვატურ და არაეფექტიან ფორმას წარმოადგენს.

ამდენად, სამსახური ვერ ასრულებს იმ ფუნქციას, რომელიც უნდა ემსახურებოდეს პროგრამაში ჩართული მოსახლეობის კანონიერი ინტერესების დაცვას და მისი არსებობა მიზანშეუწონელია. სამინისტრომ უნდა გაატაროს სათანადო ღონისძიებები სხვა, უფრო ადექვატური ინსტრუმენტებისა და მექანიზმების დასაწერგად.

5. დაზღვეულთა მონაცემთა ბაზის ხარვეზები და ცდომილებები

აუდიტის ფარგლებში დამუშავდა დაზღვეულ უმწეო პირთა ბაზა, სადაც აღმოჩნდა სხვადასხვა არსებითი ნაკლოვანებები, რაც განაპირობებს საბიუჯეტო სახსრების არაეფექტიანად ხარჯვას და აბრკოლებს პროგრამის ჯეროვნად განხორციელებას. დაზღვევის ელექტრონული ბაზა შეიცავს ექვს ძირითად ხარვეზს:

1. ცდომილებები ჩანაწერებში, რაც ქმნის მოქალაქის იდენტიფიცირების პრობლემას;

2. უმწეო სტატუსით აღრიცხული მოქალაქეები, რომლებსაც აქვთ ფინანსური შემოსავლების წყაროები;

3. უმწეო სტატუსით აღრიცხული სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს თანამშრომლები და მათი ოჯახის წევრები;

4. დაზღვეული გარდაცვლილი უმწეო მოქალაქეები;

5. საქართველოს მოქალაქეობიდან გასული, მოქალაქეობაშეწყვეტილი და მუდმივად უცხოეთში საცხოვრებლად მყოფი უმწეო მოქალაქეები;

6. გაორებული დაზღვევა:

6.1. დუბლირებული ჩანაწერები უმწეოთა ბაზაში;

6.2. დუბლირებული მოქალაქეები უმწეოთა ბაზასა და საჯარო დაზღვევის სხვა ბაზებში:

6.2.1. საქართველოს თავდაცვის სამინისტრო;

6.2.2. საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო.

1. ცდომილებები ჩანაწერებში

1. ცდომილებები ჩანაწერებში

აუდიტის მიზნებისათვის დამუშავდა დაზღვეულთა ბაზა 2010 წლის სექტემბრის მდგომარეობით,²⁴ სადაც 1,061,889 ჩანაწერიდან აქტიური სტატუსი აქვს 906,601 პირს.

1.1. აქტიური 906,601 ჩანაწერიდან, სამოქალაქო რეესტრის მონაცემებს²⁵ პირადი ნომრით ემთხვევა მხოლოდ 743,687 ჩანაწერი, რომლებიც, თავის მხრივ, შეიცავს სხვადასხვა ტიპის შეცდომებს, რამაც ჯამში შეადგინა 106,214 ჩანაწერი.

906,601 ბენეფიციარის ჩანაწერიდან მხოლოდ 637,473 ჩანაწერი შეესაბამება სრულად სამოქალაქო რეესტრის მონაცემებს, რაც ნიშნავს რომ მონაცემების 30% არასწორია. სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ შექმნილი აღრიცხვის სისტემა სტატისტიკურად ყოველი სამი ოპერაციიდან ერთს შეცდომით ასრულებს.

106,214 ჩანაწერიდან²⁶, 92,832 შეიცავს შედარებით უმნიშვნელო ცდომილებას, ხოლო 13,382 შემთხვევაში ცდომილება არსებითია, რამდენადაც ბაზაში არ ემთხვევა მთელი რიგი მონაცემები, კერძოდ:

- სახელი (F);
- გვარი (L);
- დაბადების თარიღი (B);
- სახელი და გვარი (FL);
- გვარი და დაბადების თარიღი (LB);
- სახელი და დაბადების თარიღი (FB);
- სახელი, გვარი და დაბადების თარიღი (FLB).

სააგენტოს ბაზა			სამოქალაქო რეესტრის მონაცემი			შეცდომის ტიპი
სახელი	გვარი	დაბ. თარ.	სახელი	გვარი	დაბ. თარ.	
ვალერი	ბაკურაძე	29-Sep-85	თამარა	ბაკურაძე	29-Sep-85	F
მარინა	ჩხაპელია	29-Jun-74	მარინა	ჯუღელი	29-Jun-74	L
არჩილ	აბაშიძე	12-Sep-46	არჩილ	აბაშიძე	05-Mar-41	B
ნანული	ტატუაშვილი	12-Dec-54	მარიამი	ავალიშვილი	25-Dec-20	FL
რატი	აბაშიძე	03-Jul-09	გოჩა	აბაშიძე	10-Oct-72	FB
ნოდარი	ქეთოშვილი	05-Apr-05	ნოდარ	ბექაური	15-Mar-68	LB
ვახტანგი	ჯანელიძე	27-Apr-68	ილია	აბაზაძე	24-Nov-35	FLB

ქვემოთ მოცემულია შეცდომების რაოდენობა ტიპებისა და მზღვეველი კომპანიების მიხედვით:

კომპანიები	F	L	B	FL	FB	LB	FLB	ჯამი
Aldagi BCI	4	17	294	20	30	10	351	1046
ალფა	2	508	480	39	95	10	54	1648

²⁴ ელექტრონული დოკუმენტი სახელწოდებით „dazgveva_baza_09_2010“;

²⁵ ელექტრონული დოკუმენტი სახელწოდებით „DBCRA“.

²⁶ ცდომილების ყველა მინაცემთან დაკავშირებით იხ. Excel-ის ელექტრონული დოკუმენტი სახელწოდებით „FLB analysis“.

GPI	5	743	586	53	95	20	753	325
აისი ჯგუფი/ სახალხო	0	925	678	68	104	29	767	2651
იმედი L	9	1077	524	43	321	21	819	2904
ირაო	42	532	296	33	49	12	400	1364
ქართუ	2	68	57	4	9	0	62	202
ვესტი	19	142	162	9	24	5	138	499
ჯამი	417	4520	260	286	71	110	4018	13382

არსებითი ცდომილებები მნიშვნელოვნად ართულებს პირის უმწეოთა ბაზაში მოძიებას, ხოლო 13,382 ჩანაწერიდან სახელი, გვარი და დაბადების თარიღი ერთობლივად არ ემთხვევა (FLB) 4,018 შემთხვევაში, რაც იმას ნიშნავს, რომ ამ მოქალაქეების იდენტიფიცირება უმწეოთა ბაზაში შეუძლებელია და ისინი ვერ ისარგებლებენ დაზღვევით.

აღნიშნული 13,382 ჩანაწერით აღრიცხულ პირთა დასაზღვევად სახელმწიფო ბიუჯეტიდან მხოლოდ სექტემბრის თვეში გადახდილია **164,200** ლარი.

სააგენტო ვალდებული იყო აღმოეფხვრა ცდომილებები. 2007-2010 წლებში სააგენტოს აღნიშნული უზუსტობები არ გამოუვლენია. 2011 იანვრის თვეში, აუდიტის დაწყების შემდგომ, სააგენტომ დაზღვეულთა ბაზაში აღნიშნული 13,382 ჩანაწერიდან შეასწორა 7,717 ჩანაწერი, ხოლო 4,018 (FLB) კატეგორიიდან შესწორდა მხოლოდ 546 ჩანაწერი.

2011 წლის იანვრისთვის გასწორებული ჩანაწერების რაოდენობა:

კომპანიები	F	L	B	FL	FB	LB	FLB	ჯამი
Aldagi BCI	19	285	273	5	2	0	22	606
ალფა	53	476	458	6	10	2	33	1038
არქიმდე	10	167	164	0	12	1	37	391
GPI	65	603	512	5	14	2	105	1306
აისიჯგუფი/ სახალხო	63	669	590	11	17	6	87	1443
იმედი L	76	966	468	5	9	1	208	1733
ირაო	34	420	262	7	4	0	43	770
ქართუ	0	61	49	0	5	0	4	119
ვესტი	14	133	156	0	1	0	7	311
ჯამი	334	3780	2932	39	74	12	546	7717

1.2. დაზღვეულთა ბაზის აქტიური 906,601 ჩანაწერიდან სამოქალაქო რეესტრის ბაზაში პირადი ნომრით არ იძებნება 162,914 ჩანაწერი. მათ შორის სახელით, გვარითა და დაბადების თარიღით არ იძებნება 34,095 მოქალაქე, ხოლო 128,819 მოქალაქე იდენტიფიცირებულია ამ მონაცემებით, საიდანაც 124,307 მოქალაქე წარმოადგენს 18 წლამდე პირს (11 ნიშნა პირადი ნომრის ნაცვლად, მათ შესახებ მითითებული იყო დაბადების მოწმობის 6 ნიშნა ჩანაწერი, ხოლო მათი ნაწილის პირადი ნომრის ნაცვლად მითითებული ჩანაწერის დადგენა შეუძლებელია).

ამდენად, დაზღვეულთა ბაზაში მოცემულია 34,095 არაიდენტიფიცირებული მოქალაქის მონაცემი, რომელიც სამოქალაქო რეესტრში არ იძებნება არცერთი იდენტიფიკატორით. აღნიშნული ჩანაწერების მიხედვით, მხოლოდ სექტემბრის თვეში მათ სასარგებლოდ გადახდილმა სადაზღვევო პრემიამ შეადგინა 393,305 ლარი, რაც სადაზღვევო კომპანიებზე გადანაწილდა შემდეგნაირად:

კომპანიები	პრემია	ბენეფიციარები
Aldagi BCI	35365	3054
ალფა	59402	5700
არქიმედე	16631	1413
GPI	61621	5205
აისი ჯგუფი/სახალხო	71214	6029
იმედი L	78251	6690
ირაო	48225	4036
ქართუ	5521	458
ვესტი	17076	1510
ჯამი	393306	34095

2. უმწეო სტატუსით აღრიცხული მოქალაქეები, რომლებსაც აქვთ შემოსავლები

დაზღვეული უმწეო ოჯახების ბაზაში არიან ოჯახების ისეთი კატეგორია, რომელთა სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 70 000, ხოლო 57 000-ზე ნაკლები სარეიტინგო ქულის მქონე ოჯახები დაზღვევასთან ერთად იღებენ შემწეობასაც.

საქართველოს ფინანსთა სამინისტროს მიერ წარმოდგენილი ინფორმაციით,²⁷ 2009 წელს შემოსავალი მიიღო 733,894 მოქალაქემ, რომელთაგან 2010 წლის სექტემბრის დაზღვეულთა ბაზაში აღმოჩნდა 82,309 ადამიანი, რომელსაც მინიჭებული აქვს 70 000 ქულაზე ნაკლები, რაც საქართველოში შემოსავლის მქონე მოქალაქეთა 11.22%-ს შეადგენს.²⁸

აღნიშნული უმწეო პირები ნაწილდებიან 66,864 ოჯახზე, რომელიც შეიცავს 278,782 მოქალაქეს. მათ სასარგებლოდ სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ყოველთვიურად ირიცხება სადაზღვევო პრემია²⁹. ყოველ ასეთ ოჯახში საშუალოდ შედის ოთხი პიროვნება, რომელთაგან 2009 წელს ერთ ან მეტ პირს გააჩნდა შემოსავალი.

2.1. 278,782 მოქალაქიდან 2010 წელს დაეზღვა 81,869 მოქალაქე. აღნიშნულ პირთა გამოკლებით, 2009 წელს შემოსავლის მქონე პირთაგან 2010 წლის დაზღვეულთა ბაზაში არის 196,913 მოქალაქე, რომლებიც ასევე გვხვდება 2009 წლის დაზღვეულთა ბაზაში.

²⁷ იხ. Access -ის ელექტრონული დოკუმენტი სახელწოდებით „შემოსავლები“;

²⁸ 2008 წელზე კვლევა ვერ განხორციელდა შემოსავლების კონსოლიდირებული ელექტრონული ინფორმაციის არ არსებობის გამო;

²⁹ დეტალური ინფორმაცია ოჯახისა და პიროვნების იდენტიფიცირების შესახებ იხ. დანართში Access-ის ელექტრონულ დოკუმენტში სახელწოდებით „278782“;

278,782 მოქალაქის სასარგებლოდ 2010 წლის სექტემბრის მდგომარეობით სადაზღვევო პრემიის სახით ბიუჯეტიდან გადახდილია **25,948,623** ლარი, ხოლო 2009 წელს 196,913 მოქალაქის დასაზღვევად - **26,358,974** ლარი. ჯამში 2009 წლის იანვრიდან 2010 წლის სექტემბრის ჩათვლით გადახდილია **52,307,597** ლარი.

დაზღვეულთა ბაზაში მოცემული სადაზღვევო ხელშეკრულებების ვადების გათვალისწინებით, აღნიშნული მოქალაქეების სასარგებლოდ 2013 წლისათვის სახელმწიფო ბიუჯეტიდან დამატებით გადახდილი იქნება, სულ მცირე, **97,204,087** ლარი.

2.2. 2010 წლის დაზღვეულთა ბაზაში აღმოჩნდა ისეთი ოჯახები, რომლებსაც 2009 წელს ჰქონდათ შემოსავალი და დაზღვევასთან ერთად იღებდნენ საარსებო შემწეობასაც.

2010 წლის აპრილისა და სექტემბრის თვეების ბაზების მონაცემების გაანალიზების შემდეგ გამოვლინდა, რომ 2010 წლის აპრილის მდგომარეობით ბაზაში შემოსავლის მქონე 34,822 მოქალაქის 29,004 ოჯახმა მიიღო შემწეობა.³⁰ ამ ოჯახების 123,161 წევრზე სახელმწიფომ გადაიხადა საარსებო შემწეობა **3,129,888** ლარის ოდენობით.

2010 წლის სექტემბრის თვის ბაზაში, 34,822-ის ნაცვლად, არის შემოსავლების მქონე 5,598 მოქალაქის 4,748 ოჯახი, რომლებმაც მიიღეს შემწეობა. ოჯახის წევრთა ჯამური რაოდენობა შეადგენს 20,997 ადამიანს. მათზე გაცემულმა შემწეობამ 2010 წლის სექტემბერში შეადგინა **532,416** ლარი.

ზემოაღნიშნული 5,598 მოქალაქიდან 4,401 მოქალაქე იმეზნება აპრილის სიაშიც, დანარჩენი 1197 კი შემდგომშია დამატებული. აპრილის ბაზასა და სექტემბრის ბაზას შორის სხვაობა შეადგენს 30,421 მოქალაქეს, რომელიც აპრილის შემდეგ იქნა ამოღებული შემწეობის მიმღებთა სიიდან.

სიღარიბის ზღვარს მიღმა მყოფი ოჯახების სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის შეფასების ელექტრონულ პროგრამაში ტექნიკურად შეუძლებელია დიდი რაოდენობით ოჯახების შემოსავლების გავლენის შემოწმება მათ სოციალურ-ეკონომიკურ მდგომარეობაზე.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, აუდიტის ჯგუფმა ვერ დაამუშავა აღნიშნული მონაცემები. „სოციალური დახმარების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2006 წლის 28 ივლისის N 145 დადგენილების მე-9 მუხლის მე-2 პუნქტის „ა-დ“ ქვეპუნქტის მიხედვით, სააგენტომ სისტემატურად უნდა შეამოწმოს საარსებო შემწეობის მიმღები ოჯახი (ოჯახის გაერთიანების ან გაყოფის, ოჯახის წევრთა სოციალური სტატუსის, დასაქმების, რაოდენობის და/ან ოჯახის სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის სხვა არსებითი ცვლილებების გამოსავლენად).

არსებული/გამოვლენილი ფაქტების გათვალისწინებით სააგენტომ უნდა მიიღოს გადაწყვეტილება შემწეობის დანიშვნის, დანიშვნაზე უარის თქმის, შეჩერების, შეწყვეტის, ზედმეტად გაცემული შემწეობის დაქვითვის (უკან დაბრუნების) ან/და შემწეობის ოდენობის გადაანგარიშების შესახებ.

³⁰ იხ. Excel-ის დოკუმენტი სახელწოდებით „შემწეობა“;

თავის მხრივ, უმწეოთა ბაზაში რეგისტრირებული ოჯახის მიერ საარსებო შემწეობის ადმინისტრირებასთან დაკავშირებით წარმოშობილ ვალდებულებათა შეუსრულებლობის შემთხვევაში (თუ მათ სააგენტოს არ აცნობეს შემოსავლის წყაროს შესახებ) სააგენტო უფლებამოსილია მას შეუწყვიტოს შემწეობა.

აღნიშნული პროცესის ადმინისტრირების მიზნით, სააგენტო უფლებამოსილია, შესაბამისი დაწესებულებებისა და ორგანიზაციებისაგან გამოითხოვოს ინფორმაცია, რომელიც საჭიროა საარსებო შემწეობის დანიშვნის/დანიშვნაზე უარის თქმის, გაანგარიშების, შეჩერება-განახლებისა და შეწყვეტის საკითხის გადაწყვეტისათვის.

ზემოაღნიშნული ნორმებიდან გამომდინარე, შემოსავლის მქონე მოქალაქეთა სოციალურად დაუცველთა ბაზაში რეგისტრირების პრევენციის მიზნით, სააგენტოს მასზე დაკისრებული ფუნქციები სათანადოდ არ განუხორციელებია.

3. უმწეო სტატუსით აღრიცხული სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს თანამშრომლები

დაზვეულ უმწეო მოქალაქეთა ბაზაში 2008-2010 წლებში აღმოჩნდა სოციალური მომსახურების სააგენტოს 91 თანამშრომელი, რომლებიც სარგებლობენ საჯარო დაზღვევის პროგრამით. ამ პირთა ოჯახებში შემავალ პირთა რაოდენობა ჯამში შეადგენს 430-ს, რომელთა სასარგებლოდ 2008-2010 წლებში გადახდილია 109,924 ლარი.³¹

ამდენად, სააგენტოს თანამშრომლებმა გამოიყენეს მათი სამსახურებრივი შესაძლებლობა, რათა ესარგებლათ საჯარო დაზღვევის პროგრამით, რომელიც არ ითვალისწინებს მათ დაზღვევას.

4. დაზღვეული გარდაცვლილი უმწეო მოქალაქეები

გარდაცვლილ მოქალაქეთა შესახებ სამოქალაქო რეესტრის მონაცემების ანალიზით³² დადგინდა, რომ 2010 წლის მაისამდე სოციალური მომსახურების სააგენტო არ ამოწმებდა დაზღვეულთა გარდაცვალებას.

2008-2010 წლებში დაზღვეული მოქალაქეებიდან სულ გარდაცვლილია 39,521 პირი, საიდანაც 17,690 პირი დაეზღვა ან გადაეზღვა გარდაცვალების შემდეგ.

გარდაცვლილი დაეზღვა 5,644 მოქალაქე, რომელთა სასარგებლოდ გადახდილი სადაზღვევო პრემიის ოდენობამ შეადგინა 1,721,032 ლარი. გარდაცვალების შემდეგ გადაზღვეულ მოქალაქეთა რაოდენობამ შეადგინა 12,046 , ხოლო სადაზღვევო პრემიამ - 1,982,007 ლარი.

ამ პირებზე ჯამში უკანონოდ გაიცა 3,703,039 ლარი³³, რომელიც სადაზღვევო კომპანიების მიხედვით ასე ნაწილდება:

³¹ თანამშრომელთა და მათი ოჯახის წევრთა სია იხ. Excel-ის ელექტრონული არქივი სახელწოდებით „თანამშრომლები“;

³² იხ. Access-ის სამოქალაქო რეესტრის ბაზა „DEAD“;

³³ იხ. Excel-ის ელექტრონული არქივი სახელწოდებით „გარდაცვლილები“;

კომპანია	ჯამში უკანონოდ გაცემული თანხა	დაზღვევამდე გარდაცვლილი	გადაზღვევამდე გარდაცვლილი
Aldagi BCI	365,354	199,877	165,477
ალფა	4,749	3,756	992
არქიმედე	175,180	90,978	84,202
GPI	892,642	428,920	463,722
აისი ჯგუფი/სახალხო	850,892	385,143	465,749
იმედი L	689,351	220,651	468,700
ირაო	589,412	302,607	286,805
ქართუ	6,211	5,700	510
ვესტი	129,249	83,399	45,850
ჯამი	3,703,039	1,721,032	1,982,007

5. საქართველოს მოქალაქეობიდან გასული, მოქალაქეობაშეწყვეტილი და მუდმივად უცხოეთში საცხოვრებლად მყოფი უმწეო მოქალაქეები

2010 წლის სექტემბრის მდგომარეობით, სამოქალაქო რეესტრის მონაცემებით, იმ პირთაგან, რომელთაც უმწეოთა სტატუსი აქვთ, 92 პირი საქართველოს მოქალაქეობიდანაა გასული, 65-ს შეწყვეტილი აქვს მოქალაქეობა, 31 საზღვარგარეთ მუდმივად საცხოვრებლად გასული.

2011 წლისთვის მოქალაქეობიდან გასული პირებიდან დაზღვეულია 66 მათგანი, მოქალაქეობაშეწყვეტილთაგან დაზღვეულია 54, ხოლო მუდმივად საზღვარგარეთ მცხოვრებთაგან - 26 პირი.³⁴

6. გაორებული დაზღვევა

6.1. დუბლირებული ჩანაწერები უმწეოთა ბაზაში

2010 წლის სექტემბრის ბაზაში მოიძებნა 1,842 მოქალაქე, რომელიც ამ პროგრამის ფარგლებში გარკვეული პერიოდის განმავლობაში ორჯერ ან სამჯერ იყო დაზღვეული, რასაც დღემდე აქვს ადგილი ზოგიერთი ბენეფიციარის მიმართებაში. კერძოდ, 1,783 მოქალაქის ჩანაწერი ბაზაში გაორებულია, ხოლო 59 მოქალაქე გვხვდება 3-ჯერ. ჯამში 1,842 მოქალაქის ჩანაწერი ბაზაში გვხვდება 3,743-ჯერ.

2008-2010 წლებში მოქალაქეთა გაორების გამო სადაზღვევო პრემია ჯამში გადახდილია 145,171.62 ლარის ოდენობით.³⁵

6.2. დუბლირებული მოქალაქეები უმწეოთა ბაზასა და საჯარო დაზღვევის სხვა ბაზაში

6.2.1. საქართველოს თავდაცვის სამინისტრო

აუდიტით დადგინდა, რომ საქართველოს თავდაცვის სამინისტროს მიერ დაზღვეული პირად შემადგენლობაში მყოფი პირებისა და მათი ოჯახების ნაწილი აღმოჩნდა უმწეოთა დაზღვევით მოსარგებლეთა სიაში.

³⁴ იხ. Excel-ის ელექტრონული ბაზა სახელწოდებით „საზღვარგარეთი“;

³⁵ სიაში დუბლირებული ჩანაწერები დეტალურად იხ. Excel-ის ელექტრონული დოკუმენტი სახელწოდებით „დუბლები“;

საქართველოს თავდაცვის სამინისტროს პირადი შემადგენლობიდან, რომლებიც დაზღვეულია სამინისტროს მიერ, როგორც სამხედრო მომსახურე, 3,255 მოქალაქე ამავდროულად დაზღვეულია უმწეოთა ოჯახების ბაზაშიც (სექტემბერი), რომელთა ოჯახები აერთიანებს 15,359 პირს.

თავდაცვის სამინისტროს გააჩნია დაზღვევის სამი კატეგორია A, B და C. A და B კატეგორია დაზღვეულია ოჯახებთან ერთად, ხოლო C კატეგორია დაზღვეულია მხოლოდ პირადად. წინამდებარე ცხრილში კატეგორიების მიხედვით წარმოდგენილია ამ პირთა რაოდენობა.³⁶

თავდაცვის სამინისტროში 2010 წლის ივნისის თვიდან პირადი შემადგენლობის დაზღვევა ხორციელდება ყოველთვიური მონაცემებით. აღნიშნული ყოველთვიური მონაცემების უმწეოთა დაზღვევის ყოველთვიურ ბაზებთან შედარებით დადგინდა გაორებული პირების კონკრეტული რაოდენობა და ზედმეტად გაწეული არამიზნობრივი ხარჯები:

თვე	სამხედრო მოსამსახურე	თანხა
ივლისი	3290	37835
აგვისტო	3328	38272
სექტემბერი	3255	37433
ოქტომბერი	3210	36915
ნოემბერი	3168	36432
დეკემბერი	3266	37559
ჯამი		224 446

2010 წლის ივლისის თვიდან 2011 წლის პირველ იანვრამდე ორმაგად დაზღვეულ პირთა სასარგებლოდ საჯარო დაზღვევის პროგრამიდან გადახდილი პრემიის ოდენობა შეადგენს 224,446 ლარს.³⁷ 2010 წლის ივლისამდე პირადი შემადგენლობა ეზღვეოდა ერთი წლის ვადით, ყოველთვიური ბაზის გარეშე, რაც ზრდის გასულ პერიოდებში გადარიცხული თანხების მოცულობას.

სამხედრო მოსამსახურეების უმრავლესობა დაზღვევით მოსარგებლეთა ბაზაში მოხვდნენ დევნილის სტატუსით.

თავდაცვის სამინისტრო პირად შემადგენლობას აზღვევს მხოლოდ მეუღლისა და შვილების ჩათვლით, ხოლო სოციალური დაზღვევა ასევე მოიცავს ოჯახის ყველა სხვა წევრს, მათ შორის, მშობლებს, და-ძმას და ა.შ., რაც ერთობლივ საოჯახო მეურნეობასთან და თანაცხოვრებასთანაა დაკავშირებული.

³⁶ თავდაცვის სამინისტროს პირადი შემადგენლობის შესახებ ინფორმაციის საიდუმლოებიდან გამომდინარე, კონტროლის პალატას არ გააჩნია კონკრეტული პირების და მათი ოჯახების პირადი მონაცემები, დაზღვეულთა ბაზასთან მათ შესადარებლად, სადაც დგინდება მათზე გაწეული თვიური პრემია. აღნიშნული დოკუმენტაციას ფლობს სამინისტროს საკადრო სამსახური. ამდენად, ზედმეტად გაწეული ხარჯის რაოდენობის დასადგენად გამოყენებულია პრემიის გასაშუალოებული მოცულობა 11.5 ლარი.

საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილების მე-5 მუხლის მე-12 პუნქტის თანახმად, ბენეფიციარი უფლებამოსილია, უარი განაცხადოს დაზღვევაზე. დევნილის სტატუსით დაზღვეულ პირთა შემთხვევაში, დაზღვევაზე უარი დასაშვებია მხოლოდ მთლიანად ოჯახზე და თუ არსებობს ოჯახის ყოველი სრულწლოვანი ქმედუნარიანი წევრის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის ხელმოწერით დადასტურებული თანხმობა.

შესაბამისად, თუ თავდაცვის სამინისტროს პირადი შემადგენლობის თანამშრომელი, რომელი დევნილის სტატუსითაა დაზღვეული ოჯახის წევრებთან ერთად, მათ შორის, მეუღლესთან, შვილებთან, მშობლებთან, და-ძმასთან და სხვა პირებთან ერთად, სამსახურებრივი დაზღვევის გამო სოციალურ დაზღვევაზე უარის თქმის შემთხვევაში დაზღვევის გარეშე დატოვებს მისი ოჯახის ყველა სხვა წევრს, მეუღლისა და შვილების გარდა.

ამდენად, მთავრობის დადგენილება ხელს უწყობს ორმაგი დაზღვევის მოქმედებას, რაც განაპირობებს მნიშვნელოვანი საბიუჯეტო სახსრების არამიზნობრივად და არეფექტიანად ხარჯვას.

6.2.2. საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო

აუდიტით დადგინდა, რომ საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს მიერ დაზღვეული საჯარო სკოლების პედაგოგებისა და ტექნიკური პერსონალის ნაწილი ასევე სარგებლობს უმწეოთა დაზღვევის პროგრამით.

2008-2010 წლებში საშუალოდ 3,183 პედაგოგი და სკოლის ტექნიკური პერსონალი სარგებლობდა როგორც უმწეოთა, ასევე პედაგოგთა დაზღვევით, რომელთა სასარგებლოდ უმწეოთა დაზღვევის პროგრამის ფარგლებში სადაზღვევო პრემიის სახით გადარიცხულია 904,567 ლარი¹⁴:

წელი	თანხა	პედაგოგები და ტექნიკური პერსონალი
2008	295908	3929
2009	362665	2678
2010	245993	2944
ჯამი	904567	საშუალოდ - 3183

სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების მე-6 მუხლის 9² პუნქტის თანახმად, სააგენტო უფლებამოსილია სადაზღვევო ორგანიზაციას გამოუქვითოს დაზღვეულის გარდაცვალების, ორმაგი დაფინანსების და/ან პროგრამის საოპერაციო სისტემის ტექნიკური შეცდომის შედეგად არასწორად გაცემული პრემია.

გარდა ამისა, სააგენტომ უნდა გაატაროს კომპლექსური ღონისძიებები დაზღვეულთა მონაცემების საინფორმაციო-ტექნოლოგიური სისტემების გასაუმჯობესებლად, რათა, ერთი მხრივ, გასწორდეს დაზღვეულთა მონაცემთა

¹⁴ საჯარო სკოლის პედაგოგებისა და ტექნიკური პერსონალის გაორებული დაზღვევის სია იხ. Excel-ის თანდართულ ელექტრონულ არქივში სახელწოდებით „უმწეო vs. პედაგოგების დაზღვევა“.

ბაზებში არსებული მრავლობითი ცდომილებები, და მეორე მხრივ, შეიმუშავოს შიდა კონტროლის პროცედურები და მექანიზმები მომავალში ანალოგიური ხარვეზების პრევენციის მიზნით.

საჯარო დაზღვევის პროგრამების ეფექტიანად მართვის მიზნით, სახელმწიფოს მიერ განხორციელებული სხვადასხვა სადაზღვევო პროგრამების ჯეროვანი საინფორმაციო კომუნიკაციის უზრუნველსაყოფად აუცილებელია დაზღვევის განმახორციელებელ სახელმწიფო დაწესებულებათა საქმიანობის კოორდინაცია, მონაცემთა რეგულარული გაცვლა და სახელმწიფო დაზღვევის პროგრამების მართვის ერთიანი საინფორმაციო სისტემის შექმნა.

7. აუდიტის აქტის გასაჩივრების წესი

„საქართველოს კონტროლის პალატის შესახებ“ საქართველოს კანონის 27-ე მუხლის პირველი პუნქტის შესაბამისად, აუდიტის ობიექტი უფლებამოსილია აუდიტის აქტი მისი ჩაბარებიდან 20 დღის ვადაში გაასაჩივროს მხოლოდ საქართველოს კონტროლის პალატის დავების განმხილველ საბჭოში, ქ.თბილისი ქეთევან წამებულის გამზირი №96.

ჯგუფის წევრთა ხელმოწერები
ჯგუფის ხელმძღვანელი

მთავარი აუდიტორი:
ირაკლი ყენია


ხელმოწერა

22.06.11წ.
თარიღი

აუდიტორი:
ლალი სეხნიაშვილი

ლ. სეხნიაშვილი
ხელმოწერა

22.06.11წ.
თარიღი

აუდიტორ-ასისტენტი:
ლევან მერაბიშვილი


ხელმოწერა

22.06.11წ.
თარიღი